

Auch nach nahezu 30 Jahren Pflegeversicherung und Pflegereformen ist es nur in Teilbereichen gelungen, für pflegebedürftige Menschen ein qualitativ überzeugendes Versorgungsangebot aufzubauen, das von ihnen auch angenommen wird. Zu fragen ist, entsprechen die bestehenden Angebote überhaupt den Erwartungen und Wünschen von Pflegebedürftigen an ihre Versorgung? Die zu erläuternde Antwort lautet, dass bei vielen ein Wunsch nach einer „familialen“ Pflege besteht, der von den etablierten Pflegeangeboten (u.a. Pflegeheime und Pflegedienste) in der Regel nicht erfüllt werden kann. Für die Zielsetzung dieser Arbeit bedeutet das, sie wird Vorschläge zur Erweiterung des vorherrschenden Angebotsspektrums aufzeigen müssen, um daraus Empfehlungen für eine Reform der Pflegeversicherung ableiten zu können.

Familiale Pflege

## Familiale Pflege

Perspektiven für eine bessere Versorgung –  
Herausforderungen für eine Reform  
der Pflegeversicherung!

Ralf Twenhöfel



Universität Regensburg  
UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

ISBN 978-3-88246-481-8



9 783882 464818



Eine Publikation der  
Universitätsbibliothek Regensburg





Ralf Twenhöfel

## **Familiale Pflege**

Perspektiven für eine bessere Versorgung –  
Herausforderungen für eine Reform der Pflegeversicherung!

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN (Print): 978-3-88246-481-8

ISBN (PDF): 978-3-88246-482-5

DOI: 10.5283/epub.53958

Link zur Online-Version: <https://epub.uni-regensburg.de/53958>

Satz und Layout: Christian Quatmann

Umschlaggestaltung: Peter Brünsteiner

Herstellung: Universitätsbibliothek Regensburg

Erscheinungsort: Regensburg, 2023

Druck und Bindung: Digital Print Group o. Schimek GmbH, Nürnberg



Dieses Werk ist unter der Creative Commons-Lizenz  
Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht

## INHALTSVERZEICHNIS

---

Vorbemerkung.....	5
Einführung – Drei Fragen und drei Annahmen .....	12
1. Langzeitpflege ist keine Gesundheitspflege!.....	71
1.1 „Selbstbestimmung“ und „Selbstständigkeit“ - die zentralen Grundsätze der Langzeitpflege.....	73
1.2 Der Auftrag der Langzeitpflege.....	78
1.3 Die Gefahr einer szientistischen Reduktion des Qualitäts- verständnisses .....	83
2. Systemische Betrachtung.....	89
2.1 Pflegen als einfache Interaktionssysteme .....	89
2.2 Langzeitpflegen als „offene“ Sozialsysteme.....	95
2.3 Die Tendenz zur organisatorischen Schließung offener Pflegesysteme.....	102
3. Langzeitpflege ist eine gestaltende Tätigkeit.....	110
3.1 Selbstbestimmung und Lebensqualität – Was eine Pflegekraft hierüber wissen sollte!.....	110
3.2 Die qualitative Lücke von Angebot und Nachfrage in der Langzeitpflege.....	119
3.3 Exkurs zur Methode .....	123
4. Warum die Pflege „familiar“ sein sollte und ihre Klienten Familiarität erwarten.....	125
4.1 Familialer Schonraum? .....	125
4.2 Belastungen einer Pflege zu Hause .....	134
4.3 Erwartungen an eine „familiale“ Pflege .....	138
5. Zur „Logik“ der Pflegeversicherung.....	143
5.1 Können nach derzeitigem Recht zugelassene Pflegeeinrichtungen die Erwartungen von Pflegebedürftigen erfüllen? .....	143
5.2 Pfl egenotstand selbst gemacht!.....	150
5.3 Das Qualitätsverständnis der Pflegeversicherung.....	153
6. Modernisierung der Langzeitpflege .....	162
6.1 „Sockel-Spitze-Tausch“ .....	162
6.2 Pflegend e Angehörige als effiziente „Netzwerker“ .....	171

6.3	Pflegeorganisatorische Konsequenzen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs .....	180
7.	Erfordernisse eines pflegeversicherungsrechtlichen „Paradigmenwechsels“ .....	185
7.1	Modernisierung als Voraussetzung der Verwirklichung von „Selbstbestimmung“ .....	185
7.2	Widerstände von Trägern und ihren Verbänden – Erschwernisse durch die Politik.....	196
7.3	Herausforderungen der Politik .....	201
	Schlussbemerkung.....	205
	Anhang.....	209
	Verzeichnis der verwendeten Literatur.....	240

## VORBEMERKUNG

---

Auch nach nahezu 30 Jahren Pflegeversicherung und Pflegereformen ist es nur in Teilbereichen (wie in den Tagespflegen) gelungen, für pflege- und hilfebedürftige Menschen im Alter ein qualitativ überzeugendes Versorgungsangebot aufzubauen, das von ihnen auch angenommen wird.

Die Zahlen hierzu sprechen eine deutliche Sprache.

So wurden - bezogen auf das Jahr 2021 - von den seinerzeit ca. 84 % (4,17 Millionen) zu Hause versorgten Pflegebedürftigen 75 % (3,17 Millionen) ohne Unterstützung durch einen professionellen ambulanten Pflegedienst und nur 25 % mit Unterstützung eines solchen Dienstens gepflegt und versorgt.<sup>1</sup>

So waren nach einer repräsentativen TNS-Infratest-Bevölkerungsbefragung im Jahr 2016 nur 45 % der Befragten mit den Leistungen der Pflegedienste zufrieden, und ein großer Anteil pflegender Angehöriger hatte seinerzeit „schlechte Erfahrungen“ mit professionellen Pflegekräften gemacht (vgl. [Continentale\\_Studie\\_2016\\_web.pdf](#)).

Einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Qualität aus dem Jahr 2018 zufolge haben sich „weniger als die Hälfte der Deutschen zufrieden mit dem Pflege- und Servicepersonal in der Langzeitpflege geäußert, wobei 71 Prozent den Grund dafür im Personalmangel sehen“ (vgl. [DGQ-Studie zur Qualität in der Pflege: Wie gut sind Deutschlands Pflegeeinrichtungen? | Presseportal](#)).

Der Personalmangel wiederum ist, wie nahezu alle Studien belegen, in erster Linie durch „schlechte Arbeitsbedingungen und zu wenig Zeit für eine würdevolle Versorgung der Pflegebedürftigen bedingt,

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt, Bevölkerung. Mehr Pflegebedürftige, 2023.

was zu Abwanderung und Berufsflucht führe (vgl. Deutsches Hilfswerk e.V. i.G., o.J.).

Es ist daher kaum mehr als eine Randnotiz noch wert, wenn der VDK jüngst „massive Missstände in der häuslichen Pflege“ beklagte und darauf verwies, dass professionelle Angebote für die Pflegebedürftigen zu teuer seien, nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stünden und pro Jahr Leistungsansprüche von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im Milliardenbereich verfielen.

Nun soll es nicht Aufgabe der vorliegenden Arbeit sein, die Litanei an Klagen zur Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik fortzusetzen.

Dies umso weniger, als die Errungenschaften der Pflegeversicherung bei aller Kritik, die ihr entgegenschallt, nicht gering erachtet werden sollten.

Zwar nimmt der Anteil derjenigen, die „Hilfe zur Pflege“ erhalten, stetig zu und macht allein in den Pflegeheimen einen Anteil von bereits 47% der Bewohner (Stand 2020) aus, doch sähen die Zahlen ohne Pflegeversicherung erheblich anders, nämlich schlechter aus. Ihr ursprüngliches Ziel, eine größere Zahl pflegebedürftiger Menschen nicht in die Armutsfalle abgleiten zu lassen und ihnen den Gang zum Sozialamt zu ersparen, hat sie daher relativ erreicht.

Auch wird man zu den pflegeversicherungsrechtlich beförderten Fortschritten die fachliche Fundierung der professionellen Langzeitpflege rechnen müssen. Pflegebedürftige können heute grundsätzlich (Mängel sind niemals ausgeschlossen!) davon ausgehen, in allen Sektoren – in der ambulanten, teilstationären, ebenso wie in der vollstationären Pflege – Pflegeleistungen zu erhalten, für die nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bestimmte Standards hinterlegt worden sind.

Und schließlich sollte nicht übersehen werden, dass für Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen, die die Versorgung selber nicht übernehmen können oder wollen, heute ein professionelles Pflege- und

Betreuungsangebot nahezu flächendeckend verfügbar ist, das ohne die für die Anbieter pflegeversicherungsrechtlich geschaffene Finanzierungssicherheit in diesem Umfang wohl nicht entstanden wäre.

Was sind dann aber die Ursachen oder Gründe für die Kritik?

Ihnen sollte nachgegangen werden, um Informationen über „Verbesserungspotentiale“ zu erhalten, damit politisch und pflegeversicherungsrechtlich ggf. gegengesteuert werden kann.

Zu fragen ist, welche Erwartungen und auch Wünsche haben Pflegebedürftige und ggf. ihre Angehörigen an die Versorgung und finden sich diese in den bestehenden Angeboten überhaupt wieder, werden sie dort zureichend beachtet und abgebildet?

Die noch näher zu erläuternde Antwort lautet, dass bei vielen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ein Wunsch nach einer weitgehend „familialen“ Pflege besteht, der von den etablierten Pflegeangeboten in der Regel nicht erfüllt werden kann.

Bislang hat dieser Sachverhalt – auch im pflegewissenschaftlichen Diskurs – allerdings nur wenig Beachtung gefunden. Dies erhellt bereits daraus, dass die Pflegeversicherung von Anbeginn an den seinerzeit, also vor 1994, bereits vorhandenen Bestand an pflegerischen Angeboten – Pflegedienste, Pflegeheime – lediglich aufgenommen und seitdem unhinterfragt fortgeschrieben hat.

Hieran hat sich auch 30 Jahre und viele Pflegereformen später nichts Wesentliches geändert, auch wenn im Laufe der Zeit die Tagespflegen ausgebaut wurden und das Nischenangebot ambulant betreuter Wohngemeinschaften sowie diverse Betreuungsangebote hinzugekommen sind.

Man wird daher feststellen können, dass die Versorgung Pflegebedürftiger in der Bundesrepublik mit den Pflegediensten und Pflegeheimen auf Säulen ruht, deren Angebots- und Organisationsform weit zurück in das 20. Jahrhundert (und, was die Pflegeheime betrifft, sogar darüber hinaus in die Vergangenheit) reicht.

Dies alles gestützt gewiss durch die Überzeugung, dass Bedarf und Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche von Pflegebedürftigen dadurch hinreichend und zufriedenstellend erfüllt werden können.

Es verwundert nicht, dass in Anbetracht solcher Selbstgewissheit die Perspektive von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen – Was erwarten sie? Was brauchen sie? Was wünschen sie? – im Zuge der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Deutschland, wenn überhaupt, nur am Rande Beachtung fand, dass man sie vielmehr, wie jüngst der VDK getitelt hat, schlichtweg „vergessen“ hat.

Die bisherigen Pflegereformen sind an solchen Fragen zwar nicht achtlos vorbeigegangen, haben sich jedoch in erster Linie mit administrativ zu bewältigenden Themen – z.B. Qualitätssicherung, Begutachtungsverfahren, „Personalnotstand“ - sowie mit leistungsrechtlichen Anpassungen und vor allem mit ständig dringlicher werdenden Fragen zur Finanzierung der Pflegeversicherung befasst.

Letzteres mit einer bemerkenswerten Blickverschiebung, die darin liegt, dass nun nicht mehr (wie ursprünglich einmal) die Armutfrage im Vordergrund steht, sondern die Besorgnis darüber, die Pflege könnte für Betroffene in Anbetracht steigender Kosten „unbezahlbar“ werden. Dass also den bestehenden Einrichtungen die „Kundschaft“ ausfiele und sie nicht länger bestandsfähig blieben – auch so wird man die regelmäßigen Leistungserhöhungen lesen und verstehen können.

Es wundert daher ebenfalls nicht, dass die Kritik an der pflegerischen Versorgung und ihrer gesetzlichen Grundlage in der Bundesrepublik nicht nur nicht verstummte, sondern sich von Reform zu Reform noch steigern konnte (vgl. Brandenburg, 2023).

Als wären die brennenden Fragen nur aufgeschoben worden, ist man augenscheinlich heute an einem Punkt angelangt, an dem von vielen eine „grundlegende“ Reform der Pflegeversicherung gefordert wird (vgl. Brandenburg/ Bossle/ Winter, 2021).

Dass „grundlegend“ hierbei von vielen schnell, allzu schnell, wieder auf Fragen zur Finanzierung der Pflegeversicherung und erforderliche Leistungsverbesserungen reduziert wird, sei hier nicht nur am Rande vermerkt.

Denn es wäre ein Irrtum zu meinen, Leistungsverbesserungen würden eo ipso auch zu verbesserten Leistungsangeboten führen. Schließlich sind die bestehenden Angebote nach Form und Inhalt ordnungsrechtlich verankert und bestimmt.

Leistungsverbesserungen alleine zementierten einmal mehr das bestehende Angebot, würden so doch weder Voraussetzungen für erforderliche Verbesserungen geschaffen noch hierfür Druck auf die Anbieter aufgebaut.

In einer „grundlegenden“ Reform müsste dieser Zusammenhang mitbedacht werden; eine Öffnung des Ordnungsrechts und erweiterte Bestimmungen im Leistungsrecht dürften – wie zu zeigen sein wird – nicht länger ausgeklammert bleiben.

Was das heißen kann und wohin die Reise dann führt, ist jedoch nicht einfach auszumachen.

Gewiss wird man die Auffassung, die bestehenden pflegerischen Leistungsangebote würden Erwartungen und Wünsche von Pflegebedürftigen bereits hinreichend erfüllen, verabschieden müssen.

Eine Aufgabe der vorliegenden Arbeit wird es u.a. sein, Langzeitpflege als ein eigenes, nicht ausschließlich berufliches Tätigkeitsgebiet, unterschieden von der klinischen Pflege, herauszuarbeiten, um bestehende Leerstellen füllen zu können.

Denn wie sollten in künftigen Reformen der Pflegeversicherung Rahmenbedingungen für verbesserte pflegerische Langzeitangebote gesetzt werden können, wenn nicht einmal hinlänglich gewusst wird, worin die Besonderheit der Langzeitpflege eigentlich liegt? Worauf man also besonders zu achten hätte, um die Perspektiven jener, um die es

geht, Pflegebedürftige und ggf. ihre Angehörigen, nicht zu kurz kommen zu lassen oder sie sogar erneut zu „vergessen“?

Tatsächlich hat die bisherige (pflegeversicherungsrechtliche) Orientierung an Bestandsangeboten und ihren Konzepten maßgeblich dazu beigetragen, dass die Langzeitpflege bis auf den heutigen Tag ein eigenständiges Profil und Selbstverständnis nur „ansatzweise“ hat ausbilden können.

„Langzeitpflege“ wurde und wird stattdessen, ohne weiteres Nachdenken, mit dem, was in Pflegeheimen geschieht bzw. was Pflegedienste tun, gleichgesetzt, sodass nähere Bestimmungen sich offenbar erübrigt haben.

Auch der Pflege selber bzw. ihren Verbänden ist allem Anschein nach mehr daran gelegen, ihr Berufsbild nach dem Vorbild der klinischen Pflege zu formen. Dies mit dem Ziel, auf „Augenhöhe“ mit der ärztlichen Profession kommunizieren zu können, anstatt zunächst ein eigenes Selbstverständnis auszubilden.

Schließlich hat die jüngste „generalistische“ Pflegeausbildungsreform ein Übriges dazu getan, die Unterschiede zwischen den Pflegeberufen weitgehend einzuschmelzen. Die Aussichten auf ein eigenständiges Berufsbild „Langzeitpflege“ haben sich dadurch einmal mehr verdunkelt.

Die folgenden Ausführungen werden die Kritik an der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik – u.a. geringe Zufriedenheit mit und Missstände in der häuslichen Versorgung, geringe Inanspruchnahme professioneller Angebote, Personalmangel, Abwanderung und Berufsflucht von Pflegekräften – konstruktiv aufnehmen.

Zu zeigen wird sein, dass Langzeitpflege, dass insbesondere ihre beruflichen Anforderungen, entgegen heute verbreiteten Überzeugungen mitnichten unter einer einheitlichen Kategorie „Pflege“ subsumierbar sind – hierzu sind die Unterschiede, die Anforderungen und Aufgaben, insbesondere gegenüber der klinischen Pflege, viel zu

gravierend. Würde man diese Unterschiede verwässern und in Ausbildung und Praxis nicht hinlänglich beachten, die Kritik an der langzeitpflegerischen Versorgung würde nicht verstummen!

Für die Zielsetzung dieser Arbeit bedeutet dies, sie wird auf der Basis einer noch zu bestimmenden theoretisch und empirisch belastbaren Auffassung von Langzeitpflege Erfordernisse und Möglichkeiten einer Reform der bestehenden und einer Entwicklung neuer Pflegeangebote ausloten und darlegen müssen.

In den Blick gerät dadurch u.a. einmal mehr die privat organisierte häusliche Pflege, die i.d.R. Angehörige für ihre zu Pflegenden organisieren, um eine ihren Vorstellungen und Wünschen gemäße „gute“ Pflege sicherzustellen.

Tatsächlich kann dadurch häufig besser, als es professionellen Anbietern möglich ist, zumindest für eine Übergangszeit den Erwartungen und Wünschen von Pflegebedürftigen (und ihren Angehörigen) nach „Familiarität“ entsprochen werden.

Nicht zuletzt privat organisierte Kleinstnetzwerke ergänzen den häuslichen Einsatz von Pflegediensten (wenn sie ihn nicht überhaupt ersetzen), dies mit nur geringer öffentlicher Sichtbarkeit.

Auch für die Pflegeversicherung sind sie weitgehend unbeachtlich. Der außerordentliche Aufwand, den Angehörige für die Organisation und das „Betriebsmanagement“ solcher Netzwerke betreiben müssen, spielt pflegeversicherungsrechtlich keine Rolle und wird bis heute von ihr nicht finanziert.

Gesetzliche Regelungen zur Finanzierung dieser Aufgaben und zur Bereitstellung umfassender Unterstützungsangebote für Angehörige, insbesondere in den Kommunen, würden allerdings im Ordnungs- und Leistungsrecht ein erhebliches Umdenken erfordern.

Was derart eine künftige Reform der Pflegeversicherung vor Herausforderungen stellen würde – für die Pflege wäre dies ein Desiderat.

Schondorf, im Mai 2023

## **EINFÜHRUNG – DREI FRAGEN UND DREI ANNAHMEN**

Wer sich der in der Öffentlichkeit und von der Politik gleichermaßen mit Nachdruck erhobenen Forderung nach „Verbesserungen der Pflege- bzw. Versorgungsqualität“ für Langzeitpflegebedürftige nähern möchte, der entnimmt inzwischen den einschlägigen Artikeln in Fachzeitschriften und der Presse vieles, was in die weiteren Bereiche der Pflorgetechnik, des Bauens von Pflegeeinrichtungen und der Pflegeorganisation gehört.

Da ist die Rede von gewiss wichtigen Themen wie begrünten Dächern, Energieeffizienz, Klimaneutralität, von Digitalisierung und modernen pflegerischen Versorgungsformen (Wohngruppen), aber man liest vergleichsweise nur noch wenig – wenn überhaupt etwas – über Verbesserungen, die die Pflege als eine personenzentrierte und personenadressierende Tätigkeit, also ihre „Inhalte“, direkt betreffen würden.

Sicherlich, es gibt inzwischen eine Vielzahl wissenschaftlich evaluierter, laufend fortgeschriebener Leitlinien und Pflege- sowie Expertenstandards zur Erbringung fachlich korrekter, dem Stand der Wissenschaft entsprechender Pflege- und Betreuungsleistungen. Auch besteht kein Mangel an Konzepten und Handlungsempfehlungen, die allesamt prätendieren, einer fachlich „guten“ Pflege den Weg zu weisen und die teilweise in einschlägigen pflegerischen Angeboten ihren Niederschlag finden. Hierzu gehören u.a. Mobilisierungs- und Aktivierungsangebote, Betreuungsangebote, seelsorgerische und kulturelle Angebote, z.B. musikalische Angebote, Wellnessangebote, Gesprächsangebote.

Trotz einer weitläufigen und langjährigen Diskussion der Frage, was eine „gute“ Pflege, die allseits intendiert wird, eigentlich sei, sind wichtige Fragen, um nicht zu sagen, „Schlüssel Fragen“ nach wie vor unbeantwortet und offen geblieben.

So wird man weiterhin fragen müssen, ob das „Gute“ einer solchen Pflege nicht über Allgemeinplätze (wie z.B. „individuell“, „respektvoll“, „selbstbestimmt“, „diskret“, „lösungsorientiert“) hinaus be-

stimmt werden kann und welche Rolle insbesondere „Fachlichkeit“ hierbei spielt (eine durch die Pflegeversicherung beförderte Errungenschaft, die allerdings mit den Erwartungen und Wünschen von Pflegebedürftigen zuweilen in Konflikt gerät).

Und zu fragen ist vor allem auch, ob es unter den geltenden Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung Pflegediensten und Pflegeheimen (die die tragenden Säulen der professionellen Versorgung sind) überhaupt möglich ist, den Anspruch zu erfüllen, eine gute Pflege zu erbringen.

Was also erwarten und wünschen Pflegebedürftige von „ihrer“ Pflege? Gewiss fällt die Antwort hierauf ebenso vielfältig aus, wie die Personen, um die es geht, individuell verschieden sind. Und auch die Angehörigen haben hierbei ein gewichtiges Wort mitzureden und müssen mit beachtet werden.

Doch lassen sich die Erwartungen und Wünsche durchaus „idealtypisch“ bestimmen. Hierzu wurde auf Ergebnisse eines Forschungsprojekts zurückgegriffen, das im Anhang dargestellt ist. Herangezogen wurden ferner Artikel zum Thema, aber auch auf einschlägige Werbebotschaften von Trägern und Betreibern wurde zurückgegriffen, die prästendieren, eine gute, insbesondere „familiäre“, Pflege zu erbringen.

Die derzeitigen Diskussionen über eine Verbesserung der Pflege erwecken allerdings den Eindruck, über solche Fragen längst hinaus zu sein.

Ja, man gewinnt den Eindruck, die Antwort auf die Frage, welche „Verbesserungspotentiale“ die Pflege eigentlich noch habe, liege für nicht wenige der heutigen Experten, Wissenschaftler, Heimbetreiber und Investoren in baulichen, technischen („Digitalisierung“) und rechnerischen Operationalisierungen („Instrumenten zur Personalbemessung“, „Personalanhaltswerten“), was freilich nur zu einer Umgehung, wenn nicht gar „Verdrängung“ der Fragen führt.

Aber glaubt jemand ernsthaft, dass beispielsweise allein ein „Mehr“ an Personal oder ein anderer „Mix“, wie derzeit gefordert und teilweise bereits umgesetzt wird, pflegerisch zu etwas anderem führen würde als zu einem „Weiter wie bisher“? Dass allein eine Verbesserung der zu Recht beklagten Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu einer besseren Pflege führen würde?

Doch wo sonst, so könnte dem entgegnet werden, sollte angesetzt werden? Was überhaupt müsste mit welcher Dringlichkeit über das hinaus, was bereits unternommen wurde und gemäß den Agenden noch unternommen werden soll, verbessert werden?

Habe sich denn nicht, so könnte eingewendet werden, über die großen gesetzgeberischen und derzeit in Angriff genommenen investiven Aktivitäten hinaus (z.B. im Bereich der Digitalisierung, des innovativen Bauens) eine blühende Landschaft sozialer Klein- und Kleinstprojekte entwickelt. Und sie alle schicken sich doch an, bis hinunter auf die Ebene der Kommunen, der Quartiere, ja sogar der unmittelbar betroffenen Haushalte, tätig zu werden, um Bedürfnisse und Bedarfe derjenigen, um die es ihnen geht, zu erkunden, Hilfen zu organisieren, Unterstützungsnetzwerke aufzubauen, kurz: geeignete „Strukturen“ zu schaffen, so dass auch das, was in den großen gesellschaftlichen Innovations- und Technikdiskursen nicht in den Blick gerät und unterzugehen droht, genügend Aufmerksamkeit erhält.

Und habe man denn nicht mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Leistungsseite der Pflegeversicherung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass über die notwendigen pflegerischen Verrichtungen hinaus auch nachgefragte Leistungen der sozialen Betreuung und Beaufsichtigung für die Betroffenen bezahlbar würden?

Und schließlich sei doch mit der Umsetzung des neuen Pflegeberufgesetzes alles getan worden, um ein hochqualifiziertes Personal für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte, also „kundenorientierte“ Pflege ausbilden zu können, dem nun nur noch die Arbeit durch verbesserte Arbeitsbedingungen, eine modernere Ausstattung und technische

Organisation, bessere Bezahlung eingeschlossen, erleichtert werden müsse!

Dass in quantitativer Hinsicht, also zahlenmäßig, ein „Pflegetotstand“ herrsche, dass Einsamkeit und Hilfebedarf von Pflegebedürftigen derzeit eher noch zunehmen und Kritik an der Qualität, insbesondere der häuslichen Versorgung, nicht geringer werde, so würde man dieses Argument ergänzen können, liege in Anbetracht des absoluten Anstiegs der Anzahl von Pflegebedürftigen und Demenzerkrankten in der Natur der Sache, weil bei wachsender Nachfrage nach pflegerischen Leistungen und höheren beruflichen Anforderungen das Angebot an geeigneten Kräften sich verknappe.

Ich möchte im Folgenden diese so oder so ähnlich mit Blick auf die Situation der Langzeitpflege vorgetragenen Argumente auf den Prüfstand stellen und hierzu folgenden Fragen nachgehen und versuchen, darauf Antworten zu finden, mit denen ich mir, soviel ist gewiss, nicht überall Freunde machen werde:

1. Was sind die (offenen und unhinterfragten) Prämissen, unter denen die Pflegeversicherung in ihren Zulassungs- und Anerkennungsbestimmungen das langzeitpflegerische Leistungsangebot reglementiert? Könnte es sein, dass diese Prämissen das Ordnungs- und Leistungsrecht in einer Weise präformieren, die zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste zu einer Betriebsorganisation zwingt, die nicht oder nur wenig noch Rücksicht darauf nehmen kann, was ihre Klienten von einer „guten“ Pflege sich wünschen und erwarten?
2. Was sind überhaupt diese Erwartungen und Wünsche? Lassen sie sich mittels einer „Typik“ beschreiben, die für einen Großteil von ihnen kennzeichnend wäre?

Genügt es wie bisher, durch Reformen Leistungsverbesserungen für die Empfänger (Pflegebedürftige) vorzunehmen, in der Annahme, die Leistungserbringer würden die Erwartungen dann

besser als bisher erfüllen und die Klagen ihrer Klienten über „Versorgungsdefizite“ zum Verstummen bringen?

3. Oder sollte nicht, statt im Leistungs- und ggf. Ordnungsrecht wie bisher inkrementalistisch mit Veränderungen fortzufahren und dem „System“ ständig mehr Geld zuzuführen, zunächst einmal über einen Paradigmenwechsel der Pflegeversicherung nachgedacht werden, der auch ihre Prämissen nicht unangetastet lässt? Und hat sich, weil ein solcher Wechsel bisher nicht stattgefunden hat und auch nicht in Aussicht steht, nicht längst eine pflegerische Parallelversorgung entwickelt und etabliert, die durch pflegende Angehörige, selbstbeschaffte Hilfen, privat organisierte Kleinstnetzwerke oder 24-Stunden-Pflegen weitgehend außerhalb einer Finanzierung durch die Pflegeversicherung aufrechterhalten wird, um eine jeweils erwünschte Versorgung so lange es auch nur geht in der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen?

Diese Fragen sind erläuterungsbedürftig. Sie enthalten zudem Annahmen, die einführend zu benennen und in den folgenden Kapiteln ausführlich darzustellen und zu begründen sind.

Hierbei wird, das sei vorausgeschickt, teilweise auf Ergebnisse eines Projektes zurückgegriffen, das im Jahr 2019 in einer Modellregion (Landkreis Fürstentfeldbruck) mit der Zielsetzung durchgeführt wurde, innovative Modelle für eine am Bedarf und den Bedürfnissen orientierte Stärkung der ambulanten pflegerischen, betreuerischen und haushaltsnahen Versorgung zu entwickeln und vorhandene Möglichkeiten ihrer Realisierung aufzuzeigen.

Diese Ergebnisse sind somit zwar nicht ohne Weiteres verallgemeinerbar und auf andere Regionen übertragbar. Gleichwohl spricht vieles dafür, dass eine solche Übertragung möglich ist, eine entsprechende Hypothese also belastbar wäre. Voraussetzung hierfür sind allerdings Rahmenbedingungen, die in der Modellregion vorhanden waren bzw. im Rahmen des Projektes geschaffen werden konnten.

Die im Folgenden zu erläuternden Annahmen verweisen auf Regelungsvorschläge, die für künftige Reformen der Pflegeversicherung geprüft werden, zumindest nicht unbeachtet bleiben sollten.

In den folgenden acht Kurzabschnitten dieser Einführung werden diese Annahmen benannt und die dazu erforderlichen Erläuterungen gegeben.

#### *a) Die Verwissenschaftlichung der Langzeitpflege*

Eine erste Annahme besagt, dass auf das, was perspektivisch (u.a. in den einschlägigen Bestimmungen des SGB 11, den Prüfrichtlinien der MDS) als „Qualität“ der Langzeitpflege bestimmt und entsprechend operationalisiert worden ist, noch ein anderer Blick zu werfen ist, der ein erhebliches und bisher zu wenig beachtetes „Potential“ für Verbesserungen gleichermaßen des Pflegequalitätsverständnisses wie der Pflege selber zu erkennen gibt.

Wie dieser Blick zu schärfen ist und was er sehen lässt, zeigt am besten eine genauere Betrachtung der Form, die die Pflege, befördert durch die Pflegeversicherung und das ihr zugrunde liegende Qualitätsverständnis, in den zugelassenen Einrichtungen (Pflegeheimen, Pflegediensten) angenommen hat, woraus sich umgekehrt ergibt, was dieses Verständnis *nicht* sehen lässt.

Es ist unschwer zu erkennen, dass die moderne Form der („professionellen“) Pflege wesentlich durch ihre Verwissenschaftlichung geprägt worden ist, die sich analog auch auf alle anderen pflegenahen Bereiche (wie Ernährung, Hauswirtschaft und Betreuung) erstreckt.<sup>2</sup>

Das wiederum hat zu der naheliegenden Annahme bzw. Forderung geführt, dass eine „gute Pflege“ nur auf dem Stand von Wissenschaft und Forschung erbracht werden kann.

---

<sup>2</sup> Vgl. § 113a Abs. 1 SGB 11.

Es ist allerdings eine *bestimmte* Form der Verwissenschaftlichung, die für die Pflege kennzeichnend geworden ist und sie maßgeblich prägt.

Denn was jeweils „Stand von Wissenschaft und Forschung“ ist, wird bereits von der Forschung in eine teilweise bis auf Verrichtungsebene heruntergebrochene und damit hochauflösende Form von Grundsätzen, Leitlinien oder Standards gebracht, in denen für die Praxis mehr oder weniger detailliert und präzise festgelegt ist, wie eine nun als Pflegehandlung beschreibbare Leistung erbracht werden muss und was dabei zu beachten ist. In Standards beispielsweise werden die abzuarbeitenden Schritte einer Tätigkeit beschrieben.

Darüber hinaus hat die Pflegewissenschaft, befördert nicht zuletzt durch den *neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff*, eine Vielzahl einschlägiger Programme und Trainings für Pflegebedürftige entwickelt, für die es ebenso detaillierte Durchführungshinweise gibt.

Wesentlich für die Form der Verwissenschaftlichung der Pflege ist ferner Schriftlichkeit bzw. eine Verschriftlichung des pflegerischen Wissens.

Schriftlichkeit ist gleichsam Form in der Form, denn nur schriftlich hinterlegt, können Standards (und darüber hinaus „Leitbilder“, „Leitlinien“, „Handlungsempfehlungen“) Orientierungshilfe im Pflegealltag sein und nur unter Voraussetzung von Schriftlichkeit (z.B. in Handbüchern, Skripten oder Büchern) können sie für die Ausbildung verfügbar gemacht, im Unterricht vermittelt oder im Selbststudium angeeignet werden.

Natürlich wäre allein die Kenntnis von Dokumenten wie z.B. Standards, die den Stand von Wissenschaft und Forschung spiegeln, zwar eine notwendige, jedoch noch keineswegs eine hinreichende Bedingung für Fachlichkeit bzw. eine „professionelle“ und damit „gute“ Pflege, wozu Pflegekräfte erst eine ausreichende praktische Ausbildung und praktische Erfahrung befähigt.

Diese Auffassung von Qualität der Pflege, die wesentlich ihrem professionellen Selbstverständnis entspricht und heute weitgehend „alternativlos“ erscheint, dürfte unstrittig für alle Praxisbereiche gelten, in denen Pflegearbeit (und nicht nur sie) verrichtet wird, also insbesondere für die Pflege in Einrichtungen der Krankenpflege („Kliniken“) und für Pflegeheime und Pflegedienste, die Langzeitpflege erbringen.<sup>3</sup>

Denn mit einer derartigen Verdichtung und Prägung wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine für die Praxis verarbeitbare (und teilweise, so bei den „Expertenstandards, gesetzlich verbindliche) Form u.a. von Leitlinien, Standards und Trainings, die mit dem wissenschaftlichen Fortschritt - mit der Praxis rückgekoppelt - jeweils fortgeschrieben werden, wird sichergestellt werden, dass die Pflege ihre Leistungen auf dem Stand von Wissenschaft und Forschung, d.h. mit hoher „Fachlichkeit“, zu erbringen vermag.

Hohe „Fachlichkeit“ und dadurch „Rationalität“ der Pflege ist dann auch eine der wichtigsten Errungenschaften, die durch die Pflegeversicherung mit befördert wurde und verwirklicht worden ist.

#### *b) Die Form der Organisation der Pflege*

Wer über die Verwissenschaftlichung der Pflege spricht, darf über ihre Organisation nicht schweigen.

Denn die bestimmte Form der Verwissenschaftlichung der Pflege hat zugleich Voraussetzungen für eine komplexe Form ihrer Organisation in zugelassenen Einrichtungen geschaffen. Ja, der Eindruck kann sogar entstehen, die bestimmte Form ihrer Verwissenschaftlichung wäre

---

<sup>3</sup> Die Pädiatrie wird im Folgenden aus Gründen der äußeren Beschränkung ausgeklammert.

auf die pflegeversicherungsrechtlich für erforderlich erachtete und beförderte Organisation der Pflege gleichsam erst hingearbeitet worden.<sup>4</sup>

Das betrifft insbesondere eine auf ihre nahtlos aufsitzende Organisation von Abläufen und Abrechnungsprozeduren (z.B. auf der Basis von auf Verrichtungen bezogenen „Leistungskomplexen“ und Punktwerten oder nach Zeit). Hinzu kommen Pflegeplanungs- und Dokumentationspflichten, die dadurch ihrerseits für eine nicht minder komplexe Organisation von Begehungen, Prüfungen und Befragungen unter dem Titel „Qualitätsmanagement“ der Pflege erst anschlussfähig gemacht wurden und gesetzlich verankert sind.

Die übertriebene „Bürokratie“ bzw. „Bürokratisierung“ der Pflege, die inzwischen erhebliche Ressourcen bindet, findet ihre Entsprechung in den Arbeitsbedingungen, unter denen Pflegeleistungen von den zugelassenen Einrichtungen und Diensten heute erbracht werden müssen.

Denn Pflege hat durch die wissenschaftliche Auflösung von Pflegeleistungen in teilweise kleinste Verrichtungseinheiten (die für die ambulante Pflege zu „Komplexen“ wieder zusammengeführt wurden) eine arbeitsteilig strukturierte Form annehmen können, die als „Taylorisierung“ (vgl. Schniering, 2021) von Pflegearbeit beschrieben

---

<sup>4</sup> Mit der Zielsetzung, eine gegenüber der vorherigen („Notensystem“) objektivere („realistische“) Pflegeheimbewertung zu ermöglichen, haben insbesondere die in Modellprojekten und Gutachten etc. gewonnenen Empfehlungen der Hochschulen, also von Wissenschaft und Forschung, mit dem „Indikatorenmodell“ einen weiteren Beitrag dazu geleistet, die Pflege und ihre Abläufe gleichsam „more geometrico“, was in der Regel heißt: komplexer, als sie es sein müssten, zu machen. Dies erneut ohne Rücksicht auf den bürokratischen Aufwand, der dadurch in den Einrichtungen entsteht. Hier zeigt sich einmal mehr: Das System schreibt sich, selbstbezüglich und selbstdestruierend fort, ohne dass noch gefragt würde, welche (und wessen) Ziele überhaupt erreicht werden sollen. „Die Struktur trägt sich selbst, und man kann überzeugend nachweisen, daß genug Mängel vorhanden sind, die das ständige Suchen nach Korrekturen, Verbesserungen, Abhilfen antreiben. Die Bürokratie beschäftigt sich in bürokratischen Formen mit sich selbst“ (Luhmann, 1987, S. 212).

wurde und zum Gegenstand heftiger Klagen über eben diese Bedingungen geworden ist.

Diesen Arbeitsbedingungen wiederum entspricht ein rigides Zeitregime, durch das Pflegbedürftige in ambulante Tourenpläne oder stationäre Pflegeabläufe eingetaktet werden. Das kann als zu entrichtender Preis dafür verstanden werden, dass Pflegeeinrichtungen überhaupt kostendeckend und bezahlbar arbeiten können, dass, um es anders zu sagen, das Geschäftsmodell „Pflege“ in der Bundesrepublik überhaupt funktioniert.

Möchte man die heutige, durch Verwissenschaftlichung ermöglichte und durch Bestimmungen der Pflegeversicherung maßgeblich sowohl beförderte wie geprägte, bis in einzelne Abläufe hinein bestimmte Organisation der Pflegetätigkeit schlagwortartig charakterisieren, so ließe sich mit einem unschönen, aber gewiss treffenden Begriff von einer „Vermaßnahme“ der Pflegearbeit sprechen.

Pflegearbeit wird heute vor allem in Form von „Maßnahmen“ erbracht.<sup>5</sup>

Organisatorisch mehr oder weniger bestimmte Abläufe werden in die Form von „Maßnahmen“ gebracht, in denen pflegerisch zu beachtende Grundsätze, Leitlinien oder Standards zielorientiert zur Anwendung kommen.

Maßnahmen haben einen Anfang und ein Ende. Ihre Dauer kann zeitlich, ihre Durchführung kostenmäßig unter Beachtung der hierfür erforderlichen Qualifikation der Durchführenden und der jeweils benötigten Hilfsmittel bestimmt werden.

---

<sup>5</sup> § 5 Abs. 2 PflBG bestimmt: „Pflege im Sinne des Absatzes 1 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.“

Die Form der Maßnahme ist aus der Pflege heute nicht mehr wegzudenken. Schulungen (in der üblichen Form), Pflegeplanungen (in der vorgeschriebenen Form), Abrechnungen von Leistungen (in der gesetzlich vorgeschriebenen Form) und Kontrollen der Aufsichtsbehörden wären anders gar nicht möglich.<sup>6</sup>

Pflegen ist eine Tätigkeit geworden, die jeweils explizit auf zu verwirklichende Ziele hin auszurichten ist, für die zweckmäßige Maßnahmen als „Mittel“ der Zielerreichung festzulegen und durchzuführen sind.

Beides, die Ziele und die zu ihrer Verwirklichung für erforderlich erachteten Maßnahmen, können (wie die hierbei zu beachtenden pflegewissenschaftlichen Grundsätze, Leitlinien und Standards) jeweils mehr oder weniger detailliert und präzise festgelegt werden bzw. sein.<sup>7</sup>

Zu beachten ist hierbei, dass die Pflegeversicherung in § 2 („Selbstbestimmung“) die dort unter den Begriff der „Hilfe“ subsumierte Pflegearbeit auf die Grundsätze der „Selbstbestimmung“ und „Selbstständigkeit“ der Pflegebedürftigen verpflichtet: „Die Leistungen der

---

<sup>6</sup> Aus diesem Grund auch die Absage an Zeitvergütungen von Rothgang/ Kalwitzki/ Cordes, 2019, S. 40 ff, die eine der Voraussetzungen für eine gleichsam „maßnahmelose“ Pflege wäre.

<sup>7</sup> Maßnahmen können dementsprechend den Charakter von „Verfahren“ annehmen, wenn sie hoch detailliert und präzise bestimmt sind (z.B. für die Wundversorgung). Umgekehrt hat der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ einen zwar relativ hohen Detaillierungsgrad, aber einen nur geringen Präzisionsgrad. Bei einer reinen Zeitabrechnung, etwa einer Betreuungsmaßnahme, wiederum können Detaillierungs- und Präzisionsgrad vorab sehr klein gehalten werden und erst situativ im Vollzug der Maßnahme spezifiziert werden, z.B. auch um die Durchführung der Maßnahme überhaupt dokumentieren zu können. Grundsätzlich sind eine Maßnahme und ihre Ziele natürlich an den jeweiligen Pflegebedürftigen, nämlich seine „Ressourcen“, seinen Zustand, seine momentane (Tages-) Verfassung, zweckmäßig anzupassen. Auch dies schlägt sich im Detaillierungs- und Präzisionsgrad nieder.

Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB 11).<sup>8</sup>

Auf die Bedeutung dieser Grundsätze („Werte“) für die Langzeitpflege wird im Folgenden ausführlich einzugehen sein.

c) *„Extrafunktionale“ Effekte*

Die Vorteile einer derart verwissenschaftlichten und in der Form von Maßnahmen erbrachten Pflege gegenüber einer, die ziel- und planlos, d.h. situativ auf Zuruf und ohne wissenschaftlich begründete Expertise tätig wäre, liegen auf der Hand.

Denn eine verwissenschaftlichte Pflege nimmt am medizinisch-pflegewissenschaftlichen Fortschritt teil und kann auf jeweils aktuellem Wissenstand tätig werden. Wenn zudem dem Wissen einer Pflegekraft die erforderlichen Fähigkeiten zur Anwendung entsprechen und hierfür geeignete Arbeitsbedingungen vorhanden sind, dann sind notwendige Voraussetzungen dafür geschaffen, um für Pflegebedürftige nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Risikovermeidung das fachlich jeweils Beste zu tun.

Befördert wird dies nicht zuletzt durch den Umstand, dass wissenschaftsbasierte Pflegemaßnahmen kontrollierbar und prüfgegenständlich sind. So ist insbesondere die korrekte Anwendung der „Expertenstandards“, wozu Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste gesetzlich (§ 112 Abs. 2 SGB 11) und vertraglich (§ 72 Abs. 3, Ziffer 4 SGB 11) verpflichtet sind, in die vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen einbezogen.

---

<sup>8</sup> Vgl. Nolan/ Brown /Davies/ Nolan/ Keady, 2006, S. 6.

Auch persönlich werden Pflegekräfte durch Verwissenschaftlichung und Vermaßnahme ihres Gebietes entlastet. Denn wer sich an wissenschaftlich bestimmte Standards halten kann und hält, dem kann selbst im Schadensfall schwerlich noch vorgeworfen werden, etwas falsch gemacht zu haben, auch wenn eine standardgemäße Pflege nicht zwingend zu einer Haftungsfreistellung führt.

Verwissenschaftlichung und eine in der Form von Maßnahmen erbrachte Pflege tragen schließlich dazu bei, dass das Unplanbare, Überraschende, von der Norm Abweichende, das der Pflege tagtäglich im Pflegealltag bei ihren Klienten begegnet, im Umgang sachlich strukturiert und persönlich auf Abstand gehalten werden kann.<sup>9</sup>

Die Wissenschaftsorientierung, genauer: Wissenschaftsfundierung und Vermaßnahme moderner Pflegearbeit, wird man angesichts ihrer Rationalität und der ihr zugeschriebenen Pflegeerfolge ohne Frage als 'alternativlos' für die Sicherstellung einer hohen Pflegequalität beurteilen müssen.

Das wird hier keineswegs in Frage gestellt.

Wissenschaftsfundierung und Vermaßnahme bezeichnen allerdings nur notwendige Bedingungen, deren Vorliegen nicht bereits als hinreichend für eine gute Pflege anzusehen ist.

Dies zumindest dann nicht, wenn die (qualitätssensitiven) Erwartungen und Wünsche der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer Angehörigen an die Pflege berücksichtigt werden, selbst wenn diese dem pflegfachlich im Einzelfall für erforderlich Erachteten nicht in jedem Fall entsprechen.

Denn eine pflegfachlich sachgerecht erbrachte Maßnahme erfüllt nicht per se bereits die Erwartungen, die Pflegebedürftige gegenüber ihrer Pflege hegen.

---

<sup>9</sup> Die Forderung nach „professioneller Distanz“ kann unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden.

Ein bezeichnendes Licht wirft die Unterscheidung von „notwendig“ und „hinreichend“ auf das Indikatoren gestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich“ nach § 113 Abs. 1a SGB 11, auf das hier kurz einzugehen ist.

Gewiss ist Wingenfeld/Engels et al. (2011) auch heute noch zuzustimmen, wenn sie schreiben, dass „es bislang keinen Konsens darüber gibt, was genau unter ‚guter Pflege‘ zu verstehen ist bzw. welche Indikatoren der Ergebnisqualität Hinweise auf ‚gute‘ oder ‚schlechte‘ Pflege geben. Die Perspektive der beteiligten Akteure – beispielsweise der Bewohner, ihrer Angehörigen, der Pflegenden, der Einrichtungen oder der Kostenträger – weicht in diesem Punkt zum Teil durchaus voneinander ab“ (aaO. S. 8).

Ob allerdings, wie die Autoren seinerzeit meinten, die von ihnen bestimmten Indikatoren „einen Beitrag dazu hätten leisten können, dass sich ein gemeinsames Verständnis von Ergebnisqualität und ihrer Beurteilung herausbildet“ (ebd.), wird fraglich bleiben müssen.

Fraglich insofern, als diese Indikatoren zwar für eine vergleichende Bestimmung der Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen geeignet sind, also der „Einrichtungsqualität“, u.a. unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten, unter solchen der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben (z.B. Gurtfixierungen) und der allgemeinen Bestimmungen der Pflege-Charta (z.B. „Privatheit“) (vgl. Görres/ Rothgang, 2017).

Nur heißt dies keineswegs, dass Bewohner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ggf. deren Angehörige ihre Beurteilung der Einrichtungsqualität vornehmlich unter diesen Gesichtspunkten vornehmen oder sie gar darauf beschränken würden.

Und das gilt umso mehr für das letztendlich in Kraft getretene Modell, das mit seinen zehn Indikatoren ein aus pflegewissenschaftlicher und rechtlicher Sicht unstrittiges Tableau erforderlicher („notwendiger“) Qualitätsanforderungen an Pflegeeinrichtungen beschreibt und damit

immerhin einen Minimalkonsens über die Anforderungen an eine gute Pflege zur Abbildung bringt.

Wenn die mittels dieser Indikatoren erfasste Ergebnisqualität für Bewohner und Angehörige auch entsprechend wichtig und für eine gute Pflege sogar notwendig sein dürfte, so werden dadurch doch Anforderungen beschrieben, deren Erfüllung Pflegebedürftige eigentlich voraussetzen können müssten und die von ihnen i.d.R. wohl auch vorausgesetzt werden, wenn sie sich in die Hände einer („professionellen“) Pflegeeinrichtung begeben. Dies ist vergleichbar mit dem Aufenthalt in einem Krankenhaus, von dem ein Patient ebenfalls annehmen darf, dass seine Behandlung dort fachlich mittels auf aktuellem Wissenstand durchgeführter Maßnahmen erfolgen wird.

Anders noch: Dass es überhaupt für erforderlich erachtet wurde, eine dem Grunde nach selbstverständliche Einhaltung u.a. pflegewissenschaftlicher Kriterien in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die sich ihre „Fachlichkeit“ zugutehalten dürfen, mit für die dort Beschäftigten hohem Zeitaufwand zu erfassenden Indikatoren, einer eigens eingerichteten „Datenauswertungsstelle“, einer immensen technischen Ausrüstung sowie unbestimmt hohem Personaleinsatz und nicht näher definierten Kosten im Halbjahrestakt zu prüfen, wirft ein bezeichnendes Licht sowohl auf die Einrichtungen (denen man zu Recht oder Unrecht misstraut) wie auch auf eine ministerielle Administration, die sich dies ausgedacht hat und sich damit gewiss kein Denkmal setzt.

Auch stellt sich die Frage, welchen Nutzen gemessen am Aufwand eine mittels dieses Modells bestimmte Ergebnisqualität eigentlich haben kann. Dass die Indikatoren-Ergebnisse der vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität stationärer Einrichtungen dienen, beantwortet ja noch nicht die Frage, für wen diese Daten bzw. Informationen eigentlich wichtig sind und wer damit arbeiten, sie – abgesehen von der Auswertungsstelle - verarbeiten würde.

Die Vorstellung, dass sie eine „Grundlage für das interne Qualitätsmanagement einer vollstationären Pflegeeinrichtung bilden“ könnten

(so auf der Website der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege, s. <https://www.gs-qa-pflege.de/unsere-projekte/>), setzt ja voraus, dass Informationen über Mängel auch hinsichtlich der mittels Indikatoren erhobenen Pflegequalität in den Einrichtungen nicht vorhanden wären.

Jede ausgebildete Pflegekraft, umso mehr jede Heim- und Pflegedienstleitung einer Pflegeeinrichtung ist heute jedoch bestens über bestehende Qualitäts- bzw. Pflegemängel in ihrem Haus informiert und weiß relativ genau, was sie ihrem Team für deren Behebung und laufende Kontrolle zumuten und zutrauen darf. Mittels Indikatoren erfasste Daten können die eigene Sicht darauf zwar ergänzen und bestätigen, aber man wird fragen müssen, ob der erhebliche Aufwand ihrer Erfassung (zumal unter den bestehenden Rahmenbedingungen in der Pflege) den beschränkten Nutzen der Ergebnisse rechtfertigen kann.<sup>10</sup>

Ebenso kritisch wird man die Auffassung beurteilen müssen, Pflegebedürftigen oder ggf. ihren Angehörigen würde mit diesen Informationen eine Entscheidungshilfe für die Wahl eines Pflegeheims oder eines Pflegedienstes an die Hand gegeben.

Auch diese Vorstellung dürfte relativ weit an den Kriterien vorbeiziehen, die klientenseitig für die Einrichtungswahl ausschlaggebend sind. Wie schon die früher in den Transparenzberichten vermerkten Noten, wenn sie Pflegeplatzsuchenden überhaupt bekannt geworden sind, bei der Entscheidungsfindung kaum eine Rolle spielten und größere Beachtung allenfalls durch ihre Kritik erhielten, ist davon auszugehen, dass auch die Kästchen und Balken des neuen Systems nur eine geringe Aufmerksamkeit erfahren werden.

---

<sup>10</sup> So gesehen bleibt einmal mehr das „scharfe Schwert“ kurzfristig angesetzter oder unangekündigter Prüfbesuche, die alle Beteiligten in den Einrichtungen dazu nötigen, unablässig auf Mängel zu achten und die verbliebenen Kräfte zu deren Behebung zu mobilisieren.

Anstatt den gleichsam „offiziellen“ Begründungen für die Einführung des Systems Glauben zu schenken, sollte man zur Erklärung eher von einem klassischen Fall „organisatorischer Selbstbindung“ und nicht zuletzt wohl auch ganz konkreten Interessen des Wissenschaftssystems ausgehen.

Nachdem einmal mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 der „Pfad“ eines bundesweit auf Vergleich angelegten Bewertungssystems für Pflegedienste und Pflegeheime betreten wurde, hierfür Personal und Sachmittel, auch in der Forschung, inzwischen in erheblichem Umfang vorgehalten werden, ist diesbezüglich an einen Stillstand oder gar Rückbau der geschaffenen Strukturen nicht mehr zu denken gewesen.

Die Kritik an dem früheren Notensystem, an dem u.a. die geringe Aussagekraft bemängelt wurde, gab dann einmal mehr Anlass und Grund nicht nur zu einer Korrektur des Systems, sondern dazu, es gleich umfassend auszubauen.

Indes wird auch das neue System inzwischen kritisiert, und zwar im Hinblick auf Schwachstellen, die den pflegewissenschaftlich und pflegerechtlich instruierten und dadurch auf die Qualität im Ergebnismessbarer pflegerischer Maßnahmen bezogenen Indikatoren weitgehend inhärent sind.

Insbesondere lassen sich damit, was die Wissenschaft bereits selber kritisiert, die für Pflegebedürftige mitentscheidenden Kriterien für die Qualitätswahrnehmung, wie z.B. das heiminterne „Binnenklima“, das verfügbare Zeitbudget des Personals für jeden Pflegebedürftigen, die Konstanz der Bezugspersonen bzw. die Häufigkeit von Personalwechseln und die fachliche „Offenheit“, nicht erfassen.<sup>11</sup> Dies von den

---

<sup>11</sup> So auch die „Deutsche Gesellschaft für Qualität“ (DGS) auf ihrer Website zum Indikationenmodell: „In der Tat besteht das Modell aus Kriterien, die ausschließlich der quantitativen Messbarkeit zugänglich sind. Hingegen wäre die

klientenseitig erwarteten personalen und sozialen Fähigkeiten „ihrer“ Pflegekräfte ganz abgesehen.

Eine interessante Spur zu dem, was über das für eine gute Pflege hinaus noch nötig ist, führt über den Umweg einer Betrachtung der unbeabsichtigten Nebenfolgen, der „blinden Flecken“ und „Leerstellen“, denen von beiden - Verwissenschaftlichung und Vermaßnahme - der Boden bereitet wurde.

Im Folgenden werden diese Leerstellen als „extrafunktionale“ Effekte einer verwissenschaftlichten, in der Form von Maßnahmen erbrachten Pflege beschrieben. Zu fragen wird an späterer Stelle sein, wie gravierend die Qualität der Pflege von deren Auswirkungen betroffen ist und ggf. was dagegen unternommen werden kann.

Zu den extrafunktionalen Effekten wird man das enorme „Bürokratisierungspotential“ zählen müssen, das die moderne, verwissenschaftlichte und vermaßnahmte Pflege generiert und zu realisieren begonnen hat.

Hier besteht der Zusammenhang darin, dass erst eine pflegewissenschaftlich in Pflegehandlungen (ggf. Teilhandlungen) mit einer als zusammengehörig ausgewiesenen Schrittfolge aufgelöste und zur Einheit einer Maßnahme jeweils zusammengefasste Pflege es ermöglicht, geplant, dokumentiert, kontrolliert und mit Standards hinterlegt zu werden, wodurch dann wiederum Voraussetzungen u.a. für die Entwicklung und Umsetzung von Verfahren des Qualitätsmanagements (z.B. PDCA-Zyklus, Datenerhebungen, Anpassung bzw. Änderungen des Dokumentationssystems, Vorschriften zur Dokumentensteue-

---

Messbarkeit (sowie Skalierbarkeit und Validierung) von subjektiven Kriterien zwar eine Herausforderung. Aber gerade solche Merkmale können zu einem umfassenderen Bild der Einrichtungsqualität beitragen und Menschen bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung sehr wichtige Hinweise liefern. Insbesondere die gegenwärtige Corona-Krise macht deutlich, dass Aspekte wie Beziehungsgestaltung, soziale Netzwerke und Teilhabe wichtige Bausteine der individuellen Lebensqualität bilden“ (Deutsche Gesellschaft für Qualität, o.J.).

rung, Erstellung von Handbüchern etc.), von Vorschriften für die Dokumentation zur Erfüllung von Nachweispflichten und zur Abrechnung geschaffen wurden.

Dieser Zusammenhang erhellt zugleich, dass die Administration einer verwissenschaftlichten Pflege ohne Bürokratisierungseffekte schwerlich zu haben ist, wie er andererseits leicht übersehbare Grenzen von Projekten zur „Entbürokratisierung“ deutlich macht.<sup>12</sup>

Ebenfalls bereits genannt, wird man zu den extrafunktionalen Effekten die durch Vermaßnahme ermöglichten und beklagten Arbeitsbedingungen in der Pflege und das rigide Zeitregime, dem Pflegebedürftige sich unterwerfen müssen, rechnen können, was die moderne, fachlich versierte, „taylorisierte“ und auf wirtschaftliche Effektivität und Effizienz getrimmte professionelle Pflegearbeit heute charakterisiert.

Dies wiederum hat, abgesehen von Irritationen bei vielen „Pflegekunden“, zu einer Verknappung des Angebots an (ausgebildeten) Pflegekräften geführt. Ursächlich hierfür sind Unzufriedenheit im Beruf, häufiger Arbeitsplatzwechsel, Unzufriedenheit und Konflikte im Team, hohe Krankheitsausfälle sowie – was oft nicht wahrgenommen wird – Überforderung durch die nicht geringen Anforderungen einer verwissenschaftlichten und bürokratisierten Pflege, was alles schließlich in Berufsflucht münden kann – wobei auch hier leicht verwechselt werden kann, dass die Ursachen dafür bei der überwiegenden Zahl inzwischen einschlägig „administrativ“ sozialisierter (ausgebildeter) Pflegekräften nicht in einem *Zuviel* an „Bürokratie“ liegen dürften, sondern eher an den *Schwierigkeiten*, die sie vielen bereitet.

---

<sup>12</sup> Zudem wird sich das Bürokratisierungspotential – allen gegenläufigen Projekten zum Trotz – als längst noch nicht ausgeschöpft erweisen, sodass (wie bisher) mit jeder Reform der Pflegeversicherung ein neuer Schub an administrativen Herausforderungen für Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste und entsprechenden Aufgaben für Pflegekräfte erwartet werden kann.

Auch steht längst nicht jeder mehr, der „gute“ Pflegearbeit leisten würde und für eine ein- oder mehrjährige Ausbildung geeignet wäre, in Anbetracht der zu erwartenden Arbeitsbedingungen für einen Beruf in der Pflege zur Verfügung.

Die Verwissenschaftlichung der Pflege hat naheliegend zu der ebenfalls durch die Pflegeversicherung beförderten und spezifizierten, heute allerdings – und dies ein weiterer Effekt – fraglich gewordenen Forderung geführt, dass eine „gute“ Pflege in der Praxis nur unter Voraussetzung einer wissenschaftlich basierten Pflegefachausbildung der Pflegenden gelingen kann.

Fraglich ist diese Forderung deshalb geworden, weil aus dem Umstand, dass jeder pflegerischen Maßnahme mehr oder weniger detailliert und präzise beschriebene Leitlinien oder Standards für ihre Durchführung zu Grunde liegen, nicht minder naheliegend gefolgert wurde, dass Pflegearbeit auch von geringer Qualifizierten, in Zukunft beispielsweise von „Pflegeassistenten“, übernommen werden kann, sofern nur die Kontrolle durch Fachkräfte sichergestellt ist und tatsächlich auch erfolgt.<sup>13</sup>

Die wesentlich auf - im weiteren Sinne - administrative Aufgaben beschränkten Vorbehaltsaufgaben, die jüngst im „Pflegeberufegesetz“ festgelegt worden sind, haben hierfür bereits einen Weg gebahnt.

Vor dem Hintergrund der hitzigen Diskussionen in den „Nuller“-Jahren um den „Professionsvorbehalt“ („Spritzenschein reicht nicht!“), seinerzeit sogar für die einfachsten pflegerischen Tätigkeiten, wird

---

<sup>13</sup> Auch die Erwartung einer möglichst „persönlichen“, „familialen“ Pflege (s.u.) müsste sich dann im Einzelfall neu orientieren. Beschränken sich Fachkräfte auf ihre Vorbehaltsaufgaben, die im Gesetz im Wesentlichen als administrativ-organisatorische Aufgaben bestimmt worden sind, dann wären sie hierfür kaum noch der richtige Adressat. Für die Ausbildung von „Pflegeassistenten“, auf deren Schultern vieles dann ruhen würde, was einer „guten“ Langzeitpflege“ ihr besonderes Gepräge geben könnte, wird man daraus die richtigen Schlussfolgerungen ziehen müssen (s.u.).

man sich verwundert die Augen reiben können, wie nicht nur klaglos, sondern hoch willkommen auch seitens der Pflege die betreffenden Bestimmungen des Gesetzes aufgenommen worden sind, die recht beisehen eine Verabschiedung von Fachkräften aus der „direkten“ Pflege (am Klienten) einleiten werden.<sup>14</sup>

Zu den im Pflegediskurs und in der einschlägigen Literatur ebenfalls so gut wie nicht beachteten (extrafunktionalen) Effekten gehört eine Tendenz zur „Vergegenständlichung“ der Pflege.

Das bedeutet einerseits: Sowohl bei der Erstellung einer Form, z.B. eines Standards, wie in der Pflege, die sich an ihm orientiert, kann von den eine Pflegebeziehung steuernden persönlichen pflegerischen Fähigkeiten bzw. Anforderungen (wie innerer Beteiligung, Anteilnahme, Empathie) leicht abgesehen werden, insofern diese sich solcher Formgebung, z.B. einer Standardisierung, entziehen. Diese Fähigkeiten werden darin bestenfalls als „nice to have“ erwähnt, können bei den Pflegekräften aber natürlich, anders als die zu befolgenden kognitiven Inhalte und wissensbasierten Schritte, nicht gleichermaßen eingefordert werden.

Und es bedeutet andererseits, dass auch der zu Pflegende nicht länger mehr als Person wahrgenommen werden muss, sondern zu einem „Kunden“ vergegenständlicht werden kann, dessen Pflege sich auf den Vollzug von Maßnahmen reduziert.

Hieß es früher einmal, zur Pflege brauche man „Herz und Verstand“, so begnügt man sich im Zeitalter ihrer Vermaßnehmung gern mit dem Verstand.

Dass beides in der Pflege in eine wenn auch „widersprüchliche Einheit“ zu bringen ist, stellt Pflegekräfte in der Praxis vor eine

---

<sup>14</sup> Diese Entwicklung hat - natürlich – noch eine andere Stoßrichtung, wenn man bedenkt, dass mit der Definition der im Wesentlichen administrativen Vorbehaltsaufgaben der Forderung nach einer Akademisierung der Pflege umso stärker Nachdruck verliehen werden kann.

Herausforderung und Aufgabe, die in der Ausbildung für die Pflegeberufe zu einem wichtigen Thema geworden ist.<sup>15</sup>

Gleichwohl bleibt die Zusammenführung von beidem, für viele vielleicht sogar Unvereinbarem, prekär. Die Ursachen hierfür sind schnell benannt, gehen mit der Verwissenschaftlichung und Vermaßnahme der Pflege doch erhebliche Zugewinne an schulungs- und fortbildungsintensiver Expertise bei den anwendenden Pflegekräften einher.

Damit steigt die „Fallhöhe“ zwischen professionellem Wissen und Laienwissen, zwischen Pflegenden und zu Pflegenden, was wiederum den Charakter der Pflegebeziehung verändern kann.

Die eigene innere Beteiligung und Anteilnahme an der *Person* des zu Pflegenden im Selbstbezug des Pflegenden tritt dann leicht hinter einer mehr oder weniger konzentrierten Orientierung an der fachgerecht zu erbringenden Maßnahme, z.B. einem Programm, einem Standard, zurück.

Diese Tendenz wird umso größer bei noch unerfahrenen Pflegekräften sein, bei denen größere Unsicherheit darüber besteht, ob sie alles richtig machen, sodass die Sicherheit, keine Fehler zu machen, sinkt, weil das Risiko, Fehler zu begehen, steigt.

Die Qualität einer Pflegehandlung wird dann leicht auf „Sachgerechtigkeit“ des Vollzugs (die z.B. ein Standard vorgibt) reduziert bzw. daran gemessen.

---

<sup>15</sup> „Pflegesituationen sind in ihrer Komplexität mehrdimensional. Auszubildende stehen häufig in einem Spannungsfeld von Leid, Schmerz, Trauer und regelgeleiteter pflegerischer Intervention (...). Zweckrationale Lösungen allein, denen ein fundiertes (Regel-) Wissen zugrunde liegt, sind im Umgang mit den zu pflegenden Menschen unzureichend. Auszubildende benötigen ‚Werkzeuge‘, die ihnen sowohl fachliches Wissen als auch Konzepte im Umgang mit emotional behafteten Situationen anbieten, um im Pflegeprozess entscheiden und handeln zu können“ (Saul/ Jürgensen, 2021, S. 40; vgl. auch. Walter, 2015).

Dies zumal die auf äußerste Effizienz und schnellen Durchsatz getakteten Arbeitsabläufe in der Pflege den Beschäftigten kaum noch eine Chance bieten, sich mit ihren personalen und sozialen Fähigkeiten, also als Personen, in die von ihnen zu gestaltenden Pflegebeziehungen einzubringen. Für eine dergestalt zeitintensive „Beziehungsarbeit“ fehlt Pflegekräften i.d.R. ein ausreichendes Zeitbudget und den Einrichtungsträgern die Refinanzierungsmöglichkeit.

Dem entspricht, dass diese Fähigkeiten unterscheidungsgemäß nun zu bloß „subjektiven“ (individuellen) Fähigkeiten herabgestuft werden können, die bei einer Pflegekraft vorhanden sind oder auch nicht, schon weil sie im Katalog der „objektiven“ Anforderungen<sup>16</sup> des Qualitätsmanagements nicht unterzubringen sind und ihr Fehlen im Schadensfall nicht zugerechnet werden kann.

Umgekehrt ermöglicht dies, die Qualifikation einer Pflegekraft auf ihre formale „Qualifikation“, etwa eine „Urkunde“ zu reduzieren, was unter Bedingungen des „Pflegetnotstands“ dann auch bei vielen Anstellungsträgern als einziges Einstellungskriterium verblieben ist.

Die Tendenz zur Vergegenständlichung hat jedoch ein „Doppelgesicht“, auf das hier hinzuweisen ist.

Denn gerade weil sie in der professionellen Pflege (zumal unter den Rahmenbedingungen, unter denen diese erbracht werden muss) für Pflegebedürftige stark belastend sein und eine klientenseitig bestehende Unzufriedenheit mit erklären kann, wurde längst die Wichtigkeit und Bedeutung informeller Befähigungen, nun in der Gestalt sogenannter „Softskills“, erkannt.

Es wäre daher falsch aus der genannten Tendenz zu schließen, dass persönliche Fähigkeiten in der Pflege keine Rolle mehr spielten. Im Gegenteil, die Aufmerksamkeit, die sie, gemessen an der Zahl

---

<sup>16</sup> Z.B. überprüfbare Einhaltung von Pflege- und Arbeitsstandards, von Sorgfaltspflichten und einschlägigen Vorschriften, z.B. zum Arbeitsschutz, zur Hygiene etc.

einschlägiger Zeitschriftenartikel, Workshops und Vorträge, erhalten, scheint in dem Maße zu steigen, wie das pflegeversicherungsrechtlich verordnete Qualitätsmanagement (und Leistungsrecht) auch die letzten Nischen noch besetzt, in denen eine vormals relativ freie Gestaltung von Pflegebeziehungen, unbekümmert um eng getaktete Dienst- und Einsatzpläne, um Pflegeplanungen und Dokumentationsvorschriften, noch verwirklicht werden konnte und verwirklicht worden ist.

Und es bedeutet sicherlich auch nicht, dass Pflegekräften ihre personalen und sozialen Fähigkeiten durch Vermaßnahme der Pflegearbeit abhandenkommen gekommen wären.

Vielmehr ist das Problem darin zu sehen, dass unter Bedingungen „taylorisierter“ Arbeitsabläufe für die Pflege kaum noch Spielraum verbleibt, ihre Tätigkeit anders denn als Vollzug von (jeweils zeitlich scharf kalkulierten) Maßnahmen zu praktizieren - selbst wenn ein Klient auf menschliche Zuwendung dringend angewiesen ist, weil ihm der Pflegebesuch als einziger sozialer Kontakt verblieben ist.

#### *d) Erwartungen an die Pflege*

Für die Beantwortung der Frage, welche Auswirkungen extrafunktionale Effekte auf die Qualität der Pflege haben, sind die Erwartungen und Wünsche von Pflegebedürftigen an „ihre“ Pflege zu beachten.

Dies zumindest dann, wenn man die „Definitionsmacht“ über die Qualität von Pflege nicht einseitig bei Pflegeversicherung und Pflegewissenschaft belassen möchte, sondern die Klientenperspektive stärker miteinbezieht, kommt dieser doch im pflegeversicherungsrechtlich bestimmten Qualitätsmanagement unter dem Titel „Kundenzufriedenheit“ bezeichnenderweise nur eine untergeordnete Rolle zu.

Denn Langzeitpflegebedürftige und ihre Angehörigen haben häufig Erwartungen an die Qualität der Pflege, die pflegeversicherungsrecht-

lich (wenn auch wissenschaftlich) begründete „Maßnahmen“ oft nicht erfüllen können und mit diesen zuweilen sogar *konflikieren*.

*Nicht erfüllen* insofern, als solche Erwartungen in Grundsätzen, Leitlinien und Handlungsempfehlungen für die Pflege und auch in den Lehrplänen für die Ausbildung zwar Beachtung finden und in ihrer Wichtigkeit anhand von Beispielen aufgezeigt werden können, ihre Erfüllung sich aber nicht in eine operative Form (z.B. eines Standards) bringen lässt und daher Pflegekräften auch schwerlich abverlangt werden kann, sodass Pflegebedürftige aus den bereits genannten Gründen darauf zuweilen vergeblich hoffen.

Das betrifft in erster Linie kaum erlernbare und gewiss nicht standardisierbare persönliche Motivationen und Handlungskomponenten wie emotionale und soziale Intelligenz, soziale Beziehungsfähigkeit bzw. -bereitschaft, Anteilnahme, insbesondere Empathie und ihre Realisierung.<sup>17</sup>

Und es betrifft eine Organisation der Pflege, die Rahmenbedingungen setzen müsste, ohne die in der konkreten Pflegesituation bestehende

---

<sup>17</sup> In den Lehrplänen und Ausbildungsplänen des bayerischen Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung für die Berufsfachschule für Pflege heißt es dazu u.a.: „Neben der Fokussierung auf die eigene soll auch die Perspektive der zu pflegenden Menschen aller Altersstufen und von deren Bezugspersonen [in den Blick, R. T.] genommen werden. Indem die Auszubildenden gefordert werden, unterschiedliche Sichtweisen wahrzunehmen und zu deuten, kann ein verstehender Zugang zum zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen und eine Haltung der Akzeptanz und Achtsamkeit aufgebaut werden“ (Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, Hrsg., 2020, S. 30). Zu den im ersten und zweiten Ausbildungsdrittel von den Auszubildenden zu erwerbenden Kompetenzen formulieren die Lehrpläne u.a.: Die Auszubildenden „bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersphasen und ihren Bezugspersonen auf und beachten dabei die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz Der Auszubildende [erlernt dabei, R. T.] die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz“ (S. 31.)

Erwartungen vieler ihrer Klienten an die Pflege nicht nur nicht erfüllt werden können, sondern auch die meisten pflegerischen Verrichtungen bzw. Maßnahmen dem im engeren Sinne fachlichen Selbstverständnis der Pflege nicht genügen würden. Zu diesen Bedingungen gehört beispielsweise ein ausreichendes Zeitbudget, über das Pflegende im Umgang mit ihren Klienten verfügen sollten, um nach erbrachter Leistung nicht sogleich wieder zum nächsten Klienten eilen zu müssen.

In *Konflikt* mit dem pflegefachlich Gebotenen können die Erwartungen von Pflegebedürftigen im Einzelfall aber insoweit treten, als eine vom Standpunkt des Expertenwissens einer Pflegekraft („fachlich“) für erforderlich erachtete Maßnahme nicht immer mit den in der speziellen *Lebensform*<sup>18</sup> des Betreffenden (oder seiner Angehörigen) gründenden Gewohnheiten und Wünschen in Einklang stehen muss.

Bezeichnet man diese als „Bedürfnisse“ und jenes als „Bedarf“, dann werden an der folgenden (dem Expertenstandard „Mobilität“ entnommenen) Textstelle dieses die Praxis der Langzeitpflege im Besonderen kennzeichnende Konfliktpotential und der von einer fachlich

---

<sup>18</sup> Der Begriff bzw. das Konzept der (individuellen) „Lebensform“ wird im Folgenden als Schlüsselkonzept zur Erfassung und zum Verständnis der gewohnten („normalen“) und weitgehend individuell bestimmten *Lebenspraktiken* einer Person verwendet, für die bei Auftreten von Pflegebedürftigkeit Anpassungen an die veränderten Umstände erforderlich sind. Langzeitpflegerische Interventionen müssen sich hierzu ins Verhältnis setzen. Der Ausdruck „Lebensform“, eingegrenzt allerdings auf „Familien- bzw. Haushaltsformen“, wird auch vom Statistischen Bundesamt verwendet: „Grundlage für die Bestimmung einer Lebensform sind soziale Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Haushalts“ (Statistisches Bundesamt, Haushalte und Familien. Lebensformen, o.J.). Die hier bevorzugte Verwendung von „Lebensform“ ist zu unterscheiden von derjenigen Ludwig Wittgensteins in seinen „Philosophischen Untersuchungen“. Wittgenstein bezieht den Begriff auf Sprachgemeinschaften („Sprachspiele“), will ihn also nicht als eine individuelle Form verstanden wissen.

arbeitenden Pflegekraft erwartete Umgang mit dieser Situation augenscheinlich.

Es sei zu beachten, heißt es da,

„dass die jeweiligen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen individuell und biographisch geprägt sind und die Möglichkeit besteht, dass die Bedürfnisse nicht immer mit dem professionell ermittelten Bedarf übereinstimmen. In diesem Spannungsfeld zwischen Bedarf und Bedürfnis benötigt die Pflegefachkraft die Kompetenz, einen Aushandlungsprozess zu gestalten, um die pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich zur Mobilität anzuregen und mobilitätsfördernde Maßnahmen in den Alltag zu integrieren.“<sup>19</sup>

Das Zitat macht zweierlei deutlich: zum einen, dass Pflegestandards für die Langzeitpflege – idealtypisch – „reflexive“ Standards sein müssen.

D.h., ein für die Pflege typischer Standard hat einen möglichen Widerspruch seitens des Pflegebedürftigen (oder eines Angehörigen) gegen eine (standardgemäß) als sachlich-fachgerecht postulierte Maßnahme zu berücksichtigen und auch für den Umgang („Aushandeln“) mit diesem Widerspruch eine Handlungsempfehlung zu geben. Er muss also Maßnahmestandard und Verhaltensstandard in einem sein und als Verhaltensstandard im Hinblick auf die von ihm fachlich geforderte Maßnahme sich selber („selbstbezüglich“) thematisieren, d.h. zum Gegenstand machen.<sup>20</sup>

Dies ergibt sich aus dem hohen Rang des Selbstbestimmungsrechts eines Pflegebedürftigen, das sich aus Artikel 2 Grundgesetz herleiten

---

<sup>19</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard nach § 113a SGB XI, Fassung vom 19.11.2020.

<sup>20</sup> Auf die Pflegepraxis projiziert heißt dies: „Die berufliche Praxis benötigt reflektierte Praktikerinnen und Praktiker, deren Ausbildung reflexive und fallverstehende Lernangebote erfordert“ (Walter, 2015, S. 7).

lässt, ein Recht, welches die §§ 630c, 630d, 6302e BGB und der § 2 SGB 11 konkretisieren (und sich hier natürlich auch auf das Was und Wie der Pflege selber beziehen). In der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ („Pflege-Charta“) wurde es umfassend dargelegt.

Zum anderen aber macht der Hinweis auf ein nicht auszuschließendes „Spannungsfeld“ zwischen pflegefachlich Gebotem („Pflegebedarf“) und Pflegebedürfnissen des zu Pflegenden bereits ansatzweise deutlich, dass die für eine medizinische Behandlung und Pflege geforderte „Therapietreue“ des Patienten bzw. Pflegebedürftigen für die Langzeitpflege ein nur teilweise (beschränkt auf die „Behandlungspflege“) zutreffendes Vorbild für die Umsetzung langzeitpflegerischer Maßnahmen bei ihren Klienten sein kann.

Denn Langzeitpflegearbeit reicht weit über die Begleitung und Anwendung im engeren Sinne medizinisch-therapeutischer Pflegemaßnahmen („Behandlungspflege“) hinaus und erstreckt sich, so das Gesetz, auf die Hilfe bei lebenspraktisch relevanten (körperlichen, sozialen, kognitiven oder psychischen) Beeinträchtigungen, die der Betreffende nicht mehr selber kompensieren oder bewältigen kann (so § 14 SGB 11, Abs. 1).

Insbesondere bei der Durchführung der hierauf bezogenen, für die Langzeitpflege wesentlichen Maßnahmen, für die die Pflegewissenschaft ebenfalls Standards und Empfehlungen für eine bestmögliche Unterstützung entwickelt hat (wie das Beispiel des zitierten Expertenstandards zeigt), werden Pflegenden auf biografisch verankerte Gewohnheiten, Vorlieben auch Wünsche eines Langzeitpflegebedürftigen umfänglich Rücksicht nehmen müssen, und zwar in der Regel ohne das erhöhte Risiko, das ein non-complianter Behandlungspatient durch die Gefahr eingeht, einen folgenschweren Krankheitsrückfall zu erleiden.

Der Grund für solche Art der Rücksichtnahme, die umfassender ist, als dies während eines relativ kurzzeitigen Klinikaufenthalts überhaupt möglich ist und hier erwartet wird, ist einfach einzusehen.

Denn ein Großteil (nicht alle!) der von Dritten erbrachten Langzeitpflege-typischen Verrichtungen und Leistungen, seien es solche der Hauswirtschaft, der Ernährung, der sog. Grundpflege und auch die, abgesehen von den ein Spezialwissen voraussetzenden, der Fachpflege vorbehaltenen medizinischen Aufgaben (die Langzeitpflege ebenfalls erbringen muss), knüpfen an eine vormals vom Pflegebedürftigen selber geübte Praxis an, die dieser aus Gründen z.B. seiner Gebrechlichkeit nicht mehr selber ausführen kann. (Was im Übrigen zu der von den Pflegeexperten heftig bekriegtten Auffassung führen kann, dass Pflegen eigentlich jeder könne!).

Natürlich wird sich niemand die eigene „Expertenschaft“ in den lebenspraktisch wichtigen Handlungen und Dingen gern aus der Hand nehmen lassen (zumal das Angewiesensein auf die Hilfe Dritter i.d.R. bis zum Lebensende währen wird). Und dies, obwohl dadurch im Einzelfall erhebliche Reibungsflächen zu dem im Einzelfall pflegefachlich Gebotenen entstehen können.<sup>21</sup>

Zwar ist, ggf. durch „Aushandeln“ (s.o.), die Umsetzung des pflegefachlich Geforderten anzustreben, indessen bieten Einrichtungen der Langzeitpflege eine durchaus „offene“ Bühne für Eigensinn und selbst für eine exzessive Ausübung des Selbstbestimmungsrechts durch ihre Klienten entgegen fachlichen Empfehlungen.

Will ein Klient beispielsweise „in Ruhe“ gelassen werden, so wird es zwar Aufgabe der Pflege sein, zu verhindern, dass daraus Unterversorgung und Vereinsamung resultieren. Auch sollte die Pflege ihm Mut

---

<sup>21</sup> Es wäre generell zu prüfen, ob die Umsetzung von Fachlichkeit (*lege artes*) in Einrichtungen der Langzeitpflege aus den genannten Gründen faktisch häufiger als im klinischen Bereich scheitert, was ihnen dann, bei nicht ordnungsgemäßer Dokumentation, als „Qualitätsmangel“ angelastet wird.

machen und Hoffnung für die Zukunft geben, um auf diese Weise die rechte Balance zwischen dem fachlich Gebotenen und dem Recht auf Selbstbestimmung zu finden.

Doch unter welchem Gesichtspunkt sollte die Pflege sich über lange Zeitstrecken darauf einlassen, Kompromisse zu finden oder einen „mittleren“ Weg zu gehen?

Erschwerend kommen umgekehrt eingeschliffene Gewohnheiten aufseiten der Pflege selber hinzu, wenn diese sich fernab vom Stand der Forschung bewegen.

Dies ist ein Umstand, der insbesondere bei den Auszubildenden zu Ernüchterung führt und für die ausbildenden Schulen ein stetes Ärgernis ist, wenn diese nicht ausreichend darüber informiert worden sind, dass aus den genannten Gründen (und nicht aus Unwissenheit, Ignoranz etc. von Pflegekräften) in der Praxis vieles anders ausgeführt wird und werden muss, als es schulseitig vermittelt und gelernt worden ist.<sup>22</sup>

Allein das jeweilige Fachwissen des sachgerecht Gebotenen hilft Pflegenden bei der Entscheidungsfindung in diesen und ähnlichen Fällen nicht weiter, solange dafür nicht ein übergeordneter Gesichtspunkt verfügbar ist (s.u.).

---

<sup>22</sup> Auszubildende sollen dementsprechend „neben der Fokussierung auf die eigene auch die Perspektive der zu pflegenden Menschen im Rahmen von Kommunikationssituationen in den Blick nehmen“ (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, hrsg. 2020, S. 30). Denn eine wesentliche Ursache für den oft genannten „Praxisschock“ Auszubildender liegt in den unterschiedlichen Perspektiven von „Theorie“ und „Praxis“, der damit ebenfalls unterrichtsgegenständlich gemacht würde.

### e) Soziale Beziehungstypen

Dass die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts eines Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege Pflegenden im Einzelfall auch erhebliche Konzessionen an biografisch geprägte Erwartungen und Verhaltensmuster ihrer Klienten abverlangt, gibt Anlass und Grund, über eine weitere Unterscheidung und Besonderheit der Langzeitpflege gegenüber der klinischen Pflege nachzudenken.

Die Besonderheit liegt darin, dass die Erwartungen und Bedürfnisse von Langzeitpflegebedürftigen (nicht Patienten!) an „ihre“ Pflege auf Grund der längeren Pflegedauer im Zeitablauf durch die versorgenden Pflegekräfte vertieft bestimmt und beachtet werden können.

Pflegebedürftiger und Pflegekraft lernen sich im längeren Pflegeverlauf genauer („tiefer“) kennen, und in dieser Entwicklung ihrer sozialen Beziehung können sich beiderseits bereits bestehende Erwartungen und Wünsche konkretisieren wie auch neue Erwartungen und Wünsche entwickeln.

Hilfreich für Pflegekräfte sind hierfür sicherlich biografische Informationen und anamnestische Daten über ihre Klienten und natürlich der im Erstgespräch ermittelte Maßnahmebedarf, der als Grundlage einer ersten Pflegeplanung auch Startpunkt (und kein Korsett!) für den Aufbau einer sozialen Beziehung zwischen den Beteiligten ist (vgl. Fitzgerald/ Zwick, 2001).

Was sich da konkretisiert, können – klientenseitig betrachtet – Erwartungen sein, von denen Pflegebedürftige teilweise erst in der Pflegesituation, also in der Begegnung mit einem pflegenden Fremden, erfahren, *dass* sie sie haben, und zwar insbesondere dann, wenn Pflegende sie *nicht* erfüllen.

So wird es Personen bzw. Klienten geben, die Pflegekräfte bzw. Helfer lieber auf Abstand halten, weil sie „Nähe“ (zumal von Fremden) nicht ertragen können. Andere wiederum erfahren sich als isoliert und vereinsamt und möchten diesen Zustand gern beendet haben.

Hierauf bezogene Wünsche bzw. Bedürfnisse werden im Folgenden u.a. unter dem (zu erläuternden) Sammelbegriff der „Familiarität“ verdichtet zusammengefasst.<sup>23</sup> Sie beinhalten bzw. beziehen sich sowohl auf Pflege- bzw. (allgemeiner ausgedrückt) Versorgungsbedarfe wie auf darauf bezogene Bedürfnisse.

Als grundlegend hierfür wird man einen Typus sozialer Beziehungen zwischen den beteiligten Personen anzunehmen haben, den der Phänomenologe Alfred Schütz als „umweltlich“ bzw. als „umweltliche soziale Beziehung“ (und in der Steigerung durch Wechselseitigkeit als „Wir-Beziehung“) bezeichnet hat (vgl. Schütz, 1974, 227 ff, 282 ff.).

Für die in einer solchen (temporären) Beziehung Stehenden soll der jeweils andere „als er selbst“, als „dieses besondere Du“, in „räumlicher und zeitlicher Unmittelbarkeit“ gegeben sein, dadurch dass beide in „lebendiger Intentionalität“ auf die besonderen Bewusstseinserebnisse des jeweils anderen eingestellt sind, sodass sie sich in einer jeweils besonderen Aktualisierungs- und Konkretionsstufe wechselseitig erleben können (vgl. aaO. 227 ff.).

Von einer derart natürlich immer nur temporär möglichen umweltlichen sozialen Beziehung unterscheidet Schütz die „mitweltliche soziale Beziehung“ (vgl. aaO. 245.). In ihr wird das Gegenüber, das Du der umweltlichen Beziehung, „niemals als ein Selbst erfahren“ (aaO. 255), obwohl – wie Schütz bemerkt – die Übergänge von einem Typus in den anderen gleitend sind.

Kennzeichen einer mitweltlichen sozialen Beziehung jedoch ist, dass die Beteiligten nicht auf das „konkrete, individuelle Du“ des anderen, nicht auf dessen „tatsächlich erlebte Dauer“ und die sich in ihr

---

<sup>23</sup> Der Ausdruck ‚Familiarität‘ wäre hier zwar naheliegend, wird im Duden jedoch nicht aufgeführt und findet nur als Wortschöpfung, z.B. in sozialpädagogischen Texten („Neue Familiarität“), Verwendung.

konstituierenden Bewusstseinsinhalte eingestellt sind, sondern auf ihre „Erfahrungen von fremden Bewusstseinserebnissen überhaupt“ (vgl. ebd.).

Das bedeutet: In einer mitweltlichen sozialen Beziehung begegnen (und erfassen) sich die Beteiligten wesentlich anonym in ihren jeweiligen sozialen Rollen und bestätigen sich ggf. in diesen (vgl. aaO. 283). Solche Beziehungen lassen sich daher auch über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten. Insbesondere ist ihr Bestand nicht an die „leibhaftige“ Begegnung, die Co-Präsenz der Beteiligten im Raum, gebunden.

Schütz erläutert den Übergang von einer umweltlich in eine mitweltliche Beziehung daher an einem äußerlichen Kriterium, dem nämlich einer Vergrößerung des räumlichen Abstands der Beteiligten und der damit einhergehenden Verringerung der „Erlebnishöhe“ und Verengung der „Auffassungsperspektiven“ vom jeweils anderen (vgl. aaO. 246 f.): „Denken wir uns ein Aug in Aug geführtes Gespräch ersetzt durch ein Telefongespräch, einen Briefwechsel (...), so nimmt die Symptomfülle, in welcher das umweltliche Du meinen Auffassungsperspektiven offen ist, sukzessive ab (...)“ (ebd.).

Es ist hier im Vorgriff darauf hinzuweisen, dass gleichermaßen wie für Sozialbeziehungen zwischen Arzt und Patient (im medizinischen System) auch die Pflegeversicherung für Pflegeanbieter die Weichen in Richtung auf wirtschaftliche Effizienz des pflegerischen Leistungsangebot gestellt hat, sodass an sozialen Beziehungen zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege in erster Linie nur „mitweltliche“ Beziehungen betriebswirtschaftlich und organisatorisch darstellbar sind.

Für „umweltliche“ Sozialbeziehungen gelingt dies deshalb i.d.R. nicht, weil sie aufgrund ihrer Voraussetzungen, insbesondere des Vertrauensaufbaus, zeitlich aufwändige Beziehungen sind, obwohl sie selber jeweils nur kurzzeitig eingegangen und aufrechterhalten werden können.

Der intendierte - und vermeintlich ausschließliche - Vorteil der Pflegeversicherung, Pflegebedürftige vor dem Abgleiten in die Sozialhilfe zu bewahren (was bekanntlich für eine größer werdende Zahl Pflegebedürftiger nicht mehr gelingt), hat eben auch den oft übersehenen Nachteil, dass Pflegebeziehungen in die völlige Anonymität der Beteiligten absinken können und im Einzelfall nur durch persönliches Engagement der eingesetzten Kräfte unter für sie schwierigsten Rahmenbedingungen (enge Tourenplanung, Zeitdruck, Kapazitätsengpässe etc.) hiervor bewahrt werden können.

Auch die heftige Kritik am Einsatz von Zeitarbeit in den Pflegeeinrichtungen lässt sich unter diesem Gesichtspunkt betrachten.

Beispiele für mitweltliche Beziehungen sind generell Auftraggeber-Auftragnehmer Beziehungen, in die professionelle Anbieter Sozialbeziehungen transformieren müssen – gewissermaßen das Gegenteil umweltlicher Sozialbeziehungen. Auch die Rede von „Kundenorientierung“, auf die sich die Pflege seit einiger Zeit sehr viel zugutehält, lässt auf eine mitweltliche Beziehung bzw. ein mitweltliches „Beziehungsangebot“ schließen.

Mitarbeiter pflegeversicherungsrechtlich zugelassener Dienste, Einrichtungen und anerkannter Angebote sind i.d.R. nicht in der Lage, bei ihren pflegebedürftigen „Kunden“ neben den zu erbringenden Leistungen auch noch die zeitlich aufwändige „Pflege“ umweltlicher Beziehungen und ihrer Voraussetzungen zu übernehmen (sofern diese dazu überhaupt bereit sind und es sich wünschen).

Als Ursachen dafür, dass ihnen dies nicht gelingt, sind - entgegen allen Versprechungen in Leitbildern und Prospekten, eine (umweltliche) „Familiarität“ der Pflege zu verwirklichen - einerseits Kapazitätsengpässe, ein daraus resultierender Zeitdruck (hohe Kosten) ebenso wie „professionelle“ Vorbehalte (die das Gebot der „professionellen Distanz“ zum Ausdruck bringt) aufseiten von Pflegekräften zu nennen.

Andererseits steht einem solchen Unterfangen auch das Leistungsrecht entgegen, dass es den Anbietern nicht ermöglicht, über den

festgestellten Sachleistungsbedarf hinausgehende (überschießende) Erwartungen ihrer Klienten (z.B. mittels der Position „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ im Katalog der Sachleistungen) ohne erhebliche Zuzahlungen zu erfüllen.

Auch dürfte die pflegeversicherungsrechtlich beförderte Arbeitsteilung zwischen Pflege, Hauswirtschaft und einer auf sehr begrenzte Tätigkeiten (Vorlesen, Spielen, Miteinandersprechen) eingegrenzte soziale Betreuung in der Langzeitpflege den Aufbau umweltlicher Beziehungen in vielerlei Hinsicht erschwert, wenn nicht gar verhindert haben.

Denn zum einen hat die hierdurch erfolgte Spezialisierung von Tätigkeiten zu einer (wie Schütz es nennt) Verengung der „Auffassungsperspektiven“ gegenüber den Klienten geführt, die – dadurch befördert – nun als „Kunden“ wahrgenommen werden, was einer umweltlichen „Vollinklusion“ (Luhmann) gewiss nicht förderlich ist.

Hinzu kommt eine mit der Spezialisierung tendenziell einhergehende Verknappung bzw. Verkürzung der zeitlichen Dauer pro Einsatzkraft und Klient. Wenn Pflegedienste 20 und mehr Klienten pro Tour ihren Mitarbeitern zur Versorgung übertragen, so wird man von diesen schwerlich noch den Aufbau und die „Pflege“ umweltlicher Beziehungen zu ihren Klienten erwarten können.

Ein arbeitsteilig erzwungenes abgrenzendes Verhalten („Vorlesen, ja!“, „Wäsche zusammenlegen, nein!“) und eine Zeituhr, die ständig läuft, aber sind eine Hypothek und kaum geeignet, die sozialen Beziehungen in der Pflege unter den derzeitigen Rahmenbedingungen über ihren „mitweltlichen“ Charakter hinauszuführen (was nicht heißt, um es zu wiederholen, dass diese Hypothek bei vorhandenem persönlichem Engagement im Einzelfall nicht getilgt werden könnte).

Offensichtlich, so wird man feststellen können, klafft in den pflegeversicherungsrechtlich bestimmten Pflege- und Betreuungsangeboten eine Lücke. Darauf wird hingewiesen, wenn von „Missständen“ in der häuslichen Versorgung die Rede ist (VDK) oder wenn beklagt wird,

dass Pflegebedürftige als Anspruchsberechtigte und Leistungsbezieher häufig vereinsamen und sozial isoliert sind.

Denn Einsamkeit und soziale Isolierung bedürfen, in welchem Grad der Konkretion auch immer, temporärer umweltlicher Begegnungen, um sie aufzuheben, zumindest einer gelegentlichen Aufhebung von Ich und Du im „Wir“ (vgl. Schütz, 1974, 227 ff.).

Durch mitweltliche Sozialbeziehungen (im Sinne von Schütz) lässt sich beides temporär nur überspielen, was übersehen wird, wenn etwa gemeint wird, Vereinsamung (und nicht nur „Alleinsein“) mit gelegentlichen Spielenachmittagen etc. vertreiben zu können - wieviel Farbe und Abwechslung dadurch für einen Moment auch immer in den Alltag eines Teilnehmenden gebracht werden kann.

#### f) „Familiale“ Pflege?

Eine dies aufgreifende und in den folgenden Kapiteln zu erörternde zweite Annahme besagt, dass es unter den Langzeitpflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufgrund zunehmender Vereinsamung eine nicht unerhebliche und vermutlich wachsende Anzahl von Personen gibt, die eine „familiale“ (familienähnliche) Versorgung sich auch unter den organisatorischen Bedingungen professioneller „Settings“ in ihrer Häuslichkeit wünschen (und in vielen Fällen ihrer auch bedürfen, wenn beispielsweise der Pflegedienst der letztverbliebene soziale Kontakt für sie ist).<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Ein Bestehen überwiegend „familialer“ Erwartungen aufseiten von Pflegebedürftigen und Angehörigen wird hier und im Folgenden nicht eigens empirisch begründet bzw. nachgewiesen, sondern mit Blick auf die vergleichsweise hohe Wertschätzung angenommen, die einer „familialen“ Versorgung Pflegebedürftiger bis in die Werbung hinein entgegengebracht wird. Das bedeutet auch, dass es Ausnahmen gibt und unzulässige Generalisierungen zu vermeiden sind.

Was „Familiarität“ der Pflege heißt bzw. heißen kann, wird im fünften Kapitel ausführlich erörtert.

Die Pflegequalität professioneller Anbieter sollte, so wird erwartet, möglichst derjenigen vergleichbar und ähnlich sein, die pflegende Angehörige auch erbringen würden, tatsächlich erbringen oder die von ihnen bereits erbracht worden ist, ohne dass in jedem Fall vorab gesagt und konkretisiert werden könnte, was hierbei im Einzelnen genau erwartet wird.

Entscheidend („grundlegend“) für „Familiarität“ im hier verstandenen Sinne ist daher *nicht*, dass nähere oder entferntere Angehörige die Pflege übernehmen oder überhaupt daran beteiligt sind – was allen Prognosen zufolge zukünftig immer weniger der Fall sein kann und wird.

„Familiale Pflege“ ist nicht mit Angehörigenpflege in eins zu setzen, die sie natürlich mitumfassen kann.

Entscheidend für „Familiarität“ ist vielmehr, dass ein Aufbau umweltlicher Sozialbeziehungen zwischen Pflegenden und zu Pflegenden personenbedingt möglich ist und nicht aus äußeren Gründen, etwa betriebsorganisatorischen Vorgaben und Rahmenbedingungen, erschwert, wenn nicht gar verhindert wird.

Behauptet wird im Folgenden allerdings, dass es für Träger und Betreiber von Einrichtungen und Diensten sowie Angeboten der Pflege bzw. Betreuung unter den bestehenden pflegeversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen nicht nur schwerlich möglich ist, familiäre Erwartungen ihrer Klienten zu erfüllen bzw. für ihre Pflegekräfte die Voraussetzungen dafür zu schaffen, sondern dass dies vom Standpunkt der von diesen Bedingungen detailliert und präzise vorgegebenen Geschäftsmodelle nicht einmal in ihrem Interesse liegen kann.

Es ist daher zweckmäßig, ehe darauf näher einzugehen ist, sich vorab mit einem grundsätzlichen Einwand solchen Erwartungen gegenüber zu befassen.

Der Einwand könnte gemacht werden, dass der Vorstellung, auch eine professionelle Pflege solle zu ihren Klienten, wenn diese es sich wünschen, familienähnliche Beziehungen aufnehmen, eine Fehlbeurteilung dessen zugrunde liege, was professionelle Pflege bedeutet, was sie leisten kann, was sie selber sein möchte und selber auch ist, sodass diese Vorstellung in einer „fallacy of misplaced concreteness“ befangen sei.

Es handele sich um eine Vorstellung, die, so der Einwand, ebenso unpassend sei, wie es abwegig wäre, vom Mitarbeiter eines beauftragten Dienstleisters, z.B. eines Kundendienstes, eine Art persönliches, gar freundschaftliches Beziehungsangebot zu erwarten - so freundlich, nett und „emphatisch“ die entsandte Person im Einzelfall auch immer sein mag.

Eine „familiäre“ Pflege zu erbringen sei - im besten Fall - eine Aufgabe pflegender Angehöriger, nicht aber einer professionellen Pflegekraft und könne dies für sie auch nicht sein, schon weil sie eine „mitweltlich“ fremde Person für ihre Klienten sei und bleibe, die ihrerseits für sie „Kunden“ seien.

Der Wunsch einer zu pflegenden Person nach Familiarität entspringe vielleicht dem nach Wiedergewinnung jener Geborgenheit, die sie früher in ihrer Herkunftsfamilie erfahren habe (was zumal bei dementiell erkrankten Pflegebedürftigen tatsächlich oft der Fall ist), und das zeige im Grunde bereits, dass ein solcher Wunsch überhaupt unerfüllbar bleiben müsse, weil und insofern diese Familie nicht mehr existiert.

Das Argument ist jedoch ebenso suggestiv wie fehlgeleitet.

Denn zwar mag es im Einzelfall zutreffend sein, dass Nähe und Vertrautheit eines Familienglieds durch eine fremde Person nicht ersetzbar sind, doch kann die Begegnung mit ihr durchaus intensiv und anregend sein und interessante neue Impulse in das Leben eines Pflegebedürftigen bringen.

Was Familiarität im Einzelfall bedeuten kann, ist somit durchaus gestaltungsoffen.

Nähe und Vertrautheit sind nichts weiter als Basiselemente, die auf verschiedene Weise und inhaltlich ganz unterschiedlich verwirklicht werden können. Stets ist es eine Frage der Personen, der Persönlichkeiten und des „Gewichts“, das sie in eine Beziehung einbringen können und nicht zuletzt der familialen Organisation, etwa der Zeit, die man sich dafür nimmt, ob und wie Familiarität gelebt werden kann. „Fachlichkeit“ alleine, eine sachgerecht durchgeführte pflegerische Maßnahme, reicht dafür nicht aus.

Denn als erstes wird man entgegenen müssen, dass die für eine „familiale“ Pflege kennzeichnenden Beziehungsarten keineswegs mit dem Typus „umweltlicher“ Beziehungen in ihren jeweils unterschiedlichen Graden der Konkretion gleichgesetzt werden dürfen, sondern dass, was Familien auszeichnet, schon zwischen einzelnen Familienmitgliedern jeweils sehr unterschiedliche sozialen Beziehungen bestehen können.

Temporäre „umweltliche“ Beziehungen mit höchster Intensität können hier abgelöst werden von solchen mit geringerer Konkretion, und diese wiederum können wechseln zu mitweltlichen Beziehungen, zwischen denen die Übergänge, wie Schütz sie beschreibt, jeweils gleitend sind.

Denn wesentlich für eine umweltliche (Wir-)Beziehung ist es ja, dass die Beteiligten in „Gleichzeitigkeit“ aufeinander bezogen sind, sich bzw. ihre Erlebnisse in den Blick nehmen und dadurch temporär, vielleicht nur einen Moment, einen „Wimpernschlag“ lang, in einer gemeinsamen „Dauer“ verbunden sind. Schütz drückt das auch durch die Feststellung aus, dass die Beteiligten hierbei in „Gleichzeitigkeit gemeinsam altern“ (vgl. Schütz, 1974, 231, 230 f.).

Was jeweils diese Erlebnisse sind, auf was (welche „Inhalte“), in welcher „Symptomfülle“ die Beteiligten in Gleichzeitigkeit bezogen sind, kann dabei vollkommen offenbleiben.

Es müssen nicht, vielleicht ein Irrtum einer allzu angestregten fachlichen Biographiearbeit, lebensgeschichtlich wichtige vergangene Erlebnisse sein, über die eine pflegebedürftige Person (ständig) sprechen möchte oder die man kennen müsste, um zu ihr eine umweltliche Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten, auch wenn hierfür beides für beide Seiten im Einzelfall eine Erleichterung sein kann.

Auch geht es bei einer „umweltlichen“ und nicht nur „mitweltlichen“ Pflegebeziehungen nicht um Wiederherstellung vergangener, nicht mehr existenter Sozialbeziehungen. Insbesondere sind umweltliche Sozialbeziehungen nicht notwendigerweise persönliche, gar freundschaftliche Beziehungen zwischen den Beteiligten, die man einer Pflegekraft gegenüber ihren Klienten schwerlich vorschreiben könnte.

Dementsprechend sollten die Anforderungen daran nicht als so hochgeschraubt verstanden werden, dass sie für die Beteiligten überfordernd oder in professionellen Settings von vornherein ausgeschlossen wären.

Schließlich handelt es sich nicht darum, in das Bewusstsein des jeweils anderen „hineinzusehen“, was ganz und gar unmöglich ist (vgl. aaO. 230). Der andere kann in einer umweltlichen Beziehung gemäß der jeweiligen Aktualisierungs- und Konkretionsstufe vielmehr in „ganz verschiedenen Erlebnissnähen“ und „Tiefenschichten“, ganz verschiedenen „erlebbaaren und erlebten Konkretionen“ erfahren werden (vgl. aaO. 234).

Dann aber – und die Kritik aufgreifend - wird man feststellen und entgegnen müssen, dass in der Tat die Beauftragung eines Pflegedienstes unter den bestehenden Rahmenbedingungen oft nicht sonderlich verschieden von der eines Kundendienstes ist und dass die professionelle Pflege den Klienten als einzigen „Beziehungstyp“ eine (mitweltliche) Kundenbeziehung anbieten kann, sodass es im Einzelfall vom Engagement des Personals abhängt, ob trotz aller Belastungen, hohem Zeitdruck und geringem Zeitbudget darüber hinaus gegangen wird.

Selbst die Durchführung der Pflege gleicht unter den gegebenen Rahmenbedingungen und ihrer einrichtungsinternen Verwirklichung oft einer Reparaturarbeit – schnell muss alles gehen, und satt, sauber, trocken soll der „Pflegefall“ hinterher sein. So freundlich, nett und „empathisch“ die jeweilige Einsatzkraft auch immer ist – wie sollte sie es bei 20 oder 30 „Patienten“ in ihrer Tour auch anders machen können. Denn die Zeit, die für den Einzelnen zur Verfügung steht, ist ohnehin schon knapp genug bemessen - zu knapp, um eine nicht nur „mitweltliche“ (Kunden-)Beziehung zu den Klienten aufzubauen, und das selbst in Fällen, in denen dies dringend nötig und geboten wäre.

Man wird, und darauf zielt die Forderung nach mehr „Familiarität“, auch in der professionellen Pflege, daher fragen müssen, ob es für die vielen, die anderes sich nicht leisten können, unter den derzeitigen Rahmenbedingungen bei einem solchermaßen „alternativlosen“ Leistungsangebot bleiben muss. Oder sollten nicht, wenn sich hieran schon wenig ändern lässt, zumindest Bedingungen für Alternativen und damit für den Einzelnen zusätzliche Wahlmöglichkeiten geschaffen werden?

Soll also das mit hohem gesetzlichem Rang (Art 2 GG; § 2 SGB 11) ausgestattete Selbstbestimmungsrecht eines Pflegebedürftigen sich (weiterhin) auf die *Auswahl* eines Dienstes mit - auch hinsichtlich der Art der Erbringung – dem Inhalte nach jeweils nahezu identischem (standardisiertem) Leistungsangebot beschränken müssen – eine Wahlmöglichkeit, die zumal im ländlichen Raum mit oft nur einem erreichbaren Dienst zumeist nur „theoretisch“ besteht?

Oder wäre es nicht angeraten, auch inhaltliche Angebotsalternativen zu entwickeln (und hierfür pflegeversicherungsrechtliche Voraussetzungen zu schaffen), die den Wünschen von Pflegebedürftigen, ggf. ihren Angehörigen, einen ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen in personeller Hinsicht („Wer, welche Person, versorgt mich?“), in zeitlicher Hinsicht („Wann und wie oft sollte die/ der Betreffende kommen?“) sowie unter Beachtung der *sozialen* Kapazitätsgrenzen *auf Seiten des*

*Pflegebedürftigen* („Wieviel Personen kommen und versorgen mich“?)<sup>25</sup> besser, als es derzeit der Fall ist, entsprechen?

Versteht man Pflegeunternehmen als Dienstleistungsunternehmen, dann wird man diese Fragen zusammenfassend auch folgendermaßen stellen können: Sollen sich die „Kunden“ von Pflegeunternehmen wie bisher nach deren Leistungsangebot richten müssen, oder sollte sich das Leistungsangebot nicht vielmehr nach den Kundenanforderungen richten?

Eine Erweiterung der Angebotsalternativen, die im Folgenden mit der Forderung nach mehr „Familiarität“ der Pflege verbunden wird, ist nicht zuletzt auch deshalb dringlich, weil das derzeit pflegeversicherungsrechtlich festgelegte Leistungsangebot bestimmte größer werdende Personengruppen, die einen Anspruch auf Pflegeleistungen haben, gar nicht oder nur auf Umwegen erreicht.

Dies betrifft Personen, die nicht mehr in der Lage sind, ohne externe Hilfe den erforderlichen Antrag zu stellen und ihren Anspruch geltend zu machen. Oft ist es dann nur ein Zufall, der Helfer auf die Spur zu ihnen führt.<sup>26</sup>

Wenn der Pflegeversicherung und ihren bisherigen Reformen daher ein Vorwurf zu machen ist, dann wohl der, dass ihre Bestimmungen, insbesondere zur ambulanten und vollstationären Pflege, sich der „Macht des Faktischen“ beugen und Geschäftsmodelle (Pflegeheime, Pflegedienste) begünstigen, deren Träger und Betreiber umgekehrt Einfluss auf die Gesetzgebung zur Förderung des Bestehenden zu Lasten von Alternativen nehmen.

---

<sup>25</sup> Ein Zuviel an versorgenden Personen, Pflegekräften, Betreuungskräften, Hauswirtschaftskräften, verwirrt zumal demenziell beeinträchtigte Personen zusätzlich.

<sup>26</sup> Ein „Klassiker“ solcher Zufälle, von dem Gemeindevertreter zuweilen berichten, ist der runde Geburtstag Hochbetagter, die in ihrer Wohnung zur Gratulation aufgesucht werden.

Auch die Rolle der Wohlfahrtsverbände wäre unter diesem Gesichtspunkt noch einmal zu untersuchen, was in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der äußeren Beschränkung jedoch unterbleiben muss.<sup>27</sup>

g) „Modernisierung“

Eine weitere (im vierten Kapitel erläuterte) Annahme ergibt sich aus dem pflegeversicherungsrechtlich für Einrichtungsträger und Pflegedienste geforderten Qualitätsmanagement, dem ein reduziertes Konzept von Pflege, verstanden als Vollzug von Maßnahmen, zugrunde liegt, das wiederum in direktem Zusammenhang mit einem theoretischen Vorverständnis von Langzeitpflegen als *geschlossenen Systemen* steht.

Salopp formuliert bestehen die Folgen dieses Verständnisses bzw. Konzepts darin, dass pflegeversicherungsrechtlich anerkannte Angebote – hier bewusst als Paradox zum jährlichen Anstieg der Ausgaben und der Zahl der Pflegebedürftigen formuliert – nicht nur von einem relativ kleinen Teil der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden (nur ein geringer Teil der häuslich Versorgten beauftragt einen Pflegedienst), sondern dass den Diensten und Einrichtungen auch das Personal fortläuft.

Der sog. Pflegenotstand ist – so gesehen – pflegeversicherungsrechtlich zum Teil selbstgemacht.

Ein Grund hierfür: Die bisher durch eine Vielzahl von Reformen der Pflegeversicherung auf den Weg gebrachten Verbesserungen von sachbezogener Fachlichkeit und zugehöriger Leistungsqualität zugelassener Pflegeeinrichtungen (leider oft zu Lasten der sozialen

---

<sup>27</sup> Zum deutschen Korporatismusmodell, den engen Verbindungen von Sozialstaat und Wohlfahrtsverbänden als Leistungserbringern und den sich hieraus ergebenden Angebotsverzerrungen, vgl. u.v.a. Backhaus-Maul, 2002; Schmid/Mansour, 2007.

Qualität) haben eine Kehrseite, die in vermeidbaren Lücken, Makeln und Mängeln zu besichtigen ist.

Genannt wurden bereits Bürokratisierungseffekte<sup>28</sup>, geringe Arbeitszufriedenheit (und dies keineswegs generell aus Gründen einer zu geringen Bezahlung, wie immer wieder ablenkend behauptet wird!<sup>29</sup>), hohe Personalfuktuation, Berufsflucht von Pflegekräften und Vergegenständlichungstendenzen in der Pflegearbeit.

Hinzu kommen hohe Komplexität und Intransparenz des Systems, laufend steigende Kosten für Versicherte und Pflegebedürftige, fehlender Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen, stattdessen eine Erstarrung des Pflegeangebots durch weitgehend standardisierte Versorgungsverträge (in denen für alle Einrichtungen unter Verweis auf die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen nahezu dasselbe steht) und dementsprechend nur geringe Möglichkeiten der zugelassenen Einrichtungen und Dienste, ihr Leistungsprofil zu schärfen, um den Erwartungen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ggf. besser zu entsprechen.

Ursachen hierfür liegen im Versicherungssystem, denen man jeweils durch erneute Reformen (inzwischen nahezu im Jahrestakt) zu

---

<sup>28</sup> Dass mit solchen Effekten gleichermaßen ein Sterben kleinerer Pflegeeinrichtungen, die u.a. den administrativen Belastungen mit dem ihnen verfügbaren Personal nicht mehr gewachsen sind, und eine (entsprechend) starke Tendenz zu einer Konzentration von Pflegeeinrichtungen in Betreiberschaft von Großunternehmen einhergeht, wird politisch nicht bedacht. Ob diese Unternehmen, die inzwischen überall im Lande auf „Einkaufstour“ sind, allerdings die Anforderungen besser, effektiver und weniger fehlerbehaftet erfüllen, steht auf einem anderen Blatt.

<sup>29</sup> Nicht erst bei tariflicher Bezahlung nach TVöD oder AVR liegen die Vergütungen vieler (nicht aller!) Pflegekräfte am oberen Ende dessen, was eine ausgebildete Fachkraft mit einer dreijährigen Ausbildung in der Bundesrepublik erwarten kann. Dasselbe gilt für die Ausbildungsvergütung für angehende Pflegekräfte.

begegnen versucht – wobei eine Art Maßnahmegesetzgebung mit immer länger werdenden, ellenlangen Paragrafen und Absätzen entstanden ist, die jeder Qualitätsanforderung an Gesetze Hohn sprechen und für Pflege Nachfragende einen hohen Beratungsbedarf mit für das System entsprechend hohe Kosten generieren.<sup>30</sup>

Dabei ist allen Beteiligten bewusst, dass durch immer neue Reformen, wenn überhaupt, nur temporäre Verbesserungen (zumeist mittels des Mediums „Geld“) des Systems zu erreichen sind, was bedeutet, dass die Politik einer quantitativ wie qualitativ sich progredient entwickelnden Pflegenachfrage nur ständig hinterherlaufen kann.

Es darf daher nicht verwundern, wenn sich längst - durch die Mängel des Systems mitverursacht und kaum beobachtet - eine Art pflegerische Parallelversorgung (!) weitgehend außerhalb der Pflegeversicherung bei denjenigen, die es sich leisten können, entwickelt hat.

Mit der doppelten Zielsetzung, die Versorgung durch eine in ihrem Sinne „gute“ Pflege sicherzustellen, haben – wie zu zeigen sein wird - pflegende Angehörige oder Pflegebedürftige in vielen Fällen persönliche Unterstützungsnetzwerke aufgebaut, sind also in ihrer Not und

---

<sup>30</sup> Vgl. hierzu Ortlieb Fliedner, 2006. Fliedner formuliert u.a. anderen die folgenden Grundsätze (und stellt dazu resignierend fest: „Gute Gesetzgebung – viel diskutiert, wenig erreicht!“): „*Kein unnötiger Aufwand durch neue Vorschriften.* Die Kosten und Lasten, die Betroffenen und Anwendern durch ein neues Gesetz entstehen, müssen im Verhältnis zur gesetzlichen Zielsetzung notwendig und angemessen sein. *Effizienz, Praktikabilität, Vollzugstauglichkeit.* *Effizient*, d.h., die Wirkungen, die mit ihr erzielt werden sollen, sollen mit möglichst geringen Ressourcen (Personal, Sachmittel, usw.) erreicht werden. Außerdem soll eine gute Regelung *praktikabel und vollzugstauglich* sein. Kriterien für die Bewertung einer Regelung sind dabei vor allem der personelle und administrative Aufwand, der bei der Umsetzung entstehen wird. Dabei darf nicht nur der Vollzugsaufwand bei den Verwaltungen gesehen werden, sondern auch der Aufwand, der den betroffenen Bürgern und Unternehmen entsteht.“

mit der Zeit zu mehr oder weniger erfahrenen und guten „Netzwerkern“ geworden.

Abgesehen von den erforderlichen finanziellen Voraussetzungen, die die Betroffenen erfüllen müssen, ist entscheidend für das Gelingen eines Aufbaus persönlicher Unterstützungs- bzw. Hilfenetzwerke mit der genannten Zielsetzung, ob Personen, auch Personengruppen, überhaupt zu finden sind, die von den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen als „geeignet“ und „befähigt“ zur Unterstützung und oft auch Übernahme der Versorgung erachtet werden.<sup>31</sup>

Hierbei wird Eignung nicht unbedingt an die Voraussetzung einer formalen Qualifikation geknüpft, sondern auf Befähigungen bezogen, für die in erster Linie Erfahrung, eine gewisse Aufgabenintelligenz und soziale Beziehungsfähigkeit als wichtig beurteilt werden.

Die dritte, die Existenz solcher Unterstützungsnetzwerke generalisierende und im Folgenden zu erläuternde Annahme besagt, dass in diesem Sinne „geeignete“ Personen und Personengruppen regional und kommunal verfügbar sind, die den bestehenden Pflegenotstand, insbesondere in der häuslichen Versorgung, zumindest lindern könnten und in vielen Fällen bereits lindern.

Abgesehen von den pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen handelt es sich hierbei u.a. um Freiberufler, aus Einrichtungen und Diensten ausgeschiedene Pflege(fach)kräfte, Helfernetzwerke sowie bereits bestehende professionelle und semiprofessionelle Unterstützungsnetzwerke, die gegen mehr oder weniger geringe von Pflegebedürftigen als Selbstzahlern weitgehend selbst zu tragende Vergütungen unbürokratisch tätig sein können – gerade weil sie die pflegeversicherungsrechtlich geforderten hohen und kostentreibenden administra-

---

<sup>31</sup> Vgl. dazu, wenn auch mit dem Fokus auf professionelle Netzwerke in der Krankenpflege, Tresolini, et al., 1994.

tiven Voraussetzungen der Leistungserbringung nicht erfüllen müssen und auch nicht erfüllen wollen.

*Nicht* gemeint sind und unberücksichtigt bleiben hier und im Folgenden Pflege- bzw. Betreuungskräfte, die unter Stichworten wie „Pflege zu Hause“, „24-Stunden-Pflege“ oder „Rundum-Betreuung im eigenen Zuhause“ o.ä. zumeist aus Ost- oder Mitteleuropa an Pflegebedürftige in Deutschland vermittelt werden und mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, da für diese Personen eigene Voraussetzungen gelten.

Behauptet wird hier, was im Folgenden beispielhaft gezeigt werden kann, dass in der Bundesrepublik ein Potential an formell und „informell“<sup>32</sup> qualifizierten Unterstützungskräften vorhanden ist, das, würde man es in einem größeren Umfang als bisher realisieren, einen Beitrag zur Linderung der als „Pflegetotstand“ bezeichneten Angebotslücke in der Langzeitpflege leisten könnte. Und zwar ohne dass die Qualität der Versorgung dadurch Schaden nehmen würde, sondern im Gegenteil eine familiäre Pflege erst ermöglicht würde.<sup>33</sup>

Hierzu allerdings müsste die pflegeversicherungsrechtlich gesetzte (und professionspolitisch streng bewachte!) Schranke, gleichsam eine umgekehrte Bezahlschranke, weiter geöffnet werden, um den

---

<sup>32</sup> „Informell“ qualifiziert meint hier: Die Aneignung einschlägiger Fähigkeiten durch Selbstlernen, Lektüre, „Working out Loud“-Verfahren, Austausch mit anderen und natürlich durch die permanente praktische Tätigkeit, also durch Erfahrung.

<sup>33</sup> Dass die Leistungserbringung auf dieser Basis nicht zu einer schlechten Pflege führen muss, gerade *weil* (!) die betreffenden Hilfs- und Unterstützungskräfte nicht in die Organisation einer zugelassenen Einrichtung eingespannt sind und *obwohl* sie nicht in jedem Fall über ein (das Pflegeangebot verknappendes) hochgezüchtetes Können verfügen (das in einer jahrelangen formellen Ausbildung vermittelt wird), zeigt doch bereits die hochgeschätzte Angehörigenpflege – allen Belastungen und Überforderungen zum Trotz.

potentiell zusätzlichen Anbietern eine Abrechnung ihrer Leistungen mit der Pflegekasse zu ermöglichen.

Ordnungs- und leistungsrechtlich sind die betreffenden Personen jedoch derzeit weitgehend unbeachtlich. Ihre Tätigkeit kommt stattdessen nahezu ausschließlich als ein arbeits- und sozialversicherungsrechtliches Problem (Stichwort: „Schwarzarbeit“) in den Blick, vor dem mehr oder weniger die Augen geschlossen werden, anstatt dafür eine auch rechtlich tragfähige Lösung zu finden.

Dies u.a. mit der Folge, dass die politische, pflegeöffentliche und pflegfachliche Diskussion pflegeversicherungsrechtlich nicht zugelassene oder anerkannte Anbieter weitgehend ignoriert, sodass für Angehörige eine Rekrutierung geeigneter Personen mangels verfügbarer Informationen darüber, wie, wo wer zu finden ist, im Einzelfall schwerfällt und einen zeitlich hohen Aufwand verursacht.

Häusliche Langzeitpflege, in einem Pflegeaufgaben (!), hauswirtschaftliche Versorgungs- und Betreuungsleistungen umfassenden Sinne verstanden, bezeichnet - das ist eine Schlussfolgerung und wird als pflegepolitische Forderung mit Nachdruck im Folgenden begründet – eine auf breiteren Schultern ruhende gesellschaftliche („zivilgesellschaftliche“) Aufgabe als sie derzeit gesehen und befördert wird.

Denn beworben und befördert wird in erster Linie unter dem Stichwort „zivilgesellschaftliches“ oder „bürgerschaftliches Engagement“ das wichtige Ehrenamt, ohne das die Versorgung in der Bundesrepublik allerdings längst zusammengebrochen wäre.

Doch nicht jeder, der gewillt, befähigt und bereit dazu ist, kann Aufgaben der Langzeitpflege ehrenamtlich, d.h. heißt ohne Vergütung und ggf. nur mit einer Aufwandspauschale, erbringen, wie engagiert die oder der Betreffende sich auch immer einbringen würde.

Um das derzeit weitgehend brachliegende (oder in die „Schwarzarbeit“ abgedrängte) Potential an Personen zu aktivieren, die pflegerische, betreuende und hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen

könnten und bereit dazu wären, müssten nicht nur das Ordnungs- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung geöffnet werden, sondern auch das auf Verwissenschaftlichung und Fachlichkeit, d.h. auf „Professionalität“, verengte Selbstverständnis der Langzeitpflege. Dies natürlich, ohne die Wichtigkeit von pflegerischer Professionalität gering zu achten.

Pflegeversicherungsrechtliche Kandidaten einer Öffnung wären insbesondere die Bestimmungen der §§ 71, 72 SGB 11 mit den zugehörigen Richtlinien sowie der – gemessen an den Anforderungen und den seitens der Pflegekassen aufgebauten Hürden – am Bedarf vorbeigehende § 77 SGB 11 („Häusliche Pflege durch Einzelpersonen“).

Um recht verstanden zu werden und keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Es geht hierbei keineswegs darum, die Bedeutsamkeit einer fachlich profunden Pflegeausbildung herabzusetzen oder gar gegen eine Art „Laienpflege“ auszuspielen.

Schließlich käme auch niemand auf die Idee, weil es Hobbyhandwerker gibt, die Bedeutung der (dualen) Handwerksausbildung in Frage zu stellen.

Auch ist bei „Professionalität“ nicht allein an die Spezialgebiete der Langzeitpflege (z.B. im Bereich der Wundversorgung oder der gerontopsychiatrischen Versorgung) zu denken, deren Beherrschung eine Weiterbildung sowie laufende Fortbildungen zur Voraussetzung hat.

Denn nahezu jede pflegerische Verrichtung, jeder Handgriff (z.B. bei einem Transfer), kann mehr oder weniger erlernt, also professionell oder laienhaft und dementsprechend mit mehr oder weniger überzeugenden Ergebnissen durchgeführt werden.

Auch ist es ein großer Unterschied, ob Leistungen für (unbekannte) Dritte, also Klienten, oder durch einen selber für den eigene „Hausgebrauch“ zu verantworten sind.

Was jedoch für Hobbyhandwerker längst Realität geworden ist, nämlich auf alle erdenklichen Informationen, technischen Mittel und per-

sonellen Hilfsangebote Zugriff zu haben – z.B. in Baumärkten, auf Internetportalen, durch kleinräumige personelle Unterstützungsnetzwerke – dies könnte sich auch eine vergesellschaftete Pflege zum Vorbild nehmen, um eine analoge Infrastruktur von Hilfen und Angeboten aufzubauen und zur Verfügung zu stellen.

In diesem Sinne zu fordern ist eine *Modernisierung* der Langzeitpflege, und Modernisierung bedeutet hier wie überall: Öffnung bislang weitgehend geschlossener Zugangsschranken.

Was Modernisierung heißt, was sie umfasst und welche Fragen dabei zu beachten sind (u.a. Fragen nach den rechtlichen Voraussetzungen, nach der pflegfachlichen Verantwortbarkeit und nach den sozialen Möglichkeiten ihrer Verwirklichung), wird im Folgenden zu erörtern sein.

Für die Pflegeversicherung, die maßgeblich die Langzeitpflege finanziert, nicht anders als für die Pflege selber, wäre Modernisierung eine Herausforderung, der sich künftige Reformen stellen müssten, schon um das bestehende Unterstützungspotential erschließen zu können.

### *b) Der Gestaltungsauftrag der Langzeitpflege*

Es ist für das Folgende eine zentrale, in den vorangehenden Abschnitten bereits vorbereitete These, dass Langzeitpflege, die i.d.R. die verbleibende Lebenszeit ihrer Klienten umfasst, in der Pflegenden und zu Pflegenden zusammenwirken, Konflikte „aushandeln“<sup>34</sup> und beider-

---

<sup>34</sup> „Aushandeln“ ist als Bestimmungstück einer gestaltenden Pflege ein Zentralbegriff, mit dem in der Literatur zur Langzeitpflege die Interaktion zwischen Pflege und Klienten beschrieben wird. So auch für die rehabilitative Pflege bei alten Menschen als deren „wesentliche Voraussetzung ein Sich-Einlassen auf Aushandlungsprozesse“, in denen die verschiedenen interprofessionellen Sichtweisen in Bezug auf die Bedarfe des zu pflegenden alten Menschen und seiner Bezugspersonen verhandelt werden“, hervorgehoben wird (vgl. Fachkom-

seitig sich ständig erneut aneinander anpassen und aufeinander Rücksicht nehmen müssen - dass eine solche Pflege anders als eine in den Kliniken erbrachte Krankenpflege ihren Auftrag für alle beauftragten Leistungen als einen *sozialen Gestaltungsauftrag* zu verstehen hat.

Bereits der seit der ersten Fassung des SGB 11 unveränderte § 2 Abs. 2 SGB 11 bestimmt: „Den Wünschen (der Pflegebedürftigen; R.T.) zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen ist, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.“

In den Lehrplänen zur „neuen“ (generalistischen) Pflegeausbildung wird dieser Gestaltungsauftrag ausführlich beschrieben und als ein wichtiger im Unterricht zu behandelnder Gegenstand hervorgehoben.<sup>35</sup>

Was für die Praxis, „Gestaltung“ heißt, bleibt in einem Großteil der Literatur (und nach dem Kontext zu urteilen, in dem die zitierte Textstelle steht, auch im Gesetz) jedoch nur indirekt auf die Art und Weise der Pflegearbeit bezogen und für diese dadurch weitgehend folgenlos.

---

mission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020, S. 123). Dazu, dass solches Verhandeln bzw. Aushandeln geeigneter Maßnahmen, anders als oft angenommen wird, schwerlich durch eine Bezugnahme auf Werte gelingen kann, vgl. Luhmann, 1997, S. 340 f.

<sup>35</sup> Im Unterricht behandelt werden „solche Lebenssituationen, in denen beruflich Pflegenden die zu pflegenden Menschen und ihre Bezugspersonen bei der Bewältigung von Entwicklungsherausforderungen begleiten, unterstützen und beraten, um eine individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen. (...). Pflegerische Beziehungsgestaltung und Aushandlungsprozesse sind durch die Einbindung der primären und sekundären sozialen Netze komplex und anspruchsvoll. Eine gelingende Balance zwischen den Ressourcen und positiven Wirkungen von sozialen Netzen einerseits und dem Belastungserleben und den Überforderungen andererseits ist entscheidend für eine tragfähige, langfristige und stabile familiäre Pflegesituation und für den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden des gesamten Familiensystems.“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020, S. 149).

Denn die Gestaltung der Hilfe bzw. Pflegearbeit soll, wie es heißt, den Rahmen dessen nicht überschreiten, der ihr im Leistungsrecht bereits vorgegeben ist; zudem soll sie „angemessen“(?) sein.

Als „Gestaltung“ der Pflege werden in der Literatur daher in erster Linie äußerliche Festlegungen darüber verstanden, wo (Pflegeheim oder zu Hause?) und ggf. von wem (Pflegedienste oder Angehörige?) die mit Eintritt von Pflegebedürftigkeit anfallende Pflegearbeit erbracht werden soll, oder es werden Planung und Durchführung eines Pflegeprozesses, z.B. nach dem 6-Schritt-Prozessmodell von Fiechter und Meier, summarisch als „Pflegegestaltung“ erläutert, kein einziger dieser Schritte aber unter diesem Gesichtspunkt gesondert betrachtet. Und häufig bezieht sich „Gestaltung“ auch nur auf den häuslichen Wohn- und Lebensraum („Umgebungsgestaltung“), in dem sich der Pflegebedürftige aufhält und die Pflege durchgeführt werden soll.<sup>36</sup>

Derart nur indirekt auf die Pflegearbeit bezogen, werden wesentliche Gesichtspunkte einer „gestaltenden“ Pflege jedoch außer Acht gelassen.

Dies wird deutlich, wenn die Forderung der Gestaltung vom Standpunkt des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs betrachtet wird, der mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz am 1.1.2017 in Kraft getreten ist.

In § 14 Abs 1 SGB 11 („Begriff der Pflegebedürftigkeit“) wird bestimmt:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, (..) die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesund-

---

<sup>36</sup> Indes wird die besondere Wichtigkeit einer den Wünschen des Pflegebedürftigen von Pflegeeinrichtungen entsprechend zu gestaltenden Pflege in § 74 Abs. 1 SGB 11 („Kündigung von Versorgungsverträgen“) noch dadurch hervorgehoben, dass im Falle eines Verstoßes seitens einer Pflegeeinrichtung gegen diese zur Pflicht gemachte Vertragsbestimmung die Landesverbände der Pflegekassen den Versorgungsvertrag kündigen können.

heitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.“

Dieser neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist, wie man oft hört und auch feststellen kann, wenn man mit Pflegekräften spricht, in vielen Einrichtungen auch sieben Jahre nach seiner Einführung (2017) noch nicht angekommen.

„Für uns“, so wird einem dort von vielen gesagt, „hat sich dadurch nichts geändert.“

Das ist allerdings nicht verwunderlich! Denn wie bereits bei früheren Reformen, die Leistungserhöhungen zum Gegenstand hatten (Erhöhungen in jeder „Pflegestufe“ bzw. jedem „Pflegegrad“), hat der Gesetzgeber auch hier, wo es um eine Leistungs*ausweitung* ging, darauf verzichtet, über grundlegende Verbesserungen des Leistungsangebots von Pflegeheimen und Pflegediensten durch ihre Reform auch nur nachzudenken.<sup>37</sup>

Stattdessen wurden bereits frühzeitig (für den häuslichen Bereich seit 2008 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz) damit begonnen, Rahmenbedingungen für den Aufbau eines zu den regulären Angeboten der Pflegeheime und Pflegedienste parallelen, wiederum dienstförmig (mit hohem Betriebsaufwand) zu verwirklichenden Angebots für die soziale Betreuung von Pflegebedürftigen zu schaffen, das die Pflegedienste dann allerdings größtenteils wieder zusätzlich zu ihrem bereits bestehendes Leistungsangebot aufgenommen haben.

Dies nicht anders als die Angebote der durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 11.5.2019 ermöglichten Gründung von ambulanten Betreuungsdiensten (§ 71 Abs. 1a SGB 11), deren Betrieb in Form solitärer Angebote aufgrund hoher organisatorischer Anforderungen (die durch Druck der Träger der Pflegedienste bzw. ihrer

---

<sup>37</sup> Leistungserhöhungen dienen und dienten zum großen Teil dazu, Kostensteigerungen der pflegerischen Versorgung aufzufangen, nicht um qualitativen Verbesserungen den Weg zu ebnen.

Verbände in die einschlägigen Richtlinien<sup>38</sup> hineingeschrieben wurden) auch nur bedingt zweckmäßig ist.

Statt also das reguläre Angebot der Pflegeheime und Pflegedienste zu modernisieren, wurde es durch Aufbau einer Parallelstruktur wiederum dienstförmig zu betreibender, teils „niederschwelliger“ Betreuungsangebote weitgehend unangetastet gelassen und durch Zusatzangebote lediglich aufgerüstet und ergänzt.

Nicht bedacht wurde hierbei, dass die bereits bestehende personelle und betriebliche Arbeitsteilung der pflegerischen Versorgung (durch Pflegefachkräfte, einjährig geschulte Pflegehelfer, Hilfskräfte ohne Ausbildung, Hauswirtschaftskräfte) sowohl in der ambulanten wie in der stationären Versorgung durch den nun stattfindenden Einsatz zusätzlicher Betreuungskräfte noch weiter vertieft werden würde, was die Erfüllbarkeit des pflegerischen Gestaltungsauftrags vollends fraglich werden lässt.

Zwar konnten Betreiber von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten gleichwie Pflegekräfte, die nicht selber in die soziale Betreuung eingebunden sind, nun leichthin sagen: Das, was der neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff fordert, geht uns im Tagesgeschäft der Pflege nur wenig, wenn überhaupt etwas an.

Eine solche Argumentation übersieht jedoch die Erwartungen, die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden waren.

Denn obwohl es hierbei in erster Linie um eine *Ausweitung* des Leistungsanspruchs von Versicherten gegenüber der Pflegekasse ging, waren mit der Einführung des Begriffs doch Vorstellungen und Erwartungen auch an eine *qualitative* Veränderung des *Pflegeangebots* verbunden, die den pflegerischen Gestaltungsauftrag nach Aufgabeninhalten

---

<sup>38</sup> Vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019 (Änderungen vom 08.02.2021).

und Anforderungen erst hinreichend tiefenscharf bestimmen lassen, wie die folgenden Feststellungen und Forderungen zeigen:

- **„Ganzheitlichkeit“:** „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eröffnet die Möglichkeit, „den notwendigen Paradigmenwechsel zu einer ganzheitlichen Sicht des pflegebedürftigen Menschen (...) und zu einer (entsprechend“, R.T.) besseren (.) Pflege zu gestalten“ (Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 20. Mai 2009).
- **„Individualisierung“:** Pflegeangebote sollen zielgenauer „auf die individuellen Bedarfslagen ausgerichtet werden“ (Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 27. Juni 2013).

Und ausbildungsbezogen wird in den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG aus dem Jahr 2020, S. 243, für angehende Pflegefachkräfte bestimmt: Auszubildende sollen lernen, „den Pflegeprozess für Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Bezugspersonen/sozialen Netzwerke (!) bedürfnisorientiert, Leid mildernd (...) umfassend unter Einbezug der beteiligten Personen zu planen und verständnis- und respektvoll durchzuführen und zu evaluieren.“

- **„Gestaltung“:** „In der Ausbildung soll „eine lebensweltorientierte Pflegeprozessgestaltung mit dem zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung seines familialen Umfeldes im Fokus stehen. Schwerpunkte (...) sollen darüber hinaus das Unterstützungspotenzial durch Bezugspersonen und durch primäre sowie sekundäre soziale Netze sein. Dies erfordert eine Orientierung am Sozialraum und an den wichtigen Einrichtungen und Diensten, die Beratung und Unterstützung anbieten, (...).“

Und gleich anschließend und ganz wichtig, weil die Folgen daraus für den Pflegeberuf erheblich sind, wird festgestellt:

„Für Angehörige der Pflegeberufe eröffnen sich hier (...) neue Handlungsfelder“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. o. O., 2020, S. 150).

Man sieht relativ rasch: Vieles von dem, was die Pflegeversicherung von der Pflege fordert – also Ganzheitlichkeit, Individualisierung und Gestaltung - und was gemäß PflBG zu lehren ist, können zugelassenen Einrichtungen und Dienste für Pflegebedürftige bezahlbar nicht verwirklichen.

Denn hier bestimmen jeweils knappe Personalressourcen (nicht zwingend: Personalnotstände!), knappe Zeitbudgets, hohen Stundensätze, eine weitgehend im Voraus festgelegten Leistungsplanung: kurz eine Organisation die Leistungserbringung, die bzw. deren Abläufe auf Ganzheitlichkeit, Individualität und Gestaltungsanforderungen nur in einem begrenzten Korridor Rücksicht nehmen können.

Auch die mit großem Aufwand aufgebauten, im weiteren Sinne sozialen Betreuungsangebote sowie die weiterhin überschaubare Zahl der Betreuungsdienste (§§ 45a, 45 b, 71 Abs. 1a SGB 11) sind von dieser Beurteilung nicht ausgenommen und lassen eine ganzheitliche und gestaltende Pflege kaum noch zu.

Denn hohe gesetzlich vorgeschriebene Betriebs- und Organisationsanforderungen, dadurch hohe, teilweise im Minutentakt abzurechende Stundensätze (den Einsatzkräften wird i.d.R. nur der Mindestlohn gezahlt), die beispielsweise den Entlastungsbetrag (§ 45b SGB 11) schnell ausgeschöpft sein lassen, ebenso wie Probleme der Rekrutierung geeigneten Personals, prägen auch hier das Bild.

Nutzenstiftend ist dies nicht zuletzt für die Pflegedienste geworden, für die dadurch neue Abrechnungspositionen geschaffen wurden.

Zudem verwirrt die um Betreuungskräfte noch erweiterte Vielzahl der Personen, die die Versorgung übernehmen (wenn zusätzlich noch ein

Pflegedienst in Anspruch genommen wird), nicht nur an Demenz erkrankte Personen oft zusätzlich noch.

Und schließlich: Eine durch dienstförmig organisierte Einrichtungen erbrachte Betreuung führt tendenziell zu deren „Funktionalisierung“ im Rahmen einer dienstgemäßen Maßnahme- bzw. Leistungslogik.<sup>39</sup> Selbst die bloße Anwesenheit einer Betreuungsperson erfolgt nun zur "emotionalen Sicherheit" (vgl. Nolting, H.-D./ Rellecke, J., 2020, S. 23). Man wird fragen dürfen: Was ist eigentlich dann, wenn die (bezahlte) Betreuungsstunde zu Ende ist und die Betreuungskraft gegangen ist?

Pflegebedürftige bzw. Betreute spüren eine „Funktionalisierung“ natürlich und lassen sich dementsprechend auf ihr Gegenüber ein.

Generell muss die Frage daher offenbleiben, was (und welcher Typ) an sozialer Beziehung unter solchen Rahmenbedingungen überhaupt möglich und realisierbar ist und ob sich diese im Einzelfall nicht auf einen „sozialen Kontakt“ reduzieren.

Die Beantwortung der Frage hätte die Fähigkeiten, die Bereitschaft und Motivation der Beteiligten, Betreuer und Betreuer, zu beachten und hinge dann immer noch von Zufällen und den sich begegnenden Persönlichkeiten ab, nicht zuletzt davon, ob die „Chemie“ zwischen ihnen stimmt.

Um dasjenige, was für die Praxis mit einer „ganzheitlichen“, „individualisierenden“ und „gestaltenden“ Pflege erwartet und gefordert wird und was die neue generalistische Ausbildung ihren Auszubildenden vermitteln soll, auf einen Begriff zu bringen, lässt sich als Kernbotschaft des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff immerhin feststellen:

---

<sup>39</sup> "Wichtigstes Kriterium für einen gelingenden Betreuungsprozess ist das Ausmaß, in dem die pflegebedürftige Person die von ihr selbst als wichtig und wünschenswert bezeichneten Aktivitäten verwirklichen kann", Nolting, H.-D./ Rellecke, J., 2020, S. 32).

„Gute Pflege geht über Körpergrenzen hinaus!“.

Anders ausgedrückt: „In ihrem Kern ist pflegerische Tätigkeit Beziehungsarbeit“ (wie es der Beschlusstext des ver.di-Bundeskongresses 2019: „Gute Ausbildung im Gesundheitswesen“ treffend formuliert).

Anders als es unter Voraussetzung einer organisatorischen Trennung zumeist nur möglich ist, sollte für eine gute Pflege die Identität der versorgenden Personen für körperbezogene Aufgaben (Verrichtungen im engeren Sinne der „direkten“ Pflege) und Aufgaben der sozialen Betreuung soweit wie möglich gewahrt bleiben.

Insbesondere lässt sich Pflege als Beziehungsarbeit, folgt man den Ausführungen der Experten, Beiräte, Fachkommissionen und Institute, keineswegs beschränken auf die Beziehung von Pflegekraft und Pflegebedürftigem, kann also nicht zureichend im Setting einer dyadischen und geschlossenen Zweierbeziehung verwirklicht werden, wie sie für das Arzt-Patient-Verhältnis kennzeichnend ist.

Langzeitpflege schließt vielmehr Arbeit im und am Beziehungsnetzwerk der Pflegebedürftigen ein. Dies umso mehr, wenn Angehörige hierbei Unterstützung brauchen oder gar nicht mehr vorhanden sind.

In diesem Sinne wird man die in den Berichten, Gutachten und Lehrplänen genannte „ganzen“ Person verstehen müssen.

Diese „ganze“ Person ist eine „soziale“ Person.

Mit den genannten Besonderheiten ist der Altenpflegeberuf, unterschieden von dem der Krankenpflege, ein *sozialpflegerischer Beruf*, dessen Aufgabenanforderungen mit den Beiwörtern „ambulant“ oder „stationär“ nicht angemessen benannt, sondern eher verdunkelt werden.

So wird z.B. eine professionelle häusliche Pflege sich fragen müssen: Wie können wir überhaupt Zugang zu unseren Klienten finden, was Tage, wenn nicht Wochen, dauern kann, falls Misstrauen bei den Betroffenen gegenüber fremden Personen und Hilfsangeboten überwiegt.

Auch wird Langzeitpflege mit einem sozialpflegerischen Selbstverständnis sich darüber Gedanken machen müssen, wie die sozialen Beziehungen, über die ein Klient noch verfügt, erhalten, vielleicht sogar intensiviert werden können (vor allem, wenn der Betreffende nicht mehr mobil ist) und wie diese Beziehungen in die Versorgung ggf. eingebunden werden können. Dies z.B. dadurch, dass jemand gelegentlich noch kurz nach dem Rechten sieht oder einfach nur vorbeischaut (was kein Pflegedienst für die Betreffenden bezahlbar leisten kann), wenn nicht überhaupt Versorgungsaufgaben übernimmt.

Grundlegend (wenn nicht neu) zu bestimmen wäre dazu u.a., welche Herausforderungen und Aufgaben sich für die Pflege und die Pflegenden daraus ergeben, dass diese im „Spannungsfeld von Leid, Schmerz, Trauer und regelgeleiteter pflegerischer Intervention“ (Saul, S./Jürgensen, A, 2021, S.40) handeln müssen; was die Interventionen in die „Lebensform“ ihrer Klienten bei diesen bewirken und welche Rückwirkungen (z.B. in Form von Erwartungen und Wünschen) sich daraus auf bzw. für die Pflege ergeben können.

Eine gute Pflege wird, wenn sie die hieraus resultierenden Aufgaben nicht selber übernehmen kann, soweit wie möglich die hierfür erforderlichen Schritte in die Wege leiten müssen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird somit nur einseitig und somit unzureichend verstanden, sieht man in ihm nur eine Ausweitung der Leistungsansprüche von Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekasse, vielmehr macht er - vollumfänglich umgesetzt - eine Neufokussierung und Ausweitung auch des bestehenden Leistungsangebots erforderlich.

Nur wenn hierüber nachgedacht wird, wird es möglich sein, die Anforderungen und Aufgaben einer *gestaltenden* Langzeitpflege grundständig und nicht bereits vorgeprägt durch die bestehenden pflegerischen Angebote zu erörtern, die Alternativen kaum noch denken lassen.

Erst dann auch wird man zeigen können, welche Angebote und hierfür jeweils: welche organisatorischen Varianten eine gute Pflege vor-

zuhalten hätte und welche rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ermöglichung einer Pflege geschaffen werden müssten, die bedarfs- und – soweit wie möglich – bedürfnisgerecht jeweils zu *gestalten* ist.

Eine derart tiefergelegte Erörterung des Gestaltungsthemas findet man in der Literatur jedoch nur selten.<sup>40</sup>

Betrifft sie doch Fragen, die unter Bedingungen der generalistischen Pflegeausbildung gern ausgeblendet werden. Denn ihre Beantwortung würde einmal mehr die sozialpflegerische Besonderheit der Langzeitpflege, vor allem gegenüber der Krankenpflege, hervortreten lassen.

Insbesondere aber würde die Verwirklichung einer „ganzheitlichen“, „individuellen“ und „gestaltenden“ Pflege tiefe Eingriffe in das Ordnungs- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung erforderlich machen.

## **1. LANGZEITPFLEGE IST KEINE GESUNDHEITSPFLEGE!**

Strikte Abgrenzungen von Fach- oder Aufgabengebieten zwischen unterschiedlichen beruflicher Tätigkeitsausübungen sind allerdings nur selten eindeutig durchführbar, da sich in der Realität oft vielfältige Überschneidungen ergeben.

Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass die Unterscheidung von Krankenpflege und Langzeitpflege auch rechtlich gezogene Grenzen (SGB 5, SGB 11) beachten muss, die nur bedingt aussagekräftig und hilfreich für die inhaltliche Bestimmung sind.

In erster Annäherung betrachtet, ergeben sich Überschneidungen und Unterschiede sowohl was die Klienten als auch, was die Aufgaben beider Gebiete betrifft.

---

<sup>40</sup> Eine Ausnahme hierzu aus christlicher Sicht bietet die Arbeit von Kumbruck (2010), die allerdings auf eine Kritik der pflegeversicherungsrechtlichen Voraussetzungen verzichtet.

Was die *Klienten* betrifft, so hat es Langzeitpflege mit dem nach den Vorschriften des SGB 11 als „pflegebedürftig“ bestimmten Personenkreis zu tun. In diesem Fall wird ein Teil der Kosten von der Pflegekasse übernommen (vgl. § 14 SGB 11).

Krankenpflege wiederum kann jede Person in Anspruch nehmen, für die eine Krankenbehandlung als notwendig erscheint. Das schließt selbstverständlich auch pflegebedürftige Personen mit ein. Kostenträger ist in diesem Fall eine Krankenkasse, die in einem gesetzlich jeweils bestimmten Umfang in Anspruch genommen werden kann (vgl. § 27 SGB 5).

Was die *Aufgaben* betrifft, so findet man erhebliche Überschneidungen von Krankenpflege und Langzeitpflege mit Blick auf die Tätigkeiten, die von beiden zu verrichten sind. Wichtige Unterschiede hingegen bestehen bei den *Anforderungen an die Aufgabenerfüllung*, die im Folgenden unter drei Gesichtspunkten betrachtet werden, wobei wiederum der Ort ihrer Erbringung (Häuslichkeit, Pflegeheim, Klinik) zu berücksichtigen ist.

Die Unterscheidung von Langzeit- und Krankenpflege ist, wie sich hier bereits andeutet, eine relativ vielschichtige Angelegenheit. Sie soll nachfolgend daher auch nur insoweit durchgeführt werden, wie dies die Spezifik insbesondere von Langzeitpflege hervortreten lässt.

Zwar ist dies für den modernen Zeitgeist in der Pflege, der die Besonderheit von Langzeitpflege mittels einer inzwischen weitgehend konsentierten Verschlagwortung durch die Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ weitgehend aus dem Sichtfeld geschaffen und die frühere Bezeichnung „Altenpflege“ ganz aus dem Verkehr gezogen hat, vermutlich eine eher rückwärtsgewandte Aufgabe.

Gleichwohl und eben deshalb wird sie hier zum Ausgangspunkt der Betrachtungen gemacht. Denn wie anders sollte eine – erneut in Aussicht stehende – Reform der Pflegeversicherung zielgenau überhaupt möglich sein, wenn hinlänglich nicht einmal deutlich ist oder gar gewusst wird, an welchen Herausforderungen die bisherigen Reformen

der Pflegeversicherung noch nicht einmal scheitern konnten, weil sie weitgehend achtlos daran vorbeigegangen sind.

Die trotz aller Reformen fortbestehende Kritik an den Mängeln der Versorgungssituation für Pflegebedürftige und die Klagen hierüber sprechen dazu eine deutliche Sprache.

### **1.1 „Selbstbestimmung“ und „Selbstständigkeit“ - die zentralen Grundsätze der Langzeitpflege**

Der Begriff „Akutpflege“ und die zuweilen synonym verwendeten Termini „Behandlungspflege“ oder „spezielle Pflege“ werden gängig verrichtungsbezogen verwendet, und zwar für ein pflegerisches Handeln, das medizinisch-pflegerische Ziele verfolgt und hierfür geeignete Maßnahmen ergreift, welche – die Behandlung chronischer Erkrankungen eingeschlossen (vgl. §§ 2a, 62 SGB 5) – mit dem Erreichen des jeweiligen Ziels i.d.R. ihren Abschluss finden.<sup>41</sup>

Berücksichtigt man zudem den Ort ihrer Erbringung, so ist die Pflege in Kliniken („Klinische Pflege“) oder der für die ambulante häusliche Pflege entsprechende Rechtsbegriff der „Häuslichen Krankenpflege“ (§ 37 Abs. 1 SGB 5) jedoch weiter zu fassen.<sup>42</sup>

Diese Bezeichnungen umfassen neben der (medizinischen) Akut- bzw. Behandlungspflege allgemeine pflegerische Versorgungsleistun-

---

<sup>41</sup> „Akutpflege versteht sich als pflegerische und therapeutische Massnahmen bei einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Verschlechterung einer chronischen Erkrankung. Diese sind an eine ärztliche Diagnose gebunden“, OdASanté, o.J., o.O.

<sup>42</sup> Von klinischer Pflege, Pflege in Kliniken, Akutkliniken o.ä. ist im Folgenden mit Blick auf die Pflege in klassischen (somatisch orientierten) Allgemeinkrankenhäusern und Fachkliniken die Rede, nicht jedoch im Hinblick auf die Pflege in Akutkliniken für Psychiatrie und Psychosomatik, für die eigene Anforderungen gelten. So übernimmt hier die Pflege z.B. Aufgaben der Beziehungsgestaltung (der Patienten untereinander und zwischen Patienten und Pflegepersonal).

gen (u.a. Grundpflege) und – für den Fall, dass Patienten pflegebedürftig im Sinne des SGB 11 sind – zunehmend auch für die Langzeitpflege spezifische Aufgaben.

Speziell in den (Akut-)Kliniken fallen zudem Aufgaben der spezialisierten Fachpflege in den Fachabteilungen an, für die einschlägige Fort- und Fachweiterbildungen (z.B. für Anästhesie- und Intensivpflege, für den Operationsdienst, für Onkologie etc.) gefordert sind.

Die Ziele einer Akut- bzw. Behandlungspflege einschließlich der klinischen Fachpflege können jeweils als zu verwirklichende „Ergebnisse“ des pflegerischen Tuns verstanden werden, die im Erfolgs- und Idealfall von den sie verwirklichenden Maßnahmen ablösbar und für sich bestandskräftig sind.

Als Ziele werden generalisierend u.a. Heilung, Verschlimmerungsverhinderung (einer akuten oder einer chronischen Erkrankung) oder die Linderung von Symptomen genannt, die jeweils durch geeignete pflegerisch-medizinische Maßnahmen zu verwirklichen sind.

Was im Einzelfall hierzu an flankierenden Maßnahmen, z.B. Therapien und Trainings im klinischen, außerklinischen oder häuslichen Kontext sowie an Versorgungsleistungen zusätzlich aufgelegt bzw. erforderlich ist („Grundpflege“, „Hilfen bei der Nahrungsaufnahme“ und zunehmend auch soziale Betreuungsaufgaben bei hochbetagten Patienten<sup>43</sup>) und wie sie zu erbringen sind, ist ebenfalls mit fachlichen Leitlinien (vergleichbar den „Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ als Hilfen zur Entscheidungsfindung), Standards oder Handlungsempfehlungen hinterlegt, in denen der (sich verändernde) Stand von Pflegewissenschaft und Forschung für die Praxis jeweils aufbereitet ist.

---

<sup>43</sup> Dies ist der Fall bei Patienten, bei denen auch Pflegebedürftigkeit nach SGB 11 vorliegt, für die das klinische Leistungsangebot zumindest bedarfs-, wenn nicht bedürfnisgerecht angepasst werden muss, was eine für Kliniken größer werdende Herausforderung ist.

Der Begriff der „Langzeitpflege“ ist hiervon – maßnahmebezogen betrachtet – zunächst einmal *nicht* verschieden. Dies zumindest dann, wenn Aufgaben der spezialisierten Fachpflege in Abzug gebracht werden.

Bezeichnet der Begriff „Langzeitpflege“ doch Aufgaben und Tätigkeiten weitgehend gleichen Typs (u.a. Aufgaben der Grundpflege, der sozialen Betreuung, von Hilfen bei der Nahrungsaufnahme und – zunehmend - der Akut- bzw. Behandlungspflege) und wird hierbei ebenfalls auf Maßnahmen bezogen verwendet.<sup>44</sup>

Diese Homologie der Verrichtungen von Akut- und Langzeitpflege hat u.a. Anlass und sicherlich einen Grund dafür gegeben, auch die *Ausbildungen* für die Pflegeberufe zu „generalisieren“. Was ihr dadurch zugemutet wird, trägt sie jedoch nicht.

Die abgrenzende Besonderheit der Langzeitpflege, die auch für die Bestimmung von Anforderungen an die Ausbildung beachtenswert (gewesen) wäre, zeigt sich dann, wenn ihr Tätigkeitsgebiet, ihre Ziele und Aufgaben, unter Berücksichtigung der von ihr zu beachtenden Grundsätze („Werte“) betrachtet werden. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die Werte „Selbstbestimmung“ und „Selbstständigkeit“ und den dadurch wohl in der überwiegenden Zahl der Fälle bestimmten Wunsch“ ihrer Klienten nach Erhalt der „Lebensqualität.“<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Unterschiede zur klinischen Pflege können sich natürlich insbesondere hinsichtlich der Behandlungspflege aufgrund der relativen Arztferne und geringerer Spezialisierung in den Einrichtungen der Langzeitpflege ergeben.

<sup>45</sup> Der Begriff der Lebensqualität wird im SGB 11 nur an einer Stelle aufgegriffen (§ 113b Abs. 4 SGB 11). Dies bezeichnenderweise im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung von Instrumenten für ihre Ermittlung und Bewertung. Auf die sich hieran anschließende weitläufige Diskussion kann im Folgenden nicht näher eingegangen werden. Vgl. zum Überblick und auf die stationäre Pflege bezogen: Weidekamp-Maicher, M., 2018. Ferner und grundlegend: Glatzer/Zapf, Hrsg., 1984. Ein einschlägiger Überblick über die Literatur

Schon rein zahlenmäßig zu beachten ist hierbei die altersbedingte Verfälschung (Hochaltrigkeit) der Betroffenen – auch wenn dieser Gesichtspunkt im Zeichen der „generalistischen“ Pflegeausbildung von vielen heute wohl eher als nebensächlich erachtet wird.

Pflegebedürftig ist, wer „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf“ (so der Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ in § 14 Abs. 1 SGB 11).

Daraus ergeben sich, wie einleitend bereits aufgezeigt, Verschiebungen der Gewichtung, sodass in der Langzeitpflege allgemeine Versorgungsaufgaben („Grundpflege“, „Ernährung“, „soziale Betreuung“) im Vordergrund stehen, die, anders als in der wesentlich medizinisch geprägten klinischen oder häuslichen Krankenpflege, nicht nur einen unvermeidbaren (vom Personal oft ungeliebten) Anhang der pflegerischen Tätigkeit ausmachen.

Solche Versorgungsaufgaben erneuern sich in dem Maße, wie sich der zugrunde liegende Versorgungsbedarf reproduziert, also ständig; und auch die Resultate medizinisch-pflegerischer Behandlungsprozeduren sind bei älteren Patienten oft instabil, sodass eine Dauerbehandlung oder Dauermedikation erforderlich wird.

Langzeitpflege bewegt sich aufgrund der Irreversibilität des Hilfebedarfs ihrer Klienten in einer sich mit zunehmendem Alter der Pflegebedürftigen (hinsichtlich Umfangs und Intensität) intensivierenden Dauerschleife, die zumeist erst mit dem Tod des Betroffenen endet. Das hat Folgen für ihre generelle Zielsetzung und markiert einen wesentlichen Unterschied zur (klinischen und häuslichen) Krankenpflege.

---

zum Thema auch in: Wingefeld, K., u.a., März 2011, S. 18 ff. Der Bericht fokussiert auf „den Teil der Lebensqualität (...), der auf Handeln, Gestalten und Einflussnahme zurückführbar, also ‚pflegesensitiv‘ bzw. ‚gestaltungssensitiv ist‘“ (S. 21). Dies ist der Teil, dem sich, wie sich zeigt, die Lebensqualität (eines Pflegebedürftigen) als Ergebnisqualität bzw. Ergebnis einem Vollzug pflegerischer Maßnahmen zuschreiben lässt.

Was nämlich während einer relativ kurzen Behandlungsdauer mit Aussicht auf Heilung oder Linderung von Symptomen zumeist klaglos hingenommen wird (eine kliniktypische Fremdbestimmung und Beeinträchtigung von „Lebensqualität“), wird mit der Perspektive zunehmender Gebrechlichkeit und einer begrenzten Lebenszeit von älteren Klienten nur bedingt noch toleriert.

Denn ein gewisses Maß an Lebensqualität möchte schließlich jeder so lange wie möglich erhalten bzw. beachtet wissen und im Falle von Pflegebedürftigkeit im Alter und einer begrenzten Lebenszeit sollte dies, so weit wie möglich, sogar im Hier und Jetzt und nicht erst in einem für den Betreffenden ungewissen Morgen verwirklicht werden.

Rechtlich wird hierfür die Zusicherung gegeben und der Langzeitpflege der Auftrag erteilt, Pflegebedürftigen zu „helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 Abs. 1 SGB 11).<sup>46</sup>

Insbesondere soll „den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe (...), soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden“ (vgl. § 2 Abs. 2 SGB 11).

Es handelt sich hierbei um Bestimmungen, das sei angemerkt, die bereits in der ersten Fassung des „Sozialgesetzbuchs 11 (SGB 11) vom 26. Mai 1994 standen, also nicht erst in die spätere Fassung vom 1.1.2017 aufgenommen worden sind und nicht erst mit der „veränderten Perspektive“ (Nolting/ Beikirch/ Braeseke/ Rieckhof, Berlin, 2019) des dort eingeführten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zur Verwirklichung aufgegeben worden sind.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Vgl. hierzu auch die entsprechenden Artikel der „Pflege-Charta“.

<sup>47</sup> Allerdings wurden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der damit vorgenommenen Erweiterung des Anspruchs auf Leistungen gegenüber der

Das, was unter dem Gesichtspunkt der übergeordneten Grundsätze („Werte“) der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit mit Blick nun auf die sechs Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. § 14 Abs., SGB 11) fachlich als Verbesserungs- und Erweiterungsmöglichkeiten der pflegerischen Versorgung beschrieben wird<sup>48</sup>, wurde unter diesem Gesichtspunkt dann größtenteils auch unter den Bedingungen des älteren Pflegebedürftigkeitsbegriffs fachlich gefordert.

Die Pflegewissenschaft hat mit einschlägigen Forderungen nicht auf die Verabschiedung der gesetzlichen Grundlage gewartet, an deren Erstellung sie im Übrigen maßgeblich beteiligt gewesen ist.

## 1.2 Der Auftrag der Langzeitpflege

Langzeitpflege erhält damit einen Auftrag, der weit über das hinausgehen kann, was Krankenpflege, insbesondere klinische Pflege, über-

---

Pflegekasse auch bei einem Hilfebedarf aufgrund kognitiver und psychischer Einschränkungen sowie Beeinträchtigungen bei der „Gestaltung des Alltagslebens“ verbesserte Finanzierungsbedingungen und *dadurch* erweiterte Möglichkeiten einer „gestaltenden Pflege“ geschaffen. Demgegenüber bestand ein Leistungsanspruch in den früheren Fassungen des SGB 11 nur bei einem Hilfebedarf aufgrund von Beeinträchtigungen bei den „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ (§ 2 SGB 11, Fassungen vor dem 1.1.2017).

<sup>48</sup> „Gute Pflege heißt vor allem im Blick zu haben, durch welche Art der Hilfe der betroffene Mensch möglichst gut in seiner verbliebenen Selbstständigkeit gefördert und die Lebenssituation stabilisiert werden kann. Dies kann auch bedeuten, dass Menschen im sozialen Umfeld der Betroffenen zu diesen Aufgaben von der Pflegekraft beraten, aktiviert oder unterwiesen werden (... ) Mit der Orientierung auf die Selbstständigkeit in den sechs Lebensbereichen kommt bei der Festlegung der pflegerischen Aufgaben dagegen die gesamte Lebenslage des pflegebedürftigen Menschen in den Blick (... ) Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird jedoch ein viel breiteres Spektrum von pflegerischen Problemlagen erfasst (... )“ (Nolting, H.D., et al., Berlin, 2019, S. 16f.).

haupt zu leisten imstande ist und was diese leisten möchte: eine zur Hilfe erweiterte Pflege, die über die einzelne Verrichtung hinaus als eine Gestaltungsaufgabe beschrieben werden kann.

Langzeitpflege, die diese Aufgabe übernimmt, wird die Wünsche ihrer Klienten vor dem Hintergrund sehen müssen, dass sich mit Eintritt von Pflegebedürftigkeit deren Lebensumstände, Lebenssituation, Lebensgewohnheiten, ihr Lebensstil und ihre sozialen Praktiken, kurz: ihre bisherige *Lebensform* ändern wird oder ändern kann und sich mit steigendem Alter und damit oft einhergehender zunehmender Pflegebedürftigkeit sehr wahrscheinlich weiter ändern wird.

Hinzu kommt: Die Inanspruchnahme von Hilfen durch Dritte führt zu einer *Intervention* in das gewohnte Leben der Betroffenen, das dadurch (und in der vollstationären Pflege durch eine veränderte Umgebung) einen zusätzlichen Anpassungs- bzw. Änderungsdruck erfährt.<sup>49</sup>

Ein Pflegebedürftiger wird gegenüber den (wechselnden!) Pflegekräften eines Pflegeheims oder eines ambulanten Dienstes, die täglich - oft sogar mehrmals - zu ihm nach Hause kommen, den rechten Umgang finden und sich ggf. mit ihnen arrangieren müssen. Dies insbesondere,

---

<sup>49</sup> Auch Hilfe ist für den Betroffenen über die geldlichen Kosten hinaus nicht aufwandsfrei zu haben. Der Begriff der pflegerischen „Intervention“ wird hier und im Folgende erweitert gegenüber einer Verwendung, die ihn in erster Linie auf durch (pflegerisches) Handeln, also Durchführung von Maßnahmen, bewirkte (messbare) pflegerische Ergebnisse bezieht. Interventionen bezeichnen demgegenüber vorliegend das faktische Einwirken oder auch Nicht-Einwirken auf bzw. in die Lebensverhältnisse eines Klienten, ohne dass solches Wirken Maßnahmecharakter haben, d.h. in Form einer Maßnahme mit einem angestrebten Ziel geplant sein müsste. Interventionen führen Änderungen in einem sozialen System herbei, die methodisch nicht oder zumindest schwer kontrolliert werden können, schon weil sie in hohem Maße idiosynkratisch, d.h. auch individuell verschieden ausgeprägt und für den Betroffenen qualitätssensitiv sein können.

wenn die pflegenden Kräfte, wie es i.d.R. der Fall ist, nicht selbst ausgesucht werden konnten.

Langzeitpflege ist dementsprechend eine zur Hilfe erweiterte Pflege mit umfassendem, ständig und oft über einen langen Zeitraum sich erneuerndem Informations- und Abstimmungsbedarf oder, wenn eine solche Abstimmung nicht (mehr) möglich ist, zumindest mit umfangreichen Beobachtungserfordernissen. Sie wird hierzu die bisherigen Gewohnheiten und Praktiken des Klienten wie auch die Wirkungen ihrer eigenen Interventionen in allen Bereichen, in denen sie tätig ist (Grundpflege, Behandlungspflege, soziale Betreuung, Ernährung), laufend und situativ in den Blick nehmen müssen.

Biographiearbeit alleine, so wichtig sie ist, reicht dafür nicht aus, wird doch ein Teil der Informationen, über die die Pflege im Umgang mit ihren Klienten verfügen sollte, durch ihre eigene (intervenierende) pflegerische (Langzeit-)Tätigkeit erst produziert.

Nur wenn Langzeitpflegenden bewusst ist, dass sie mit jedem ihrer Klienten jeweils „Teil“ bzw. Mitspieler eines sozialen Systems „Pflege“ werden (s.u.), und das schließt ein, dass sie mit ihrer Tätigkeit Einfluss auf dessen Verhalten nehmen und Reaktionen hervorrufen, auf die sie ihrerseits wieder reagieren (müssen), werden sie verstehen können, dass Pflegearbeit noch anderes und mehr als ein wie auch immer informierter plan- und dokumentierbarer Vollzug von Maßnahmen ist. Und nur dann kann diese Tätigkeit die Form einer sozialpflegerisch (gestaltenden) Pflege annehmen, in der sich die Perspektiven von Pflegenden und zu Pflegenden einander nähern und vielleicht sogar kreuzen.

Nur wenn der Pflege bewusst ist, dass Pflegearbeit über ihren Maßnahme-Charakter hinaus immer auch mit nicht intendierten Wirkungen einhergeht und „extrafunktionale Effekte“ einschließt, wird es ihr möglich sein, sowohl die Wünsche, Interessen, Begehrlichkeiten, die Abneigungen und Widersetzlichkeiten wie auch eine sich verändernde psychische und körperliche Verfassung ihrer Klienten, ggf. unter der

Oberfläche eines temporär und äußerlich angepassten Verhaltens, nicht nur zu registrieren, sondern auch zu verstehen. Nur so ist seitens der Pflege eine angemessene (d.h. pflegerische) Reaktion gewährleistet, was vor allem (aber nicht nur) bei dementiell erkrankten Personen mit zu den größten Herausforderungen der Langzeitpflege gehört.

Langzeitpflege ist als „Kompensation“ ermittelter „körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen“ durch geeignete Maßnahmen bzw. Hilfen Dritter, weil sie der Betreffende alleine nicht mehr bewältigen kann, wie es § 14 Abs. 1 SGB 11 bestimmt, somit unzureichend, wenn nicht sogar irreführend, beschrieben.

Eine Langzeitpflege, die es - pflegeversicherungsrechtlich befördert - bei diesen Bestimmungen belässt, wird ihren Gestaltungsauftrag nicht erkennen. Sie wird sich auf die Durchführung von isolierten und zudem arbeitsteilig von verschiedenen Kräften durchzuführenden Maßnahmen beschränken oder - bei einer Ablehnung durch ihre Klienten – sich mit einem entsprechenden Vermerk in der Dokumentation begnügen müssen.

Insbesondere wird sie die (kognitiven, psychischen) Zusammenhänge nicht verstehen, in die jede bei einem Klienten von ihr ergriffene pflegerische Maßnahme von diesem eingefügt wird.

Professionelle Pflege gestaltend zu erbringen, erfordert unter nach geltendem Recht streng getrennter Zuständigkeitsbereichen weiterhin, *Überschneidungen* pflegeversicherungsrechtlich soweit wie möglich zuzulassen und hierfür den erforderlichen Informationsfluss sicherzustellen: Eine häusliche Betreuungskraft, die zum Vorlesen Kaffee und Kuchen mitbringt, wird bei einer Diabetikerin auch den Blutzucker beachten, also messen und ggf. eine Insulingabe verabreichen, wenn die Pflegebedürftige dies nicht mehr selber kann oder ein zuständiger Pflegedienst oder Angehöriger nicht in Rufweite ist (was die Regel ist).

Transferleistungen („Toilettengang“) geben ein weiteres Beispiel für eine zu ermöglichende Überschneidung.<sup>50</sup>

Was in der bisherigen Lebenspraxis des Klienten gang und gäbe gewesen ist und in der Angehörigenpflege keine Probleme bereitet, nämlich den Zusammenhang des einen mit dem anderen zu beachten und entsprechend zu handeln, wird nach geltendem Recht für zugelassene Helfer jedoch zu einer Gradwanderung. Denn diese müssen ihre Tätigkeit in einer rechtlichen Grauzone ausüben, weil sie „eigentlich“ nicht tun dürfen, was für ihre Klienten gleichwohl situativ erforderlich sein kann und was sie ggf. auch tun möchten (und in der Regel wohl auch tun).

Eine Nichtbeachtung der Lebensumstände, der Lebenssituation, der Wünsche und sozialen Praktiken, kurz: der Lebensform ihrer Klienten führt zudem zu einer zeitlichen Unübersichtlichkeit und möglichen Desorientierung aller Beteiligten.

Denn generell liegt eine Besonderheit von Langzeitpflege darin, dass sie aus den genannten Gründen der Irreversibilität von Pflegebedürftigkeit ihre Arbeit bei ihren Klienten nicht zum Abschluss bringen, diese also nicht mit der Aussicht auf ein besseres Morgen aus der Pflege gleichsam „entlassen“ kann.

Dementsprechend werden die Klienten der Langzeitpflege die Qualität „ihrer“ Pflege nicht ausschließlich an einer pflegerisch und pflege-

---

<sup>50</sup> Die in den jeweiligen Überschneidungsbereichen tätigen Kräfte sollten für die anfallenden Aufgaben natürlich geschult sein, zumindest aber über einschlägige Kenntnisse und Erfahrungen verfügen. Dass Schulungen für reine Betreuungsaufgaben („Vorlesen“, „Spaziergänge“), z.B. (länderspezifisch) nach §§ 45a und 45 b SGB 11, nicht ausreichend sind, liegt auf der Hand. Anforderungsgerechte Schulungsinhalte wiederum würden ins Leere laufen, sofern die erlernten Tätigkeiten von Nichtfachkräften nach geltender Rechtslage nicht ausgeübt werden dürften.

wissenschaftlich konsentierten „Fachlichkeit“ bemessen wollen, sondern i.d.R. daran, ob überhaupt und ggf. wie der Gestaltungsauftrag wahrgenommen wird.

Auch daran also, welche Veränderungen, Einschränkungen, Erweiterungen, Verbesserungen, Verschlechterungen etc. der eigenen bisher gewohnten Lebenspraxis die pflegerische Hilfe Dritter bereits im Hier und Jetzt mit sich bringt und welche sozialen Qualitäten ein Helfender einzubringen und zu verwirklichen in der Lage ist.

Dabei ist das „Hier und Jetzt“ ein – zeitlich - dehnbarer Begriff. Es wird nicht alles sofort und zugleich erfüllt werden können. Der gesetzliche Gestaltungsauftrag, den „Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe“ zu entsprechen, ist in zeitlicher Hinsicht unbestimmt.

Wünsche können dringlich oder weniger dringlich, wichtig oder unwichtig für den Klienten sein. Mit der Erfüllung eines Wunsches mag sich vielleicht ein anderer erledigen, und wer in einem Bereich (z.B. der Ernährung) das eine erhält, kann in einem anderen vielleicht einen Aufschub ertragen.

Ist die Beachtung jener Werte („Selbstbestimmung“, „Selbstständigkeit“) für die Langzeitpflege somit Auftrag und Voraussetzung ihrer Tätigkeit zugleich, so wird beim „Aushandeln“ von Maßnahmen (s.o.) im Einzelfall durchaus „über die Bande“ gespielt werden müssen.

Auch das erfordert eine intime Kenntnis der Lebenssituation der Betroffenen.

### **1.3 Die Gefahr einer szientistischen Reduktion des Qualitätsverständnisses**

Der Wert der Selbstbestimmung stellt alle vom Standpunkt der Pflege fach- und bedarfsgerecht für erforderlich erachteten Maßnahmen und Ziele unter einen Vorbehalt, dass nämlich Pflegebedürftige so und

nicht anders auch gepflegt und versorgt werden möchten und nicht wollen, dass andere Schwerpunkte gesetzt und Maßstäbe zur Anwendung gebracht werden.

Nun steht der pflegerische Gestaltungsauftrag seinerseits unter einem Vorbehalt. Denn den Wünschen eines Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe sollen zugelassene Dienste und Einrichtungen bzw. anerkannte Angebote nur insoweit entsprechen müssen, wie diese Wünsche „angemessen“ sind (vgl. § 2 Abs. 2 SGB 11).

Welche Einschränkungen aber ergeben sich daraus für die Praxis?

Denn die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung sind im Ordnungs- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung festgelegt, so dass sich die Frage stellt, ob und ggf. in welchem Umfang es diese Bedingungen den Leistungserbringern überhaupt ermöglichen, über die (pflegeversicherungsrechtlich) weitgehend standardisierten und von den Trägern betriebswirtschaftlich scharf kalkulierten Angebote und Taktzeiten hinaus noch „Wünsche“ ihrer Klienten - möglichst zahlungsfrei - zu erfüllen?

Zu fragen ist also, wie sich diese Angebote zu dem verhalten, was ihre Adressaten von ihnen erwarten und, da sich hier eine nicht unerhebliche Lücke auftut, was in zukünftigen Pflegereformen beachtet werden sollte.

Was die Gestaltung von Hilfe bzw. Pflege dem *Inhalte* nach vom Standpunkt der Pflegebedürftigen bedeuten könnte, ist, wie dies für „Lebensformen“ generell der Fall ist, individuell verschieden, und wird im Folgenden „idealtypisch“ bestimmt (vgl. Abschnitt 3.3).

Wie *umfänglich* eine solche Gestaltung zu sein vermag, welche Leistungsbereiche sie umfassen kann, zeigt der zum Abschluss zu bringende Vergleich mit der (klinischen, häuslichen) Krankenpflege.

Ist diese auf Heilung, Linderung, Stabilisierung, zumindest auf Verschlimmerungsverhinderung angelegt, so sind dies Ziele, die (durch das Abrechnungsregime der DRG befördert) in den Kliniken in

möglichst kurzer Zeit zu erreichen sind und damit i.d.R. den Erwartungen ihrer Patienten entsprechen, die möglichst schnell in ihre alltägliche Normalität zurückkehren möchten.

Fehlende Empathie, Hektik, sogar Unfreundlichkeit des Personals werden in Anbetracht einer kurzen Aufenthaltsdauer i.d.R. verkraftet, wenn nur das jeweilige Ziel auf dem Stand von Wissenschaft und Forschung effektiv verwirklicht wird.

Auch hinsichtlich des notorisch schlechten Essens in vielen deutschen Kliniken haben Patienten ein hohes Maß an Leidensaushaltetoleranz entwickelt, wohl wissend, dass diese nur für einen relativ kurzen Zeitraum strapaziert werden muss.

Die Qualitätserwartungen von Pflegebedürftigen und ggf. ihren Angehörigen an die Pflege setzen, unterschieden hiervon, umfassender und teilweise auch mit anderen Schwerpunkten an.

Wer hat Schicht und steht auf dem Dienstplan? Wer also kommt bei schlechter Verfassung des Pflegebedürftigen und vermag dessen Befindlichkeit zum Besseren zu wenden? Kommt die (oder seltener: der) Richtige? Das kann essentiell für Pflegebedürftige und ggf. ihre Angehörigen, aber auch für die Einrichtungen der Langzeitpflege selbst sein, die möchten, dass die zu Pflegenden in ihrer Einrichtung „gut aufgehoben“ sind.

Wer gewollt, gar eigenbrötlerisch ein Leben stets für sich geführt hat, mag weniger Interesse an familialer Fürsorglichkeit, Nähe, gemeinsam erlebter Freude und Anteilnahme an den eigenen Sorgen und Nöten haben und vielmehr Rücksichtnahme auf jeweils individuelle Befindlichkeiten, Begehrlichkeiten oder Idiosynkrasien erwarten.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> „Empathie“ und „Anteilnahme“ sind daher Eigenschaften, die - anders als man meinen möchte - gegenüber manchen Klienten besser *nicht* zur Anwendung kommen sollten, weil sie andernfalls für die Betroffenen schnell nervig werden können. Natürlich erfordert auch dies festzustellen wiederum – Empathie.

Zudem stellen die pluralen Lebenskonzepte der zu Pflegenden die zufriedenstellende Verwirklichung der pflegerischen Gestaltungsaufgabe vor Herausforderungen, die durch kulturelle und religiöse Vielfalt und Zugehörigkeiten noch vergrößert werden können (vgl. § 2 Abs. 2 SGB 11).

Keinesfalls gehen „Professionalität“ und Qualität der Langzeitpflege im fachlich sachgerechten (etwa standardgemäßen) Vollzug von Maßnahmen, nämlich ohne Rücksicht auf die soziale Qualität ihrer Durchführung, auf.

Die Anforderungen an eine „gute“ Pflege auf Fachlichkeit zu reduzieren, hieße, einem szientistischen Mitverständnis zu unterliegen und zu übersehen, wie Langzeitpflege idealtypisch beschaffen sein sollte, was von ihren Klienten erwartet wird, und dass, um sie zu erfüllen, außer Befähigungen (Wissen, Fähigkeiten, Kenntnisse) auch die persönliche Eignung von Pflegekräften vorhanden sein müssen, ebenso wie die organisatorischen Voraussetzungen, um sie in der Pflegesituation verwirklichen zu können.

Die Folgen einer solchen Reduktion lassen sich in den viel beklagten Mängeln der pflegerischen Versorgung besichtigen, unter denen Vereinsamung durch fehlende Zeit für Gespräche, Kontaktarmut bis hin zu Verwahrlosung nicht die geringsten sind.

Anders als in Einrichtungen bzw. Angeboten der klinischen Krankenpflege wird „Fachlichkeit“, werden Qualitätserwartungen bzw. wird die Qualität in Einrichtungen und Angeboten der Langzeitpflege in einem sehr viel höherem Maße sozial- und personenbezogen adressiert.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Mit der Bedeutung der sozialen „Beziehungsqualität“ in der Langzeitpflege nimmt auch die Bedeutung der Servicequalität, einschließlich des Essens, zu. Auch hier sollte die „Chemie“ zwischen den Beteiligten stimmen, damit das Essen noch schmeckt. Langzeitpflege hat eine Langzeitperspektive und führt

Häufiger Personalwechsel in Einrichtungen der Langzeitpflege kann aus Sicht des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen daher zu einem Qualitätsvakuum führen: Fehlende Personenkonstanz macht die Adressierung von Qualität bzw. von Qualitätserwartungen schwer, wenn nicht gar unmöglich.

Ja, man kann sogar sagen: Aus Sicht vieler Angehöriger, vor allem aber Pflegebedürftiger, die eine „Besserung“ ihres Zustandes und ihrer Gebrechen angesichts eingestandener Aussichtslosigkeit längst aus dem Blick verloren haben, werden Defizite an „Sachgerechtigkeit“ der Verrichtungen durch soziale und personelle Qualitäten der Versorgung nicht selten aufgewogen. Das zeigen nicht zuletzt Beispiele aus den sog. Skandalpflegeheimen, die trotz Verstößen gegen vertraglich vereinbarte objektive („sachbezogene“) Qualitätskriterien gleichwohl nur unter Protest der Bewohner und deren Angehöriger geschlossen werden konnten.

Krankheiten und Pflegebedürftigkeit können zu tiefen Einschnitten in die bisher gewohnte Lebenspraxis, die Lebensform, der Betroffenen führen, was erhebliche Änderungen und Anpassungen erforderlich machen kann. Doch nur die Langzeitpflege ist eine Pflege mit Gestaltungsauftrag dieser Form, der ihr gesetzlich übertragen wurde.

Langzeitpflege wird hierzu den intervenierenden Charakter ihrer Tätigkeit in die Lebensform ihrer Klienten erkennen müssen, auch wenn die „Eingriffstiefe“ im Einzelfall sehr verschieden und auch gering sein kann.

Vom spärlichen Kontakt mit einer Pflegekraft (diese stellt nur die Medikamente), einer konstruktiven Begleitung bis hin zu einer Art „Intimkommunikation“ (s.u.), die die externe Kraft quasi zu einem Familienmitglied machen würde, ist hier vieles vorstellbar.

---

zeitlich zu einer herabgesetzten Frustrationstoleranz, z.B. gegenüber nicht wohl-schmeckendem Essen.

Generell werden Pflegebedürftige ihre Lebenssituation danach beurteilen, ob ihre durch Pflegebedürftigkeit sich verändernde Lebensform für sie noch *annehmbar* ist.

Die Förderung von Annehmbarkeit dürfte die größte Herausforderung für die Langzeitpflege sein, insofern das Eintreten von Pflegebedürftigkeit zu biografischen Brüchen führt, die in der Regel unumkehrbar, d.h. nicht mehr zu „heilen“ sind.

Gestaltende Interventionen bzw. Transformationen bezeichnen Aufgabenpakete, die ein szientistisch modelliertes Pflegeverständnis auch nicht annähernd in den Blick bekommt.<sup>53</sup>

Vor diesem Hintergrund müssten das gesetzliche Qualitätsmanagement und seine Überprüfung durch die Aufsichtsinstanzen ihrerseits einer genaueren Prüfung unterzogen werden.

Dass die Langzeitpflege umstandslos dem „Gesundheitssystem“ und Qualitätskontrollen der Leistungserbringung dem „Medizinischen Dienst“<sup>54</sup> zugeschlagen wurden, mag unter medizinisch-fachlichen und organisatorischen Gesichtspunkten nachvollziehbar gewesen sein.

Diese Entscheidung dürfte jedoch eine der Weichenstellungen gewesen sein und mit dazu beigetragen haben, dass die vormalige „Altenpflege“ ein eigenes (sozialpflegerisches) Profil und damit eine eigene

---

<sup>53</sup> Interventionen in „soziale Systeme“ (s.u.) sind leider weitgehend ein Thema der Unternehmensberatung und Organisationsentwicklung geblieben. Das Thema wurde bisher kaum für soziale Pflegesysteme aufgegriffen (vgl. Pühl, 2009). Verfehlt wird es bereits, wenn „Pflegesysteme“ als „Pflegeorganisationsysteme“ identifiziert werden, wie es häufig geschieht. Daran ändern auch Ausnahmen nichts, so z.B. sehr speziell vgl. Pillen, 2011.

<sup>54</sup> „Der Medizinische Dienst setzt sich für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung ein. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt der Medizinische Dienst die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen“ (vgl. Medizinischer Dienst o.J., o.O.).

berufliche Identität bis auf den heutigen Tag, wenn überhaupt, nur rudimentär hat ausbilden können, sodass sie und ihre Verbände sich weiterhin danach strecken, auf „Augenhöhe“ mit der ärztlichen Profession kommunizieren zu können.

## 2. SYSTEMISCHE BETRACHTUNG

### 2.1 Pflegen als einfache Interaktionssysteme

Die Herausforderungen und Aufgaben der Langzeitpflege werden in der Literatur schwerpunktmäßig, wenn nicht auf Verrichtungen, so doch auf Maßnahmen bezogen beschrieben.

Wegweisend und Maßstab hierfür ist - einmal mehr – auch das „Neue Begutachtungsinstrument“ (NBA), das hieran (gegenüber dem älteren) nichts geändert hat und Langzeitpflege, der gesetzlichen Bestimmung folgend“ als isoliert praktizierbare Kompensation „gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ bestimmt, die in den sechs Modulen des NBA Zusammenhangslos beschrieben werden.<sup>55</sup>

Ein Gestaltungsauftrag der Langzeitpflege kommt so erst gar nicht in den Blick.

Herausforderungen und Aufgaben, die *dieser* Auftrag der Pflege bzw. Pflegekräften abverlangt, lassen sich mit Blick auf die Interaktionen und Kommunikationen bestimmen, mittels derer Pflegearbeit verwirklicht wird, egal wie restringiert in Anbetracht einer auf Effizienz

---

<sup>55</sup> Vgl. Modul 1: Mobilität. Modul 2: Mentale Funktionen. Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen. Modul 4: Selbstversorgung. Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen. Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2021, S. 34 ff.

und Wirtschaftlichkeit getrimmten Pflegewirklichkeit im Einzelfall und situativ tatsächlich auch immer kommuniziert wird und wie weit die dialogische Grundsituation von Pflegearbeit zum Monolog depriviert ist (ein bereits an die Arzt-Patient Kommunikation adressierter Vorwurf).

Theoretisch betrachtet und hieran anschließend, lassen sich Pflegen in Langzeiteinrichtungen und Pflegediensten ebenso wie die in Kliniken als „einfache“ soziale Systeme beschreiben, die sich in den sozialen Beziehungen („Interaktionen“, „Kommunikationen“) zwischen Pflegenden und zu Pflegenden realisieren (vgl. Luhmann, 1975).<sup>56</sup>

Beide bilden jedoch unterschiedliche Typen einfacher Sozialsysteme aus.

Ein wesentlicher bereits genannter Unterschied zwischen ihnen besteht darin, dass „Selbstbestimmung“ für die Pflegearbeit zwar ein genereller *Wert* ist, den Krankenpflege und Langzeitpflege gleichermaßen zu beachten haben.<sup>57</sup>

Was für die Behandlung einer Krankheit im klinischen Rahmen jedoch kaum förderlich wäre und dort gewiss abgelehnt würde – eine weitgehende Selbstbestimmung des Patienten hinsichtlich der Inhalte und

---

<sup>56</sup> Das ist für das Folgende eine theoretische Vorentscheidung, die grundsätzlich auch anders hätte getroffen werden können. So könnte die Pflege beispielsweise unter dem Gesichtspunkt ihrer Organisationen beschrieben und gezeigt werden, dass speziell die Langzeitpflege als ein differenziertes, und zwar „versäultes“ und wenig „verzahntes“ System von Organisationen und Angeboten verstanden werden kann, zwischen denen nur wenig Austauschbeziehungen stattfinden – dies abgesehen von erforderlichen Quersubventionen, durch die dieses System in Teilbereichen überhaupt noch überlebensfähig ist.

<sup>57</sup> Vgl. hierzu die Bestimmungen in § 630d BGB zum Erfordernis der Einwilligung eines Patienten in eine Behandlung sowie die Leitlinie zur Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit eines Patienten, falls hieran Zweifel bestehen, z.B. bei einer diagnostizierten oder vermuteten dementiellen Erkrankung des Patienten (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie et al., 2020).

Verfahren einer Behandlung, in die er (zwar jederzeit widerrufbar!) eingewilligt hat –, ist für eine gestaltende Pflege Prinzip ihres Tuns: die Anerkennung der *operativen*, d.h. handlungsleitenden, handlungsorientierenden Bedeutsamkeit von Selbstbestimmung sowohl für das Was als auch für das Wie der Pflegearbeit - wie eingeschränkt auch immer dem Pflegebedürftigen die Fähigkeit zum Mitentscheiden noch erhalten geblieben ist.

Das bedeutet: Langzeitpflege hat „Selbstbestimmung“ ihrer Klienten so weit wie möglich im Hier und Jetzt der Pflegearbeit zu verwirklichen.

Ihre Klienten werden bei ihren Entscheidungen berücksichtigen wollen, dass Langzeitpflege ihnen die Wiederherstellung oder die Erlösung von ihren Gebrechen nicht als ein später eintretendes *Ergebnis* der Pflegetätigkeit, gleichsam als Ziel, in Aussicht stellen und versprechen kann.<sup>58</sup>

Eben deshalb werden für den Erfolg einer Krankenbehandlung, z.B. die vollständige Heilung, Einschränkungen der Selbstbestimmung und der Lebensqualität vonseiten des Kranken für eine zumeist kurze Behandlungsdauer mehr oder weniger toleriert und - freiwillig in Kauf genommen.

Anders als für die Langzeitpflege markiert die „Selbstbestimmung“ der Klienten für die klinische Pflege oder für in der Häuslichkeit erbrachte Krankenpflegen (Behandlungspflegen) einen Wert, der im Pflegeablauf einer Behandlung zwar mitzuführen ist, die Pflegearbeit nach der Einwilligung des Patienten operativ (abgesehen von

---

<sup>58</sup> Bedingt ist dies nicht zuletzt durch die relativ kurze Verweildauer von Pflegebedürftigen zumindest in den Pflegeheimen, in denen ein Großteil der Bewohner bereits im ersten Jahr verstirbt. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen liegt bei 2,5 Jahren (vgl. Pflegeethik Initiative Deutschland e.V., 2020).

Krankheiten im Endstadium) jedoch nur wenig zu strukturieren, um ihr Handlungssicherheit zu geben, vermag.

Diese Handlungssicherheit zu liefern bleibt weitgehend den aus einer durchgeführten Diagnostik abgeleiteten Zielen und Maßnahmen vorbehalten, über die – je nach Entscheidungsspielraum - dann sicherlich eine Verständigung zwischen Arzt, Pflege und Patient herbeizuführen ist.

Gewiss, auch Langzeitpflegen stehen vor der Aufgabe, akut- bzw. behandlungspflegerische Leistungen, also Krankenpflege, und zwar in einem wachsenden Umfang zu erbringen, sodass es im Tagesgeschäft zu Überschneidungen und u.U. zu Zielkonflikten kommen kann.

Konflikte werden immer dann auftreten, wenn medizinisch-pflegerische Referenzen („Behandlungspflege“) und langzeitpflegetypische Grundsätze (operative Orientierungen an Wünschen und Erwartungen der Klienten) in *einem* Interaktionssystem zusammentreffen.

Das wiederum kann zu noch wenig erforschten Synkretismen und Eklektizismen in der Langzeitpflege führen, denen Pflegekräfte und pflegende Angehörige nicht immer ausweichen können.

Eklektizismus liegt beispielsweise vor, wenn medizinisch-pflegerische Verordnungen unter Rücksichtnahme auf den Pflegebedürftigen, seinen momentanen Zustand, die tagesaktuelle Verfassung etc. vom Pflegebedürftigen (oder dessen Angehörigen) nach eigenem Ermessen („Gutdünken“) ausgelegt werden. Auch der „Klassiker“ des Zusammentreffens von behandlungspflegerischen Anforderungen und klientenorientierten Wünschen, die Frage nämlich, ob man einem Pflegebedürftigen durch (behandlungs-) pflegerisch indizierte Umlagerungen die Nachtruhe rauben soll, ist hier zu nennen.

Als ‚synkretistisch‘ wiederum kann eine Pflegehandlung bezeichnet werden, die unterschiedlichen Vorgaben bzw. Erwartungen gleichermaßen zu entsprechen versucht (z.B. die Medikamentengabe nach

ärztlicher Anordnung und eine - begleitende - homöopathische Behandlung, die den Wünschen des Pflegebedürftigen entspricht).

Außer in den häuslichen, i.d.R. von Laien erbrachten Pflegen, sind systemische Überschneidungen in den Einrichtungen der Langzeitpflege die Regel und werden in Kliniken bei einem steigenden Anteil älterer und hochaltriger Patienten zunehmend zum Problem, weil diese (anders als jene) sich kaum Mehrfachreferenzen leisten können (Orientierungen an Leitlinien und behandlungspflegerischen Standards und an darüber hinausgehenden Wünschen ihrer Patienten).

Zu welchen (auch organisatorischen) „Lösungen“ ein Pflegeinteraktionssystem dann kommt, ist eine andere Frage: ob das strenge, durch ärztliche Anordnungen bestimmte medizinische Pflegeregime etwa durch Teilsystembildung, also Ausgliederung (die Wunde wird im Rahmen eines eigenen häuslichen Einsatzes versorgt; der Pflegebedürftige wird vom Pflegedienst angeleitet, die Medikamente dauerhaft selbstständig einzunehmen) aufrechterhalten werden kann, lässt sich nur im Einzelfall entscheiden. Desgleichen die Frage, ob die Pflegenden während ihres Einsatzes entsprechend trennen müssen oder ob es zu Verschmelzungen („Synkretismen“) im oben genannten Sinne kommt. Dies alles hängt vom organisatorischen Kontext ab (wobei Kliniken von Pflegeheimen, diese wiederum von in der Häuslichkeit arbeitenden Pflegediensten und diese von pflegenden Angehörigen zu unterscheiden sind).

In ausschließlich der Behandlung von Krankheiten gewidmeten Einrichtungen (Kliniken) ist ein strenges ausschließlich an fachlichen Qualitätsstandards orientiertes Behandlungs- und Pflegeregime naturgemäß leichter zu realisieren und aufrechtzuhalten als in der häuslichen Pflege oder in Langzeitpflegeeinrichtungen, die heterogenen Qualitätserwartungen (s.o.) ausgesetzt sind (zumal fachliche Standards, z.B. der Hygiene, in der Häuslichkeit eo ipso oft schwer einzuhalten sind).

Nicht unwesentlich für die praktische Ausgestaltung sind indessen auch die situativen Rahmenbedingungen des Interaktionssystems und schließlich die persönlichen Befähigungen sowie die momentane persönliche Verfassung aller Beteiligten.

Die Annahme ist daher naheliegend, dass die Praxis der Krankenpflege in den Einrichtungen der Langzeitpflege und der häuslich tätigen Pflegedienste (von pflegenden Angehörigen einmal zu schweigen) das strenge Behandlungsregime von Ärzten und Pflegenden in den Kliniken schwerlich maßstabsgetreu nachbilden kann

Generell wird daher aufseiten der Pflegekräfte in der Langzeitpflege eine höhere Elastizität des Verhaltens und eine hohe Kommunikationsbereitschaft gegenüber den Pflegebedürftigen erforderlich sein, um angesichts etwaiger Inkonsistenzen angemessen reagieren und mögliche Differenzen „aushandeln“ (s.o.) zu können.

Grundsätzlich wird man daher sagen können: Eine wissenschaftsbasierte pflegerische Leistungserbringung steht unter Anpassungsdruck, sobald sie in Einrichtungen stattfindet, die noch durch *andere* Orientierungen und Gesichtspunkte von Qualität mitregiert werden, beispielsweise die Berücksichtigung individueller Vorlieben und Gewohnheiten der Klienten – ein Anpassungsdruck, der Pflegenden oft eine Gradwanderung zwischen „fachlich korrekt“ und „nicht mehr korrekt“ abverlangt.

Im Falle von „nicht korrekt“ – häufig bei bereits längerer Zeit in der Praxis tätigen Pflegekräften fälschlich zuweilen auf Lernunwilligkeit, Bequemlichkeit und Ignoranz gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen zurückgeführt – kann diese Situation nicht zuletzt bei Auszubildenden zu Desorientierung, ja zu Demotivierung, führen, wenn sie schulseitig nicht hinreichend über den Auftrag der Langzeitpflege aufgeklärt worden sind.

## 2.2 Langzeitpflegen als „offene“ Sozialsysteme

Um Langzeitpflegesysteme als einfache soziale Systeme zu beschreiben, genügt es selbstredend nicht, nur die Binneninteraktionen und -kommunikationen zwischen Pflegenden und zu Pflegenden zu betrachten, vielmehr sind auch die einschlägigen Außenbeziehungen, ihre „Vernetzungen“, zu berücksichtigen, die Einfluss auf die Pflegearbeit nehmen können und von ihr zu beachten sind.

Erst das ermöglicht es der Langzeitpflege, sich an den Grundsätzen der Selbstbestimmung und Lebensqualität ihrer Klienten zu orientieren, den sich daraus ergebenden hohen Kommunikationsbedarf und die hohen Kommunikationsbedürfnisse zu erfüllen und ihre Gestaltungsaufgabe wahrzunehmen.

Die Außenbeziehungen realisieren sich u.a. in den jeweiligen Kommunikationsnetzwerken von Pflegenden und zu Pflegenden ggf. mit Angehörigen, sonstigen Nahestehenden oder rechtlichen Betreuern. In Organisationen (u.a. Kliniken, Pflegeheimen, ambulanten Diensten) kommen hinzu die organisatorischen Beziehungen (u.a. zu den Instanzen, zu Kollegen) sowie die Transfers, z.B. von in Fort- und Weiterbildungen oder durch Lektüre erworbenem Wissen.

Ein *weiterer* Unterschied von Langzeitpflegen zu (klinischen, häuslichen) Krankenpflegen ergibt sich aus dem Umstand, dass diese *operativ* (die eigentliche Pflegearbeit beim Patienten betreffend) unter Bedingungen einer weitaus höheren „Selektivität“ der Kommunikation als jene tätig sein können (was die Personen in ihrer Umwelt und ihre Themen betrifft). Langzeitpflegende stehen demgegenüber in direkten Kommunikations- bzw. Austauschbeziehungen sowohl mit ihren Klienten (in der Pflege, in der sozialen Betreuung) wie auch mit ihrer Umwelt und müssen im Pflegeprozess auf Erwartungen (z.B. Einre-

den, Verbesserungsvorschläge) Dritter (z.B. Angehöriger) in höherem Maße Rücksicht nehmen.<sup>59</sup>

Für (einfache) Langzeitpflegesysteme wird aus diesem Grund ihre relative Offenheit hervorgehoben; sie selber werden im Folgenden als soziale Systeme bezeichnet, die relativ offen für solche Austauschbeziehungen sind.

Demgegenüber können Krankenpflegesysteme als „Expertensysteme“<sup>60</sup>, d.h. als relativ geschlossene Systeme mit entsprechend höherer Selektivität, verstanden werden, eben weil in ihnen Geschlossenheit dominiert.<sup>61</sup>

Nachfolgend soll diese Besonderheit einer weitaus umfänglicheren Offenheit in drei Hinsichten, sachlich, sozial und zeitlich, unter-

---

<sup>59</sup> Der Ausdruck 'Selektivität' wird hier und im Folgenden in Anlehnung an seinen Gebrauch in der analytische Methodvalidierung (wo der Begriff insbesondere im Zusammenhang mit der Verifizierung von Arzneimitteln bzw. der Identifikation eines Wirkstoffes verwendet wird) benutzt. Er bedeutet hier wie auch dort sw. „Trennschärfe“ und „Treffgenauigkeit“ einer Auswahl. In dieser Bedeutung umfasst er den Begriff der „Spezifizität“.

<sup>60</sup> Der Begriff „Expertensystem“ steht hier und im Folgenden für ein (berufliches) soziales System und verfügt über die im Text genannten Eigenschaften. Er bezeichnet daher entgegen seiner heute gebräuchlichen Verwendung kein Programm (Computerprogramm), keine datenbankbasierte Software, also keinen Teilbereich von KI (künstlicher Intelligenz).

<sup>61</sup> Die hier verwendete Unterscheidung von Offenheit und Geschlossenheit steht gewissermaßen quer zum Konzept der „autopoietischen Geschlossenheit“ sozialer Systeme, wie sie die Theorie sozialer Systeme N. Luhmanns bestimmt und ist mit ihm nicht zu verwechseln, steht aber mit ihm durchaus in Einklang (vgl. Luhmann, 1988). Offene Systeme reagieren auf umweltliche Änderungen (ggf. durch Grenzverschiebungen) mit höherer Sensitivität als geschlossene Systeme, behalten ihren „Eigensinn“ aber natürlich bei.

schieden und erläutert werden. „Offenheit“ ergibt sich dabei aus dem hohen Kommunikationsbedarf und den hohen Kommunikationsbedürfnissen in der Langzeitpflege, was wiederum geringe Selektivität der Kommunikation (z.B. der Themen, über die gesprochen wird) erforderlich macht, um beides erfüllen zu können.

### *Sachlich*

Offenheit von Langzeitpflegesystemen, und zwar gleichermaßen in zugelassenen Einrichtungen („professionell“) wie im Kontext einer von Laien (z.B. pflegenden Angehörigen) erbrachten Pflege, bedeutet in sachlicher Hinsicht, dass Pflegenden in der Praxis auch ein wissenschaftlich *nicht* anerkanntes Handlungs- und Verrichtungswissen oder pflegefachlich *nicht* konsentiertere Erwartungen und Wünsche ihrer Klienten bei der Ausübung ihrer Tätigkeit soweit wie möglich beachten sollten und in diesem Sinne „offen“ dafür sein müssen (was natürlich nicht heißt, dass sie sich in jedem Fall danach richten müssten).

Pflegebedürftige oder externe Dritte (z.B. Angehörige) können an die Mitarbeiter, z.B. eines Pflegedienstes, Wünsche über das Ob und ggf. die Art und Weise der Leistungserbringung herantragen, so dass diese abwägen müssen, ob sie sich darauf einlassen, ob Kompromisse möglich sind oder ob sie die Ausführung ggf. ablehnen müssen.

Wenn der Kunde eines Pflegedienstes nicht oder anders als fachlich empfohlen mobilisiert oder gelagert werden möchte oder ein Pflegeheimbewohner seine Mahlzeit nicht im Gemeinschaftsraum einnehmen möchte, dann werden Pflegekräfte solche Wünsche respektieren bzw. zunächst einmal versuchen müssen, einen Ausweg aus dem Konflikt zu finden.

Dies im Unterschied insbesondere zur (Akut-)Pflege in den stationären Einrichtungen, also z.B. Kliniken, in denen die Art der Anwendung des medizinisch-pflegerischen Fachwissens (über das Patienten i.d.R. gar nicht verfügen) normalerweise kein „Verhandlungsgegenstand“ ist, sodass Selbstbestimmung sich hier darauf beschränken

muss, *ob* eine ärztlich empfohlene Behandlung (z.B. eine Operation) durchgeführt wird und u.U. auch noch welche, dann aber nicht „auszuhandeln“ (s.o.) ist, ob und wie anders als fachlich korrekt die prä- und post-operativen Pflegemaßnahmen zu erbringen sind.<sup>62</sup>

Wird hier die Kommunikation mit dem Patienten i.d.R. aufgrund der Wissensdifferenz in einem vertikal (hierarchisch)-monologisch strukturierten Arbeitssetting stattfinden<sup>63</sup>, so ist im Unterschied dazu aus den bereits genannten Gründen eigener „Expertenschaft“ der Klienten in der Langzeitpflege ein (kommunikationsintensives und -extensives) horizontal-dialogisches Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten.

---

<sup>62</sup> Daran ändert prinzipiell auch nichts die Verschiebung innerhalb des medizinischen Diskurses zum Arzt-Patientenverhältnis von „Compliance“ zu „Adherence“, d.h. von einem „paternalistischen“, anweisungs- bzw. anordnungsbezogenen Rollenverständnis des Arztes zu einer auf Kooperation mit dem Patienten und dessen aktiver Mitarbeit beruhenden Auffassung mit dem Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und Therapiezielvereinbarung. Denn auch Adherence, die aktive Beteiligung des Patienten an der Therapieplanung, lässt dem Patienten nur einen geringen Spielraum, über die fachlich für erforderlich erachtete Therapie mitzuentcheiden. Vielmehr handelt es sich in erster Linie um eine angepasste ärztliche Haltung und eine daraus resultierende andere Art von Überzeugungsarbeit im Sinne seiner Beurteilung des fachlich jeweils für erforderlich Erachteten und so und nicht anders Umzusetzenden.

<sup>63</sup> Das zeigt sich nicht zuletzt mit Blick auf die ärztlichen Informationspflichten und das Einholen der Einwilligung des Patienten, insbesondere vor einem Eingriff (vgl. §§ 630c, 630d, 630e BGB). Zwar heißt es in § 630a Abs.1 BGB: „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken“. Doch wird ein solches „Zusammenwirken“ durch Pflichten des Behandelnden begründet: Dieser übernimmt aufgrund der Wissensdifferenz gegenüber seinen Patienten Informations- (630c) und Aufklärungspflichten (§ 630 e), so dass es sich wesentlich um ein hierarchisches, vom Behandelnden geführtes (gesteuertes) „Wirken“ handelt, an dessen Endpunkt der Patient seine Einwilligung in die Behandlung geben (woraus der behandelnde sehr wahrscheinlich hinwirken wird) oder sie verweigern kann.

Denn nur so gelingt es, Anschluss an die Lebenspraxis der Pflegebedürftigen zu gewinnen und elastisch auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

Denn ein Großteil (nicht alle!) der von Dritten erbrachten Verrichtungen und Leistungen, seien es solche der Hauswirtschaft, der Ernährung, der sog. Grundpflege und auch diejenigen medizinischen Aufgaben, die kein Spezialwissen voraussetzen und nicht der Fachpflege vorbehalten sind, knüpfen an eine vormals vom Pflegebedürftigen selber geübte Praxis an, die dieser aus Gründen z.B. von Gebrechlichkeit nicht selber mehr ausführen kann. (Was im Übrigen zu der von den Pflegeexperten heftig bekriegten Auffassung führen kann, dass Pflegen eigentlich jeder könne!)

Pflegebedürftige haben daher zumeist sehr genaue Vorstellungen darüber, nicht nur was, sondern auch *wie* etwas zu verrichten ist, auch wenn dies fachlichen Vorgaben und Standards nicht in jedem Fall entspricht und die Durchführung in für sie gewohnter Weise gar nicht mehr möglich ist.

Wenn dies der Fall ist, dann steht nicht zuletzt eine von zugelassenen Diensten und Einrichtungen erbrachte („professionelle“) Pflege und Versorgung zwar vor der Aufgabe gegenzusteuern, wenn das Gewünschte fachlich nicht vertretbar ist, ohne jedoch das horizontal-dialogische Arbeitsbündnis dazu verlassen zu können. Im Gegenteil: Im Falle eines Konfliktes kann dieses auf dem Weg der Lösungsfindung (etwa durch „Aushandeln“) einmal mehr gefestigt werden.

### *Sozial*

Insbesondere entfällt für die Langzeitpflege, gleich, ob diese von Laien (z.B. Angehörigen) in der Häuslichkeit oder in einem professionellen ambulanten oder stationären Setting erbracht wird, auch eine Möglichkeit (die zu realisieren zumal in der Häuslichkeit von Pflegebedürftigen weder möglich noch überhaupt wünschenswert wäre), über die insbesondere Kliniken aber selbstverständlich verfügen: Die relative Isolation des Patienten aus seinen alltäglichen sozialen Bezügen.

Diese werden während eines Klinikaufenthalts durch ein medizinisch spezialisiertes soziales System (Ärzte, Pflege) ersetzt, um durch Fokussierung auf die Behandlung der körperlichen oder psychischen Symptome des Patienten – dessen Einwilligung vorausgesetzt - die für erforderlich erachteten Therapiemaßnahmen möglichst störungsfrei, d.h. ohne Interventionen von außen (Dritten) vornehmen zu können.

Weil für die Langzeitpflege ein solcher Weg weder erforderlich ist noch in Frage kommt, wird sie außer mit den Vorstellungen, Wünschen und Einreden des Pflegebedürftigen auch mit solchen aus dessen sozialer Umwelt rechnen und damit konstruktiv umgehen müssen.

Damit erweitert sich das Feld der Akteure, die ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Vorstellungen an eine Langzeitpflege herantragen oder in sie einbringen können, u.U. erheblich.

Offenheit von Langzeitpflegesystemen in sozialer Hinsicht bedeutet: Das System steht in einem sozialen Kräfte- und Spannungsfeld von pflegebezogenen Erwartungen, Vorstellungen und Wünschen, die von jenseits der Grenzen des (einfachen) Interaktionssystems aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen an es adressiert werden.

Für Pflegende ergäbe sich daraus umgekehrt die Möglichkeit und für eine *gestaltende Pflege* die Aufgabe, dieses Kräftefeld für den Pflegebedürftigen zu einem „Beziehungsnetzwerk“ zu verdichten, handele es sich bei den Beteiligten um nahe Angehörige, Freunde, Nachbarn, Bekannte oder selbstbeschaffte Hilfen, und diese in die Versorgung konstruktiv einzubinden. Allerdings ist für die Organisation und den Unterhalt solcher Kleinstnetzwerke im bestehenden System der Pflegeversicherung keine Finanzierung vorgesehen, sodass diese Option völlig aus dem Blick gefallen ist und auch in Diskussionen zur Reform der Pflegeversicherung keine Rolle spielt (vgl. dagegen das niederländische „Buurtzorg-Modell“).

### *Zeitlich*

Eine wesentliche, oft übersehene Aufgabe und Verantwortung der Langzeitpflege ergibt sich aus ihrer Offenheit in zeitlicher Hinsicht. Langzeitpflege kommt, anders als eine an Heilung orientierte klinische Pflege, an kein durch einen internen Zweck bzw. ein Ziel gesetztes Ende.

Die oft bis zum Lebensende währende Versorgungsdauer der Pflegebedürftigen stellt daher hohe Anforderungen an das soziale „Beziehungsmanagement“ und an die Pflegefachlichkeit im engeren Sinne und damit auch an die Kommunikationsbereitschaft aller Beteiligten.

Beispielsweise gehört die laufende Beobachtung von Veränderungen des Allgemein- und Gesundheitszustandes eines Pflegebedürftigen über dessen verbleibende Lebensspanne zu ihren unverzichtbaren Aufgaben, um im Fall von Verschlechterungen unverzüglich geeignete, auf die vorhandenen Einschränkungen und verbliebenen Möglichkeiten abgestimmte Maßnahmen ergreifen zu können. Dies ist ein wesentlicher Unterschied gegenüber der auf eine relativ kurze Aufenthalts- bzw. Behandlungsdauer angelegten klinischen Pflege.

Aufgrund der langen, oft sehr langen Dauer von Langzeitpflegen erfordert Offenheit in zeitlicher Hinsicht auch die Bereitschaft, zeitlich aufwändige Aufgaben, z.B. Spaziergänge, Begleitdienste und administrative Aufgaben, zu übernehmen.

Für Langzeitpflegen als relativ diffusen Erwartungen (z.B. „Lebensqualität“) ausgesetzte Interaktionssysteme müssen stationäre Einrichtungen daher Anforderungen auch an die Qualität der Ausstattung und die des Umfeldes, in dem sie erbracht wird, erfüllen.

Dies betrifft u.a. die sozial-räumliche kommunale Infrastruktur (u.a. Erreichbarkeit, Ermöglichung sozialer Kontakte, Mobilität, Verkehr); es betrifft ferner die Anforderungen u.a. an Komfort, an die räumliche Gestaltung, die kulinarische Versorgung sowie an die Unterhaltungs- und Betreuungsleistungen, die ein Pflegeheim heute bieten sollte - dies

alles Gesichtspunkte, die für Patienten in der klinischen Pflege, wenn überhaupt, i.d.R. nur eine nachgeordnete Rolle spielen dürfen.

Auch die Nutzung dieser Möglichkeiten bzw. Angebote durch ihre Klienten steigert den Gesprächs- und Abstimmungsbedarf, d.h. den Gestaltungsaufwand, in der Langzeitpflege erheblich.

### **2.3 Die Tendenz zur organisatorischen Schließung offener Pflegesysteme**

Aus den vorangehenden Unterscheidungen lässt sich eine Folgerung für die Befähigungen professioneller Pflegekräfte in der Langzeitpflege ziehen.

Denn die erforderliche Offenheit von Langzeitpflegesystemen generiert eine schwerpunktmäßig anders gelagerte und, verglichen mit der klinischen Pflege, erweiterte Komplexität, die sie verarbeiten müssen.

Das betrifft die Vielfalt der individuellen Gewohnheiten und der Auffassungen der Klienten darüber, wie ihre Pflege erbracht werden sollte, mit denen sich Pflegekräfte auseinandersetzen müssen; Erklärungen und Begründungen des eigenen fachlichen Tuns gegenüber Angehörigen, die andere, eigene Vorstellungen hegen, sind an der Tagesordnung und setzen Kompromissbereitschaft auch auf Kosten eigener Überzeugungen voraus; Anteilnahme, Empathie und damit Offenheit für die persönlichen, möglichst im Hier und Jetzt zu verwirklichenden Anliegen der Klienten wird von diesen erwartet, kostet jedoch Zeit, die unter „tayloristischen“ Arbeitsbedingungen in keiner Pflege- und Einsatzplanung vorgesehen ist, was wiederum erhebliche moralische Belastungen, moralischen Stress, der Pflegekräfte zur Folge haben kann.

Offene Pflegesysteme erfordern somit erhebliche finanzielle, zeitliche und seitens ihrer Mitarbeiter auch psychische Ressourcen, die unter den pflegeversicherungsrechtlich gesetzten Rahmenbedingungen der

Leistungserbringung nicht vorhanden sind bzw. nicht realisiert werden können.

Nur jedoch, wenn Langzeitpflegen in den genannten Hinsichten offengehalten werden und nicht einer Tendenz zur Schließung erliegen, was insbesondere (aber nicht nur) für wissenschaftsbasierte Systeme aufgrund von Spezialisierung und Wissensfortschritten unvermeidlich ist (s.u.), können sie die an sie gerichteten Qualitätserwartungen bestmöglich erfüllen und den Grundsätzen der Selbstbestimmung und Lebensqualität für ihre Klienten Geltung verschaffen. Ja, nur dann werden sie ihre Aufgaben überhaupt als eine Gestaltungsaufgabe wahrnehmen und verwirklichen können.<sup>64</sup>

Die Anforderung der Offenheit gerät jedoch leicht in Konflikt mit der Tendenz, Langzeitpflegen als „Expertensysteme“, als Systeme für Experten, und dadurch als geschlossene Systeme zu verstehen und sie entsprechend zu praktizieren. Dies mit der durch ihre Akademisierung noch beförderten Überzeugung, an diesem Kriterium die Professionalität der Pflege überhaupt festmachen zu müssen.

Konflikte werden sich dann ergeben, wenn „Expertise“ hierbei, dem medizinischen Vorbild folgend, ausgrenzend verstanden wird und

---

<sup>64</sup> Dass hinsichtlich der Beziehungsgestaltung der professionellen Pflege ein erheblicher Regelungsbedarf besteht, belegt die Vielzahl an Untersuchungen, Handlungsempfehlungen und Grundsätzen, die - wie ein jüngst veröffentlichter Expertenstandard - einer „Wende von der funktionellen Ausrichtung der Pflege hin zu einer lebensweltorientierten und personzentrierten Beziehungsgestaltung“ den Weg ebnen wollen (so der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück, Mai 2019, S. 30). Dieser Standard macht die Notwendigkeit einer Subjektorientierung der Pflegenden ausdrücklich zum Thema und möchte diese in diesem Sinne anleiten (vgl. Hinrichs, 2018).

nicht mehr mit dem Grundsatz der Offenheit von Langzeitpflegen in Einklang gebracht wird.<sup>65</sup>

Generell kann „Schließung“ als eine Art Steigerung der Selektivität in den drei vorstehend unterschiedenen Hinsichten verstanden werden, was mit einer Art „Verknappung“ (des zugelassenen als diskussionswürdig erachteten Wissens, der relevanten Personen, des verfügbaren Zeitbudgets) einhergehen kann.

In sachlicher Hinsicht kommt es bei einer Schließung zu höherer Selektivität durch Beschränkung auf ein jeweils wissenschaftlich konsentiertes Handlungswissen. Im konkreten Anwendungsfall abweichende Auffassungen sind natürlich möglich, müssen jedoch durch Verweis insbesondere auf die Forschung und eigene Erfahrungen begründet werden. Alltagsvorstellungen, ideologisch belastete Auffassungen etc. darüber, was eine gute Pflege sei, haben in Expertensystemen i.d.R. keinen Platz.

In sozialer Hinsicht führt Schließung zum Vorbehalt einer qualifizierenden Ausbildung als Voraussetzung der Mitgliedschaft im professionellen System, was gleichbedeutend mit dem Ausschluss von Laien ist. Gefestigt werden kann die Professionszugehörigkeit durch Gründung von Kammern („Pflegekammern“). Klientenbezogen findet höhere Selektivität der Aufmerksamkeit auf solche Erwartungen und Wünsche statt, die sich in die sachlich geforderten Abläufe und Ablaufroutinen fügen, diese zumindest nicht wesentlich stören und sich im Rahmen einer „mitweltlichen“ Beziehung erledigen lassen.

In zeitlicher Hinsicht schließlich findet eine Steigerung der Selektivität durch Beschränkung auf solche Aufgaben statt, die nach allgemeinem Konsens zum spezifizierten Kernbereich der Pflege gehören und

---

<sup>65</sup> Was den Einrichtungen eine Art Gradwanderung zwischen Offenheit und Geschlossenheit abverlangt, die durch Übernahme von Merkmalen (Strukturen, Prozessmustern) des medizinischen Behandlungsmodells noch anforderungsreicher wird (vgl. Fichtmüller/Walter, 2007).

mittels betrieblicher Routinen rasch erledigt werden können, sodass deren Übernahme erwartet werden kann. Diffuse Erwartungen („Sicherung der Lebensqualität“) gehören für Expertensysteme in der Regel nicht dazu.

Nun ist eine „Tendenz“ zur Schließung allerdings noch nicht die Schließung selber.

Professionelle Pflegen finden in der Bundesrepublik in der Regel in pflegeversicherungsrechtlich zugelassenen Organisationen („Einrichtungen“) statt. In Organisationen jedoch wird die Tendenz zur Schließung partiell verstärkt.

Dies mit den genannten Folgen u.a. höherer Selektivität und kommunikativer Abdichtung (kommunikativer Schließung) gegenüber Betriebs- und Professionsfremden in der Umwelt des Systems, Ausdünnung von Anschlussmöglichkeiten gegenüber Laienwissen, Hierarchisierung, Transformation von (umweltlichen) Sozialbeziehungen in (mitweltliche) Kundenbeziehungen, Vergegenständlichung und vor allem durch den Zwang, als wirtschaftende Einheiten die Rentabilität des Betriebs sicherzustellen.

Eng getaktete Dienst- und Einsatzplanungen, Arbeitsverdichtung, knappe Zeitbudgets für den einzelnen Pflegebedürftigen, Personalengpässe, Teamkonflikte, unvermeidbare administrative Aufgaben, die sich in den Pflegeeinrichtungen durch gesetzliche Bestimmungen zur „Bürokratie“ gesteigert haben, können Ausfluss eines solchen Zwangs sein und sind einige der wohl bekannten Ursachen dafür, dass Pflegekräfte über „schlechte“ Arbeitsbedingungen klagen.

Wer unter solchen Bedingungen nicht arbeiten möchte, hat in der Bunderepublik nur geringe Möglichkeiten, den Pflegeberuf überhaupt noch auszuüben.

Wird die Tendenz zur Schließung wissenschaftsbasierter Pflegesysteme derart durch belastende Arbeitsbedingungen in den Pflegeein-

richtungen noch verstärkt, so wird dies i.d.R. unmittelbar negative Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit haben.

Schon die individuelle „Aufmerksamkeitsökonomie“ reagiert bei hohen Anforderungen und Überforderungen mit (wie bereits erläutert) „Vergegenständlichung“, d.h. mit kommunikativen Ausgrenzungen, mit Abnahme der Kommunikationsbereitschaft gegenüber „Laien“ und einer Beschränkung auf „wesentliche“ bzw. „wichtige“ Themen. Ihre Klienten reduziert die Pflege dadurch leicht auf den Status von „Kunden“.

Kaum vermeidbar verliert die Pflege dadurch ihr Gegenüber als Person bzw. Subjekt aus dem Blick, sieht in ihm vergegenständlichend leicht eine Störungsquelle, die erforderliche Ablaufroutine unterbricht, selbst (und gerade) wenn ihr Adressat der Betreffenden selber ist.

Und dies umso mehr, je mehr ein anderer (z.B. Angehöriger) mit eigenen Vorstellungen und Interventionen eingreifen und das fachlich als „richtig“ und erforderlich Erachtete kommentieren, kritisieren oder beeinflussen möchte.<sup>66</sup>

Generell ist festzustellen: Was ein Pflegebetrieb heute von seinem Personal, nicht zuletzt von seinen Leitungs- und Pflegekräften, im Tagesgeschäft mit seinen Überraschungen erwarten muss und verlangt, ist nicht geeignet, den Pflegeberuf zu einem attraktiven Beruf zu machen.

Denn die gestiegenen und laufend weiter steigenden Anforderungen, unter denen die von außen auferlegten – aus Sicht der Pflegenden

---

<sup>66</sup> Das Erfordernis der Offenheit stellt insbesondere für Pflegeheime eine Herausforderung dar. Die Tendenz zur Schließung zeigt sich hier speziell gegenüber den Angehörigen, deren Interventionen leicht zu Friktionen, dem berühmten „Sand im Getriebe“, führen können und von vielen Pflegenden nur insoweit gern gesehen werden, als sie ihnen Arbeit abnehmen. Dementsprechend müssen sie den Spagat bewältigen, die erforderliche Offenheit soweit wie möglich sicherstellen, ohne ihre professionellen Standards und Überzeugungen preiszugeben (und ihre Routinen in Frage zu stellen).

häufig zudem nicht sachgerechten – administrativen Aufgaben nicht die geringsten sind, können Pflegekräfte immer weniger verantwortungsgerecht erfüllen.

Das betrifft beispielsweise das Bestehen, um nicht zu sagen: *Überstehen* kurzfristig angesetzter Prüfsituationen (Heimaufsichten, Medizinische Dienste); die Berücksichtigung von Erwartungen der Vorgesetzten (zumal bei häufigem Führungswechsel); Erwartungen des Teams, der vorhergehenden und nachfolgenden Schicht; die erforderliche Anpassung an eine bereits festgelegte und, z.B. bei Erkrankung von Kollegen, kurzfristig (wieder einmal) geänderte Dienst- und Einsatzplanung (mit Folgen für die eigene private Tagesnutzung); die Übernahme vermehrter und ständig aktualisierter administrativer Arbeitspflichten (z.B. Dokumentationen, Teilnahme an „Projekten“), und es betrifft vielerlei in der Hektik des Tagesgeschäfts leicht übersehbare sonstige Vorschriften (u.a. zur Hygiene), die sich ebenfalls in rascher Folge ändern; nicht zu vergessen die Anforderungen und Ansprüche an die Fachlichkeit mit ihren Leitlinien und Standards, die zu beachten und umzusetzen sind. Gehört finden müssen auch die Erwartungen und Wünsche von Angehörigen, und – last not least – sind mit aller Aufmerksamkeit, Empathie und Anteilnahme die Pflegebedürftigen zu versorgen.

Sie sind oft das schwächste Glied in der Aufgabenkette, sodass sich die Schließung an ihnen – für die Pflege partiell entlastend – noch am leichtesten vollziehen lässt.

Nicht zuletzt wohl deshalb sind Beziehungsfähigkeit, Empathie und persönliche Zuwendung in der Langzeitpflege zu hochbesetzten Dauerthemen geworden. Nur wenn sie vorhanden sind, kann eine beidseitige Kooperation in der Pflegesituation bestehende Stimmungen, Ängste, Zweifel, Verunsicherungen sowie vielleicht enttäuschte Wünsche und Erwartungen konstruktiv klären, und eine Art „Arbeitsbündnis“ zwischen den Beteiligten entstehen.

Zwar lassen sich auch hierfür und für den Umgang beispielsweise mit Konflikten allgemeine Leitlinien und Verhaltensgrundsätze formulieren, jedoch stößt deren Einhaltung unter den bestehenden Arbeitsbedingungen schnell an Grenzen.<sup>67</sup>

So etwa fordert das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege in seinem bereits zitierten Expertenstandard (DNQP) „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ von Pflegekräften „eine personenzentrierte“ Pflege. Diese sei „mit einer Haltung verbunden, die die Person in den Mittelpunkt stellt und dabei die Demenz nicht als medizinisches Problem wahrnimmt, sondern den Menschen mit Demenz als einzigartiges Subjekt mit individuellen Unterstützungs- und Beziehungsbedarfen sieht (...). Personsein beschreibt Interaktion und Kommunikation, also ein Beziehungsgeschehen, in dem bestehende Unterschiede zwischen Menschen als irrelevant zu betrachten sind (...).“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP, Hrsg., 2019, S. 29).

Indessen räumt auch das DNQP leicht verklausulierend ein, dass „diesem Anspruch häufig die Funktionalität von Gemeinschaften und Organisationen entgegen[steht], die nur begrenzt mit Irritationen durch die Auswirkungen von Demenz leben können und oft mit Exklusion aus sozialen Zusammenhängen oder der Negierung sinnhaften Handelns dieser Personengruppe reagieren“ (aaO., Seite 29).

Zwar könnte man meinen, solcherart menschlich verständliche subjektive Strebungen in die fachliche Tätigkeit zu integrieren und dort

---

<sup>67</sup> Zwar ist es möglich, Pflegesituationen unter Gesichtspunkten der gesundheitlichen Verfassung der Akteure zu „typisieren“ und, bezogen auf typische Situationen, hierfür (z.B. für den Umgang mit Aggressionen) allgemeine Verhaltensregeln aufzustellen (vgl. Schütz, 1974). Aber ein solcher „Standard“ wäre weit entfernt davon, die konkrete Situation abbilden zu können und eine eindeutige Verhaltens- bzw. Handlungsorientierung zu geben. Ein Standard, der dies versuchte, würde viel zu komplex, als dass er noch einen Wert für die Praxis hätte.

aufzuheben, gehöre zur „Professionalität“ einer (ausgebildeten) Pflegekraft, was zweifellos richtig ist, aber das Argument verfehlt.

Denn eine sich vornehmlich sachlich korrekt und auf dem richtigen Weg wählende Pflege läuft – durch Zeit- und Arbeitsdruck in organisatorischen Zusammenhängen befördert – stets Gefahr, bei einer Vielzahl zu versorgender Personen schon aus Gründen des Selbstschutzes auf den Einzelnen sich nicht zu sehr einzulassen und ihm gegenüber eine gewisse Indifferenz an den Tag zu legen, was nachführend dann, so in der Medizin, durch Berücksichtigung von Forderungen nach einer stärkeren „Patientenorientierung“ wieder kompensiert werden soll.

Die Erfüllung des pflegerischen Gestaltungsauftrags bleibt unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen ausschließlich eine Sache des Engagements des Personals in den Pflegeeinrichtungen. Die betrieblichen Rahmenbedingungen befördern es nicht nur nicht, sie belasten es eher, als dass es durch sie eine Stärkung erfahren würde.

Fasst man zusammen, so lässt sich das Gesagte leicht als Schlussfolgerung aus dem systemischen Verständnis der Pflege gewinnen: Langzeitpflegen werden, wie jede Pflege, also auch klinische Pflegen, in jeweils einfachen Interaktionssystemen erbracht, allerdings unterscheiden sich beide Systemtypen voneinander.

Haben wir auf der einen Seite ein aus den Alltagsbezügen aller Beteiligten, u.a. der Patienten, Pflegekräfte und Ärzte, weitgehend ausgegrenztes geschlossenes, beruflich spezialisiertes pflegerisch-medizinisches System, zu dem beispielsweise den Angehörigen lediglich zu den „Besuchszeiten“, je nach Indikation u.U. sogar nur in Ausnahmefällen, der Zutritt gestattet wird, so erweist sich die Langzeitpflege faktisch - und auch normativ betrachtet - als ein offenes System, dem allerdings eine Tendenz zur Schließung innewohnt.

Dies mit den bekannten Folgen, über die heute zu Recht Klage geführt wird, wenngleich die Ursachen und Gründe hierfür nicht hinreichend tiefenscharf erfasst und benannt werden.

Denn mit der nicht zuletzt durch die Pflegeversicherung beförderten Verwissenschaftlichung und Vermaßnahme der Pflege und ihre Aufteilung in kleinste Verrichtungseinheiten hat in den Einrichtungen eine Art „Taylorisierung“ (s.o.) der Pflegearbeit mit ungeahnter Steigerung ihrer Produktivität stattgefunden, allerdings bei gleichzeitig steigendem Verdruss der Beschäftigten über ihre Arbeitsbedingungen.

Zugleich damit hat eine Art organisatorischer „Eskapismus“, eine Realitätsflucht vor dem tatsächlichen Bedarf, in der Pflege Einzug gehalten, was nicht zuletzt an den gleichermaßen überbordenden wie unsinnigen, zeitverschlingenden administrativen Pflichten sichtbar wird - ein Bürokratismus, der dem Taylorismus von Anfang an zu eigen war.<sup>68</sup>

### **3. LANGZEITPFLEGE IST EINE GESTALTENDE TÄTIGKEIT**

#### **3.1 Selbstbestimmung und Lebensqualität – Was eine Pflegekraft hierüber wissen sollte!**

Erst im Horizont einer Bestimmung der Langzeitpflege als eines offenen Systems erschließen sich deren Aufgaben als die einer gestaltenden Tätigkeit in voller Umfänglichkeit.

---

<sup>68</sup> Dies wohl ebenso wie die Herabsetzung des betrieblichen Verantwortungsbewusstseins der Beschäftigten. So jedenfalls Lempert, der die These vertritt, „daß die Taylorisierung betrieblicher Arbeit und die gesellschaftliche Spezialisierung (...) und die damit einhergehende Personalpolitik das soziale Verantwortungsbewußtsein aller Beteiligten, auch der Inhaber von Führungspositionen, eher beschränken als verstärken“, und der darüber hinaus sogar von der Herausbildung eines „destruktiven Potentials“ bei den Beschäftigten spricht (vgl. Lempert, 1983, S. 2).

Denn mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit ändern sich die Lebensumstände, ändert sich die Lebenssituation des Pflegebedürftigen, können langjährig praktizierte Lebensgewohnheiten und der bisherige Lebensstil oft nicht mehr oder nur noch teilweise aufrechterhalten werden.

Dies sind Einschränkungen, die für den Betreffenden i.d.R. bis zum Lebensende unumkehrbar sind. Eben deshalb haben Selbstbestimmung und Lebensqualität ihrer Klienten für die Langzeitpflege die herausragende Bedeutung von Werten bzw. Grundsätzen, deren Verwirklichung nicht in eine nähere oder fernere Zukunft verschoben werden kann.

Eine Pflege, die sich dies zu eigen macht, ist nur möglich in offenen Pflegesystemen:

- Sie sollte offen für unterschiedliche Wissensbestände, Erfahrungen sowie für Wünsche und Erwartungen der Klienten sein und sich mit den daraus hervorgehenden Fragen auseinandersetzen, um z.B. in Konfliktfällen gemeinsam mit den Pflegebedürftigen „auszuhandeln“, ob und wie sich diese Wünsche erfüllen lassen, was ein hohes Maß an Kommunikationsbereitschaft erfordert.
- Ihrem Selbstverständnis nach hat sie offen dafür zu sein, wer die Pflege erbringt. Bieten sich freiberuflich tätige Kräfte an und sind diese klientenseitig erwünscht, sollte deren Beschäftigung bzw. Finanzierung, abhängig von der Qualifikation, nicht von vornherein an pflegeversicherungsrechtlichen Bestimmungen bzw. deren Auslegung scheitern (vgl. hierzu die Praxis der Pflegekassen btr. § 77 SGB 11). Was in Corona bewegten Zeit möglich gewesen ist (vgl. § 150 SGB 11), könnte, entsprechend ausgestaltet, auf Dauer gestellt werden. In jedem Fall sind konstruktive Lösungen zur Realisierung des vorhandenen und größer werdenden Potentials an Pflegekräften anzustreben, die für eine Beschäftigung in den derzeit zugelassenen Einrichtungen und Diensten unter denen dort

bestehenden Arbeitsbedingungen nicht mehr zur Verfügung stehen.

- Insbesondere und mit dem Vorigen zusammenhängend, sollte Langzeitpflege offen für unterschiedliche Beziehungstypen und -angebote sein (die weiter oben als „um-“ bzw. „mitweltliche“ Beziehungen unterschieden wurden). Hierfür sind selbstbeschaffte Hilfen in vielen Fällen geeigneter als professionelle Hilfen, eben weil sie „selbstbeschafft“, von den Klienten also selbst ausgewählte sind. Erst dadurch könnte Langzeitpflege dem Umstand, eine Pflege mit einer langen, oft sehr langen Dauer zu sein, deutlicher Rechnung tragen, indem sie sich die Zeit, die sie ihren Klienten jeweils widmet, nicht von der fremdkalkulierten Dauer erforderlicher Verrichtungen vorgeben lässt, sondern sich an dem tatsächlichen, situativen Bedarf und den damit zusammenhängenden Bedürfnissen richtet, die unplanbar sein und stets überraschend sein können (was ein Pflegedienst schwerlich in seiner Planung unterbringen kann).

Für eine als Hilfe verstandene Pflege bedeutet Gestaltung: gemeinsam mit dem Klienten Lösungen zu finden, die es diesem gestatten, das Gewohnte – so gut es eben geht – fortzusetzen. Sie muss aber auch bereit sein, dem zu Pflegenden dabei zu helfen, alte Gewohnheiten ggf. durch etwas Neues zu ersetzen oder ihm, wenn dies nicht mehr möglich ist, über den Verlust hinwegzuhelfen.

Langzeitpflege greift u.U. tief und i.d.R. langfristig in die „Lebensform“ ihrer Klienten ein.

Um Eingriffe handelt es sich schon deshalb, weil nun andere, oft Fremde, im gewohnten Umfeld temporär gegenwärtig sind, dann aber auch, weil sie Handlungen übernehmen, die zuvor selbstständig ausgeführt werden konnten. Hinzu kommt, dass diese anderen, schon weil sie Andere sind, vieles anders und manches auch ganz anders machen, als es gewohnt gewesen ist, was wiederum – wenn die Beteiligten

sich der Situation stellen - Diskussionen, Abstimmungen, Überzeugungsarbeit etc. erforderlich machen kann.

Schließlich wird sich der Hilfebedürftige einem Zeitregime unterwerfen müssen, das mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen nicht in jedem Fall in Einklang steht.

„Die Mitte verlassen, heißt die Menschlichkeit verlassen.“ Diese dem Philosophen Blaise Pascal zugeschriebenen Worte können auf die Lebensumstände, die Lebensform, Pflegebedürftiger Anwendung finden, zeichnen sie doch deren mögliches Schicksal vor.

Denn Pascal fährt fort: „Nichts ist dem Menschen so unerträglich, als wenn er sich in vollkommener Ruhe befindet, ohne Leidenschaften, ohne Beschäftigungen, ohne Zerstreuungen, ohne Betriebsamkeit. Dann fühlt er seine Nichtigkeit, seine Verlassenheit, seine Unzulänglichkeit, seine Abhängigkeit, seine Ohnmacht, seine Leere“ (622).

Den drohenden „Verlust der Mitte“ (Hans Sedlmayr) der Klienten zeitlich hinauszuzögern, wäre die vornehmste Aufgabe einer Langzeitpflege, die sich ihren Herausforderungen stellt. Dazu kommt noch der Auftrag, biografische Übergänge bei einer zunehmend ins Leere laufenden, da - jeglicher Handlungsoption zunehmend beraubt - spannungslos werdenden „exzentrischen Positionalität“ (Helmuth Plessner) zu begleiten und etwaige psychische Folgen und soziale Brüche, so gut es geht, aufzufangen und abzumildern.<sup>69</sup>

Im Unterschied zu klinischen Pflegen stehen Langzeitpflegen schon in Anbetracht ihrer zeitlichen Erstreckung vor Aufgaben, die durch eine umfänglichere Berücksichtigung der Erwartungen und Wünsche des Klienten angesichts seines in die Zukunft hinein nur begrenzt

---

<sup>69</sup> „Exzentrisch“ ist für Plessner die Seinsweise des Menschen, insofern er sich auf sich selbst beziehen kann. Erst im Selbstbezug kann er den Horizont offener Handlungsmöglichkeiten für sich erschließen: Wer bin ich? Was gibt es? Was kann ich und wo will ich hin? Eintretende Pflegebedürftigkeit verdunkelt diesen Horizont.

planbaren und vor allem auf das Hier und Jetzt verwiesenen Daseins charakterisiert sind.

Die sich daraus ergebende pflegerische Gestaltungsaufgabe wurde im vorangehenden Kapitel unter dem Gesichtspunkt des hohen Kommunikationsbedarfs und hoher Kommunikationsbedürfnisse betrachtet, und das schließt auch entferntere Dritte umfassende Gesprächs- und Abstimmungserfordernisse in unterschiedlichen (zeitlichen, sachlichen und sozialen) Hinsichten mit ein.

Kommunikationen mit dem Pflegebedürftigen nehmen für Langzeitpflegen über das hinaus, was in der Pflege generell an Gesprächen, Informationen, Aufklärungen stattfinden muss und erforderlich ist, u.a. deshalb eine besondere Bedeutung an, weil solche Pflegen sowohl im Innenverhältnis wie im Außenbezug relativ offen für Erwartungen, Wünsche, Anregungen und Informationen auch Dritter sein und dabei erkennen müssen, dass vieles, was da an Erwartungen, Wünschen etc. artikuliert wird, durch die Intervention der Pflege erst hervorgebracht wird.

Dies anzuerkennen hieße erst, die Pflegebedürftigen als „Subjekt“ (und nicht als „Patienten“ oder „Kunden“) wahrzunehmen und nicht nur als „Objekt“, über das man wie ein Forscher in Erfahrung bringen müsste, welche Eigenschaften und Merkmale, sprich: welche Erwartungen und Wünsche „es“ besitzt.

Die hierbei leitenden Werte – Selbstbestimmung und Lebensqualität – würden daher falsch verstanden, betrachtete man sie als zu Ziele nach dem Muster „instrumentellen“ Handels.

Selbstbestimmung und Lebensqualität sind Grundsätze bzw. Werte, nicht jedoch Ziele, deren Verwirklichung ihren Klienten durch eine wie weit auch immer an die situativen und persönlichen Umstände angepasste Pflegearbeit in einer näheren oder weiteren Zukunft in Aussicht gestellt werden könnte.

Deshalb sind Selbstbestimmung und Lebensqualität für die Langzeitpflege keine instrumentellen Ziele. So wenig ihre Gestaltungsaufgabe vorzeitig abgeschlossen werden kann, wie es etwa bei einem Vorgang des Herstellens der Fall ist, der mit der Fertigstellung des Herzustellenden endet.

Ein derartiges „Ziel“-Verständnis würde den wesentlich praktischen Charakter dieser Werte verdunkeln. Handelt es sich bei ihnen doch um Grundsätze (langzeit-)pflegerischen Handelns, die bei jedem Schritt einer Maßnahme, die geplant, durchgeführt und bewertet werden muss, zu beachten sind.

Nur gestaltend können die Grundätze der Selbstbestimmung und des Erhalts der Selbständigkeit im Pflegealltag dementsprechend verwirklicht werden.

Dass dies in größerem Umfang Gespräche und Abstimmungen mit relevanten Akteuren, insbesondere auch den Angehörigen, erfordern kann, zeigt die Praxis und liegt auf der Hand.<sup>70</sup>

Das betrifft jeden der für den Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ maßgebenden sechs Bereiche („Kriterien“; vgl. § 14 SGB 11), die in das neue Begutachtungsinstrument (BNA) als „Module“ übernommen worden sind, in denen Hilfe erforderlich sein und erbracht werden kann.

---

<sup>70</sup> Man geht am Sinn solcher Gespräche und ihren Möglichkeiten vorbei, wenn man sie als eine Art Informationserhebung versteht, mit der etwas bereits Vorhandenes gleichsam „dingfest“ gemacht werden könnte, und nicht als eine Art Bildungsprozess, in dessen Verlauf Entscheidungen heranreifen und ein letztlich Entschiedenenes erst gebildet wird. Entsprechend wird man auch die Einwilligung eines Patienten in eine medizinisch für erforderlich erachtete Maßnahme zu begreifen haben. Sie ist ggf. das Ergebnis einer Art „Überzeugungsarbeit“, durch die sich eine Haltung, Meinung und die Entscheidung des Patienten erst bildet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN, et. al., 2020).

Der im Gesetz verwendete Begriff der „Hilfe“ (und nicht der der „Pfleger“) macht indirekt deutlich, dass hierfür nicht nur eine (etwa im Erstgespräch, mittels eines Fragebogens etc.) klientenbezogen zu spezifizierende Kenntnis „alltäglicher und wiederkehrender“ Verrichtungen (s.u.) des Pflegebedürftigen ausreichend ist, sondern die Kenntnis seiner Lebensgewohnheiten, seiner selbstbestimmten Praktiken und seiner Lebensumstände erforderlich ist (vgl. eindringlich dazu: Nolting/ Beikirch/ Braeseke/ Rieckhof, 2019, S. 16, passim).

Denn ohne dies würde dem Betreffenden ein Angebot zu einer gestaltenden Hilfe im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gar nicht, sondern bestenfalls ein Angebot für einzelne Verrichtungen gemacht werden können.

So betrachtet, sind Kenntnisse der „gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 Abs. 1 SGB 11) zwar eine notwendige, aber keinesfalls bereits eine hinreichende Bedingung, um einem Klienten ein darüber hinausführendes Angebot unterbreiten zu können.<sup>71</sup>

Andernfalls hätte man es bei dem bis zum 31.12.2016 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff auch belassen können, der für die Pflege lediglich Kenntnisse des aufgrund einer „körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Beeinträchtigung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen

---

<sup>71</sup> Die Bereiche „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“, deren detaillierte Erhebung etwas mehr Licht in das Dunkel bringen könnte, bleiben, verglichen mit den Modulen 1-6, weitgehend unspezifiziert und gehen nicht in die Ermittlung des Pflegegrades ein. Die Konkretisierung der dort aufgeführten Merkmale bleibt weitgehend eine Aufgabe der Einschätzung durch die Gutachterin bzw. den Gutachter. Sie könne, so die Autoren des NBA, als „Impuls für die individuelle Beratung oder zur Versorgungsplanung wichtig sein“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Hrsg., 2021, S. 79).

Lebens“ erforderlichen Hilfebedarfs unabdingbar machte (vgl. § 14 Abs. 1 SGB 11 in der vor dem 1.1.2017 geltenden Fassung).

Ein Helfen im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (ab 1.1.2017) ist begrifflich ohne umfassende Kenntnis der jeweils „selbstbestimmten“ Lebensform des Pflegebedürftigen gar nicht möglich und läge auch nicht vor, insofern nicht anzunehmen ist, dass dieser seine Lebensgestaltung (und seine Selbständigkeit bzw. Selbstbestimmung) auf die Gestaltung der „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ jemals beschränkt hätte und hätte beschränken können.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff macht auch eine weitere Vorstellung obsolet.

Macht er doch deutlich, dass Langzeitpflege es nicht ausschließlich, wie man oft hört, mit dem „Menschen“, seinem Körper, seinem Geist, seiner Seele, zu tun hat.

Das hat sie ohne Frage auch, und sie hat es umso mehr, je weniger Zeit ihr beim Klienten zur Verfügung steht, sodass sie sich auf ein gleichsam handwerkliches Tun, das Erbringen eben von Verrichtungen am „Menschen“, schon aus Zeitgründen beschränken muss.

Derart, als Mensch auf ihr Menschsein reduziert, wird Langzeitpflege aber wohl nur für wenige Pflegebedürftige eine „gute“, erwünschte Pflege sein.

Denn wie sollte ein Pfleger das für seinen Klienten Richtige, das auch situativ für diesen Angemessene abwägen können, wenn die Lebensbezüge, das soziale Leben seines Gegenübers, abgeblendet sind bzw. er sich keine Zeit dafür nähme, nehmen könnte, darüber mit dem Klienten ins Gespräch zu kommen.

Lebensform ist zunächst die Lebensform des Klienten; doch je länger die Pflegebedürftigkeit des Betroffenen dauert, je größer und umfangreicher sein Unterstützungsbedarf wird und je länger aufseiten des oder der Versorgenden eine Kontinuität besteht, umso weniger ist es

ausgeschlossen, dass ein Versorgender selber, ob er will oder nicht und auch wenn er professionelle Distanz zu wahren sucht, als ein tragendes Moment in diese Form eingepasst wird.

In jedem Fall hat es Langzeitpflege nicht ausschließlich, wie man meinen könnte, mit „Menschen“ als Adressaten ihrer Arbeit zu tun. Es ist zu kurz gegriffen, Beeinträchtigungen, die gemäß NBA eine Pflegebedürftigkeit begründen können, ausschließlich als Beeinträchtigung von *Personen*, ihrer Selbstständigkeit und Fähigkeiten, und nicht gleichermaßen als Beeinträchtigungen einer Lebensweise, eines Lebensstils, einer Lebenspraxis zu verstehen, kurz: einer gewohnten Lebensform.

Nur wenn Pflegende dies beachten und wenn sie sich bewusst machen, dass sie in diese Form u.U. selber einbezogen, „Teilnehmer“ sind, wird es ihnen gelingen, pflegerisch abzuwägen und situativ klug zu entscheiden.<sup>72</sup>

Unterschiedliche Arten von Verrichtungen, z.B. der Grundpflege, der Behandlungspflege, werden von dieser Gestaltungsaufgabe umfasst, diese wird aber eben deshalb und umgekehrt rein verrichtungsbezogen keineswegs angemessen erfasst.<sup>73</sup>

Schließlich: Geht die Lebensform einer Person begrifflich über das Ensemble von Verrichtungen bzw. Tätigkeiten hinaus, so bleibt eine gute Pflege u.U. und im Einzelfall überhaupt noch diesseits solchen Tuns.

---

<sup>72</sup> Und zwar auch unter dem Gesichtspunkt der eigenen „Selbstpflege“, die andernfalls völlig abstrakt, losgelöst von der jeweiligen pflegerischen Tätigkeit, bleiben würde.

<sup>73</sup> Insbesondere lässt sich die Gestaltungsaufgabe der pflegeversicherungsrechtlichen „Leistungslogik“ natürlich nicht als Leistungskomplex fassen oder einem bereits bestehenden zuordnen.

Die Lebensform eines Menschen kann sich sogar im Nichtstun zu einem großen Teil erfüllen, und auch das kann es sein, was von einer sozialen Betreuungskraft erwartet wird, die bereits durch bloße Anwesenheit ihre Aufgabe erfüllt (so hier auch Modul 6 des NBA).

### **3.2 Die qualitative Lücke von Angebot und Nachfrage in der Langzeitpflege**

Inhalt und Umfang der pflegerischen Gestaltungsaufgabe, die den Qualitätserwartungen der Klienten entspricht, gewinnen Konturen vor dem Hintergrund ihrer kommunikativen Verwirklichung.

Insbesondere ist der Umstand, dass überhaupt kommuniziert wird, dass Inhalt und Gegenstand der Hilfe abzustimmen sind (und nicht monologisch „verordnet“ werden), selber bereits ein Moment jener Qualität, die von den Klienten zumeist erwartet und erwünscht wird.

Ist der Weg einer derart Lebenspraktiken bzw. Lebensformen kommunikativ gestaltenden Hilfe einmal zugleich mehr das Ziel, so ist er doch ein Weg, der Fallstricke und Konflikte bei Inanspruchnahme zugelassener Dienste oder Einrichtungen birgt.

Denn was von diesen im Einzelfall pflegefachlich für erforderlich erachtet wird, was pflegeorganisatorisch (Dienstpläne, Personalengpässe) zu leisten möglich ist und was andererseits seitens des Klienten an Hilfe erwünscht oder erwartet wird, lässt sich nicht in jedem Fall (und unter den derzeitigen Rahmenbedingungen kaum jemals) zur Deckung bringen - eine Lücke, aus der für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen oft erhebliche Belastungen resultieren.

Man wird daher fragen müssen: Lässt sich diese Lücke schließen?, und ggf.: Wie lässt sie sich schließen? Worin besteht sie, genauer betrachtet, überhaupt?

Die Antworten auf diese Fragen werden für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gleichermaßen wie für Einrichtungsträger und Betreiber sowie politische Entscheidungsträger bedeutsam sein.

Insbesondere für Angehörige ist es eminent wichtig zu wissen, dass der Pflegebedürftige gut versorgt und aufgehoben ist, dass die Pflege entsprechende Erwartungen und Wünsche zu erfüllen vermag, dass sie ihnen also nicht das Gefühl vermittelt, ihn einfach nur abgeschoben zu haben.

Näherhin zu fragen ist, ob den Erwartungen und Wünschen an die Pflege bei aller Vielfalt eine allgemeine („typische“) Fassung gegeben werden kann, die für die Leistungsanbieter eine Art „Ankerkonzept“ darstellen könnte, an dem als Richtschnur sie ihr Leistungsangebot ausrichten bzw. etwaige Defizite bemessen könnten.

Einen Hinweis auf die Antwort geben die Leitbilder und Werbebotschaften vieler Anbieter, die versuchen, mit eingängigen „Slogans“ etwaigen Besorgnissen, Trennungsängsten oder Gewissensnöten der Angehörigen ihrer Klienten die Spitze zu brechen.

Da wird mit einer „liebvollen Pflege und Betreuung“ (und keinesfalls mit „professioneller Distanz“) geworben. Im Angebot sind u.v.a. Pflegen „mit Herz“, „fürsorgliche Pflegen“, Pflegen, die „ganzheitlich“ und „vertrauensvoll“ an den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen orientiert sein wollen etc.

Eine in diesem Sinne „gute“, in der Häuslichkeit oder auch stationär erbrachte Pflege sollte, so lässt sich das auf den Begriff bringen, möglichst „familial“, d.h. „familienähnlich“ sein, also so, wie sie Angehörige, wenn es ihnen (weiterhin) möglich wäre, auch erbringen würden und wie sie ggf. von ihnen bisher bereits erbracht worden ist.

Denn die mit dem Ausdruck ‚familial‘ beworbenen Merkmale einer guten Pflege sind Merkmale eines *zweckfreien* Miteinanders, das auch für familiäre Beziehungen (jedenfalls im Innenverhältnis) kennzeichnend sein kann, deren Qualität, anders als eine Krankenbehandlung, vom Grundsatz her nicht an abschließenden Ergebnissen festgemacht werden kann.

Langzeitpflegekräfte sollten dafür, um einen bekannten Philosophen (Odo Marquart) abgewandelt zu zitieren, über eine Art „Beziehungsverlustkompensationskompetenz“ verfügen, die nicht zuletzt den Angehörigen das ruhige Gewissen zu verschaffen vermag, dass ihr zu versorgendes Familienmitglied gut aufgehoben ist.

Die Werbung von Einrichtungen für ihre Pflege als familiäre Pflege, wie immer sie dann tatsächlich auch praktiziert werden mag, möchte Angehörigen die Botschaft einer Fortführung und eines Ersatzes der ggf. zuvor von ihnen selber gegebenen Zuwendung übermitteln und benennt damit einen Maßstab zur Beurteilung der Qualität der angebotenen Versorgung.<sup>74</sup>

Nun ist es eins, Erwartungen an eine solcherart familiäre Pflege gegenüber den Einrichtungen, die damit werben, zu hegen, ein anderes aber, ob sie dort überhaupt erfüllt werden können.

Damit sind mehrere Fragen aufgeworfen.

Zum einen, ob und ggf. wie „Familiarität“ in professionellen „Settings“ überhaupt möglich ist (und ob eine solche Pflege dort überhaupt wünschenswert wäre) oder ob es sich bei „Familiarität“ nicht vielmehr um etwas handelt, das „Intimbeziehungen“ vorbehalten ist.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Die in einem Pflegeheim dem Pflegebedürftigen von zumeist wenigen von ihm als Sympathieträger „erwählten“ Pflegekräften zuteilwerdende Zuwendung wird von manchem Angehörigen zur Kontrolle und eigenen Gewissensberuhigung daher dauerbeobachtet, was die Pflegearbeit für Pflegekräfte zusätzlich belastend machen kann. Dies zumal bei persönlichen Beziehungen im beruflichen Kontext „kundenseitig“ die Tendenz besteht, über die angebotenen Leistungen hinaus zusätzliche Leistungserwartungen (persönliche Wünsche) zu generieren und geltend zu machen.

<sup>75</sup> Wie sie insbesondere Luhmann bestimmt: „Intimität stellt sich ein, wenn mehr und mehr Bereiche des persönlichen Erlebens und des Körperverhaltens eines Menschen für einen anderen zugänglich und relevant werden und dieser Sachverhalt sich wechselseitig einspielt“ (Luhmann, 1988, S. 304).

Insbesondere stellt sich dazu die Frage: Wie verträgt sich „Familiarität“ mit der Forderung an die Pflege, „professionelle Distanz“ zu wahren, wenn Familiarität noch mehr und anderes bedeuten sollte, als im Umgang mit dem Pflegebedürftigen „freundlich“, „hilfsbereit“ und gelegentlich auch „empathisch“ zu sein?<sup>76</sup>

Ergibt sich hier nicht ein Widerspruch?

Auch wird man fragen müssen: Kann von beruflich tätigen Pflegekräften über die bloße Rhetorik hinaus überhaupt materialiter „Fürsorglichkeit“, ein „liebvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen etc. erwartet werden? Man versuche einmal, dies über die Aufnahme in das Einrichtungsleitbild hinaus in einer Stellenbeschreibung zu fordern und zu einer Einstellungsvoraussetzung zu machen!<sup>77</sup>

Welche Gradwanderung zwischen versachlichender Professionalität (Distanz) und Familiarität der Pflege (die liebevoll, herzlich, fürsorglich etc. erbracht werden soll) muten Einrichtungsträger ihren Pflegekräften eigentlich zu, wenn Pflorgetouren ambulanter Dienste nicht selten 20 und mehr zu versorgende Pflegebedürftige umfassen? Auch auf den Stationen in den Pflegeheimen sieht dies nicht viel anders aus!

---

<sup>76</sup> Was professionelle Distanz auch und gerade, wenn sie, an solchen Merkmalen orientiert, als Rückzug auf eine formelle Rolle praktiziert wird, in sozialen Beziehungen (hier Pflegebeziehungen) anzurichten vermag, die dafür nicht ausgelegt sind, lässt sich an den berühmt-berüchtigten „Krisenexperimenten“ Harold Garfinkels studieren: die Beziehungen implodieren und zerbrechen förmlich! (vgl. Garfinkel, 1967).

<sup>77</sup> Schriften zum „Verhältnis von Nähe und Distanz“ in der Pflege, zu einer entsprechenden „Balance“, wie zum „professionellen Umgang mit Distanz, um Nähe zu schaffen“, sind Legion und können hier auch nicht annähernd erörtert werden. Jedoch soll das Thema in den Fokus dessen, was mit dem Ausdruck bzw. der Forderung einer „familialen Pflege“ gemeint ist, gerückt und problematisiert werden.

Wird überhaupt verstanden, was werbend da den Kunden versprochen wird, oder wird gleichermaßen gedankenlos versprochen, was bloß nachgesprochen wird?

Und schließlich: Selbst wenn die organisatorischen und personellen Voraussetzungen in den Einrichtungen für eine erwartete „gute Pflege“ (u.a. ein entsprechendes Zeitbudget, eine ausreichende Personalbesetzung, entsprechende personelle Befähigungen, ein implementiertes aussagekräftiges Leitbild) vorhanden wären, lässt sich diese unter den Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung dann überhaupt realisieren?

Das zielt bereits auf die zweite der eingangs genannten und zu beantwortenden Fragen: Sind die Einrichtungen bzw. Einrichtungsträger der Langzeitpflege (ambulant wie stationär), selbst wenn sie es denn wollten und als „Professionelle“ (in professionellen Settings) auch könnten, überhaupt in der Lage, derartige Erwartungen zu erfüllen, oder erlegt die Pflegeversicherung ihnen Restriktionen auf, die dies, wenn nicht verhindern, so doch erschweren, sodass es bei den meisten unterbleibt.

Um die genannten Fragen beantworten zu können, wird man genauer noch erläutern müssen, worin Familiarität („Familienähnlichkeit“), worin also eine gute Pflege diesseits und jenseits einer effektiven (verrichtenden) Leistungserbringung in den Bereichen Grundpflege, Akut- bzw. Behandlungspflege, soziale Betreuung, Hauswirtschaft und Ernährung genau bestehen könnte, worin ihr Nukleus liegt, der Pflegebedürftige gut aufgehoben sein und Angehörige ruhig schlafen ließe.

### **3.3 Exkurs zur Methode**

Fragt man etwas allgemeiner und historisch tiefenschärfer, worin die Wertschätzung begründet liegt, die das Wort 'Familie' (und dementsprechend auch der Begriff der 'familialen Pflege') auslöst, dann wird

man sofort mit dem Hinweis und ggf. auch Einwand rechnen müssen, dass es *die* Familie gar nicht gebe und nie gegeben habe.

Wenn daher der Familie in der Vorstellung positive Eigenschaften und Merkmale zugeschrieben werden, so dürfen diese nicht mit der Realität konkreter Familien verwechselt werden (die sich im Einzelfall tatsächlich – „real“ – sehr unterschiedlich darstellen kann).

Dementsprechend wird man solche (positiv konnotierten) Eigenschaften und Merkmale aus dem familialen Kräftefeld vielfältiger und teilweise gegensätzlichen Strebungen mehr oder weniger aufwändig erst herausfiltern müssen.

Dieser Unschärfe des Familienbegriffs entsprechend, bietet sich methodisch für die Betrachtung eine „Idealtypik“ an, also ein wesentlich „konstruktives“ Vorgehen, bei dem einzelne (hier interessierende positive) tatsächlich vorkommende oder mögliche Merkmale und Handlungen bzw. Geschehnisse isoliert und hervorgehoben werden, um sie zu einem in sich stimmigen, die positiven Vorstellungen wahren Ganzen zusammenfügen zu können (vgl. Weber, M., 1988).

Es ist klar, dass ein derartiges Konstrukt nicht *die* (hier: familiale) Wirklichkeit widerspiegelt und dies in einer doppelten Hinsicht nicht: Zum einen kann jedes hervorgehobene „typische“ Merkmal und jede isolierte Verhaltensweise in der familialen Wirklichkeit durch andere im betrachteten Zusammenhang „dysfunktionale“ Merkmale gestört werden, und andererseits sind die hier als positiv, pflegefördernd, hervorgehobenen Merkmale nicht in jeder wirklichen Familie gleich ausgeprägt und in manchen sehr wahrscheinlich sogar überhaupt nicht vorhanden.

Gleichwohl (bzw. gerade wegen der isolierenden Konkretion) kann die Idealtypik das in der Tendenz gesellschaftlich positive Bild des Zusammenhangs von Familie und Pflege verständlich machen und damit erklären, warum auch die professionelle Pflege und die mit dem Thema befasste Politik dieses Bild noch verstärken und für ihre Zwecke nutzbar zu machen versuchen.

## 4. WARUM DIE PFLEGE „FAMILIAL“ SEIN SOLLTE UND IHRE KLIENTEN FAMILIARITÄT ERWARTEN

### 4.1 Familialer Schonraum?

In der Tat: *Die* Familie gibt es nicht und hat es nie gegeben. Familien lassen sich nicht nur in verschiedenen Hinsichten beschreiben, sondern sind auch sehr verschieden in ihrer Realität: Sie sind (oder können dies alles jedenfalls sein) Besitz- und Beistandsgemeinschaften, Not- und wenn es darauf ankommt auch Kampfgemeinschaften; sie sind Sozialisationsagenturen für die „Aufzucht“ der Kinder; Tisch- und Hausgemeinschaften mit gemeinsamer Haushalts- und Lebensführung, und sie können andererseits groß oder klein, tief zerstritten und in einen Krieg jeder gegen jeden verwickelt sein.

Keineswegs wird also jede Familie unbesehen Vorbild für andere Lebens- und Handlungszusammenhänge (wie die Pflege) sein und sich darauf mit Stolz berufen können.

Andererseits assoziieren wir mit Wörtern wie ‚Familiarität‘ oder ‚familialem Leben‘ nicht automatisch die Vorstellung einer Art Komfort- oder Ruhezone abseits der Hektik des Alltags-, insbesondere des beruflichen Lebens.

Wer selber eine Familie mit Kindern hat, weiß, dass Familien heute kleine Unternehmen mit einer straffen Organisation, mit „Projekten“ (u.a. Erziehung) und einer Haushaltsplanung sind, wenn sie dies nicht schon immer gewesen sind.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> Dazu bereits Hegel, der Sorge innerhalb der Familie unter dem Gesichtspunkt des Rechts behandelt: „Die Kinder haben das Recht, aus dem gemeinsamen Familienvermögen *ernährt* und *erzogen* zu werden. Das Recht der Eltern auf die *Dienste* der Kinder als Dienste gründet und beschränkt sich auf das Gemeinsame der Familiensorge überhaupt“ (Hegel, 2013, § 174).

Und wie in jedem Unternehmen werden auch im Unternehmen „Familie“ Ziele verfolgt, Zwecke gesetzt und Informationen eingeholt sowie ausgetauscht und hierfür Gespräche geführt („Was muss noch eingekauft werden?“, „Wer repariert die defekte Waschmaschine am günstigsten?“ „Wo bekommen wir was?“). Es werden Pläne geschmiedet („Was unternehmen wir am Wochenende?“ „Wohin fahren wir in den Ferien?“) und zwischen den Mitgliedern Aktivitäten abgestimmt („Wann brauchst Du das Auto in der kommenden Woche?“).

All diese gleichsam objektiven, beobachtbaren Merkmale sind wichtig und spielen auch eine Rolle für den Fall, dass in einer Familie Pflegebedürftigkeit eines Mitglieds eintritt.

Allerdings, wenn von einer „familialen Pflege“ gesprochen und damit geworben wird, ist offenbar anderes als die Hektik des familialen Alltags gemeint.

Das Gemeinte wird jedoch kaum jemals präzisiert, vielmehr verlässt man sich gleichsam „idealtypisch“ auf eine Reihe positiver Konnotationen, wie beispielsweise emotionale Nähe von Familienmitgliedern zueinander, Bereitschaft zur Hilfe und Unterstützung, innerfamiliäre Rückzugsmöglichkeiten sowie ein bestimmtes Maß an Gemeinschaft und Geselligkeit. Dies in der nicht ganz unbegründeten Annahme, dass der Begriff sich dadurch selbst erklärt.

Blickt man etwas tiefenschärfer, um herauszubekommen, warum die Pflege oft mit dem Hinweis auf ihre „Familiarität“ beworben wird, dann sollte zunächst einmal gefragt werden, woher dieses idealtypisch positive, zur Realität oft konträre Bild der Familie eigentlich kommt.

Historisch tritt es in der Moderne, der sogenannten „Aufklärung“, in Deutschland etwa in der Romantik, also vor ca. 150-200 Jahren, hervor, und zwar als Gegenbild gegen die zunehmende Rationalisierung des Lebens durch Wissenschaft und Technik (vgl. zum Folgenden Theunissen, M., 1982).

Die damaligen Menschen suchten Entlastung von den Rollen, in die sie eine zunehmend arbeitsteilige, zweckrational organisierte technisch-ökonomische Zivilisation presste. Sie hatten das Bedürfnis, nicht nur in diesen Rollen funktionieren zu müssen, die ihnen eine sich modernisierende Gesellschaft zuwies, sondern darüber hinaus „frei sein [zu] dürfen“.<sup>79</sup>

Der Begriff der Freizeit, der für die manchmal auch als Urlaubsgesellschaft bezeichnete heutige Kultur prägend ist, entsteht in dieser Zeit, und ebenso entstehen die Schlüsselwörter „Selbstsein“ und „Selbstverwirklichung“, die die Lücke füllen, die der Verlust christlicher Sinnstiftung des Menschseins hinterließ (vgl. Theunissen, M., 1982, S. 1 ff., 8 f).<sup>80</sup>

Als Gegenbild zu dieser gesellschaftskritisch als „Entfremdung“ bzw. „Fremdbestimmung“ bezeichneten und oft wahrscheinlich auch erlebten Enteignung durch eine die religiöse Umfassung und Einbettung des Einzelnen sprengende rationale Kultur wurde das Private, und hier insbesondere die Familie als Hort des Rückzugs entdeckt.

Hier, in der vorgestellten Möglichkeit eines innerfamilialen „Selbstsein“-Könnens, der Vorstellung gleichsam eines innerfamilialen „Schonraums“, wird man eine Erklärung dafür finden können, dass von Pflege-Anbietern mit einer „familialen“ (Langzeit-) Pflege geworben wird.

Handelt es sich bei ihren Klienten doch um aus zentralen gesellschaftlichen, nämlich beruflichen, arbeitsteiligen, rationalen Prozessen zurückgezogene bzw. herausgefallene Menschen, um deren verbleibendes „Selbstsein“-Können sie sich sorgen!

---

<sup>79</sup> Während hier Freiheit als Rückzug auf sich selbst, also auch individualistisch, verstanden werden kann, wird Freiheit für Hegel durch den als Aufhebung verstandenen Rückzug von sich selber: im Eintritt in den Ehebund und der Familiengründung begründet (vgl. Hegel, 2013, §§ 158 ff.).

<sup>80</sup> Vgl. auch Gestrinch, 2013; zum Überblick: Krüger et al., 2013.

Nun haben sich die Verhältnisse auch innerfamilial, was Selbstverwirklichung, Selbstsein und das Bedürfnis nach Rückzug betrifft, seit der Aufklärung entscheidend verändert, findet Selbstverwirklichung für viele doch inzwischen eher außerhalb als innerhalb der Familie statt.

Die Vorstellung der Familie als eines exklusiven Ortes der Selbstverwirklichung, auch des Selbstseins, verkennt die seinerzeit gewiss für viele nur rudimentär und nicht für eine Mehrheit vorhandenen Möglichkeiten und Chancen, die viele der Heutigen in der modernen, rational und arbeitsteilig organisierten Gesellschaft für ihre individuelle Entfaltung und Selbstverwirklichung sowohl suchen wie auch finden können.

Weit entfernt davon, in Selbstverwirklichung und Fremdbestimmung nur den Gegensatz zu sehen, betrachten heute viele die Rationalisierung lebensweltlich praktischer, aushäusiger und insbesondere beruflicher Aufgaben und Vorgänge, die erfolgsorientierte Durchführung rational geplanter „Projekte“, die oft mathematische Genauigkeit erfordernde Berechnung von Vorhaben, Programmierung und Konstruktion technischer Architekturen in kommunikativen und interaktiven Arbeits- und Lebenszusammenhängen als optimale Chance, die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln, sich selbst zu bestätigen und im gelingenden, sich vollendenden Werk zu verwirklichen.

Daher werden die Möglichkeiten innerfamilialer Selbstverwirklichung vielfach als eng begrenzt erfahren (u.U. beschränkt auf nur wenige, den familialen Zusammenhalt u.U. wieder - z.B. durch ein Hobby - sprengende Aktivitäten). Gleichzeitig steigen die außerfamilialen Chancen, was zumal für pflegende Angehörige im Rückzugsort „Familie“ zu einer weiteren Belastung führen kann, da sie ständig zusehen müssen, was die „Welt da draußen“ an Selbstverwirklichungsmög-

lichkeiten bietet, während sie diese aber für sich selber nicht mehr realisieren können.<sup>81</sup>

Unter Beachtung dieses (außerfamilialen) Potentials für Selbstverwirklichung wird der Blick auf Familien im Zusammenhang mit Pflege idealtypisch daher mindestens in zweierlei Richtungen gehen müssen.

Einerseits zentrifugal in Richtung auf die vielfältigen familialen Aufgaben, realisiert vor allem in den Außenbeziehungen. Hier haben wir es mit der Familie als einem haushaltsführenden Kleinstunternehmen zu tun, dessen Mitglieder vielfältigen Aktivitäten nachgehen, über Kontakte und ggf. „Beziehungen“ verfügen, also „vernetzt“ sind und ihre Netzwerke „pflegen“, Projekte realisieren (ein Haus bauen, Urlaube planen, für die Kinder eine gute Ausbildung sicherstellen etc.).

Und zum anderen zentripetal in Richtung auf den binnenfamilialen Schonraum, eine Art Privatsphäre, den sie ihren Mitgliedern auch gewährt, um dem Einzelnen ein „Selbstsein“ zu ermöglichen, und zwar – dies als eine zweite Unterscheidung - einerseits aktiv (Hobbys, lesen etc.). allein oder mit Vertrauten, und andererseits passiv (schlafen, versorgt bzw. gepflegt werden), und das unter von gesellschaftlichen (insbesondere beruflichen) Herausforderungen weitgehend entlasteten Rahmenbedingungen.<sup>82</sup>

Denkt man daher an eine familiäre Versorgung Pflegebedürftiger, dann wird man ohne Frage in diese zweite Richtung blicken müssen:

---

<sup>81</sup> In der anderen Richtung sehen wir heute, dass nicht zuletzt die Pflege zu einer Spielwiese einer immer weiter gehenden und teilweise exzessiven Rationalisierung (Stichwort: „Digitalisierung“) und Technisierung von Abläufen geworden ist.

<sup>82</sup> Es ist dieser Schonraum, der im modernen Bewusstsein vielfach wieder stark positiv konnotiert ist und als Sphäre für die Realisierung von Autonomie, d.h. Selbstbestimmung, des Menschen gesehen wird, eine Sphäre, in der es möglich ist, zu „tun, was wir wollen“ (Theunissen, 1982, S. 7).

Die Familie, idealtypisch als Schonraum gesehen, steht für die erwähnten positiven Konnotationen des Begriffs und bietet nach allgemeiner Erwartung Rahmenbedingungen, unter denen eine familiäre, und das heißt sicherlich auch: eine „gute“ Versorgung und Betreuung stattfinden können soll.

Tatsächlich jedoch wird man feststellen können, dass sich die Vorzeichen im Falle häuslicher Pflegebedürftigkeit eines Mitglieds umkehren können. Dies mit erheblichen Folgen für die innerfamiliäre Verteilung von Aufgaben, Zuständigkeiten und die dafür erforderlichen Zeitbudgets.

Denn was im tätigen Leben als selbstbestimmter Rückzug aus einer mehr oder weniger entfremdeten Welt erfolgen kann und möglich ist, ist im Falle von altersbedingter Gebrechlichkeit ein oft noch durch Krankheit erzwungener Ausstieg aus den gewohnten alltäglichen Lebensverhältnissen.

Und was vorher als Selbstverwirklichung auftreten konnte, droht hier mit fortschreitender Pflegebedürftigkeit zu einer Art Selbstentwirklichung zu werden, zu einem Geschehen also, das nichts mehr zu verwirklichen vermag, weil die Person, um die es geht, alles, was ihr wichtig ist und möglich gewesen ist, bereits verwirklicht haben müsste. Schließlich ist bei progredient fortschreitendem Abbau der körperlichen und geistigen Kräfte nicht ausgeschlossen, dass auch das Selbst noch selbst „entwirklicht“ wird.

Familial wird die Pflege also nicht deshalb sein wollen und können, weil die Familie die besten Chancen für die individuelle (und zwar: individualistisch verkürzt verstandene) Selbstentfaltung in Abgrenzung von den Herausforderungen und oft auch Zumutungen der beruflichen Welt bieten kann, sondern nur insoweit sie zu gewähren vermag, was ein Pflegebedürftiger für seine Versorgung braucht. Hinzu kommt, und dies ist ein zweiter Gesichtspunkt, dass die Versorgung dort unter von den Betreffenden oft geäußerten (personellen, sozialen und räumlichen) Wunschbedingungen stattfinden kann.

Sieht man, die bereits festgestellte Unschärfe des Familienbegriffs idealtypisch fokussierend, etwas detaillierter zu und fragt, was eine familiäre, von gesellschaftlichen Herausforderungen relativ entlastete Pflege unter dem Gesichtspunkt von Qualitätserwartungen ihrer Klienten auszuzeichnen vermag, dann kommt man um einen Begriff nicht herum, der oft in enger Verbundenheit mit dem der Familie genannt wird: „Geborgenheit“.

Familiarität steht nicht zuletzt für Geborgenheit und damit – so die Vorstellung – für einen Rahmen, in dem das Leben für den Pflegebedürftigen trotz aller Einschränkungen in vertrauten Bahnen so weit wie möglich weiterlaufen kann. Und dies der Bedeutung des Begriffs entsprechend in einer doppelten Hinsicht:

Zum einen als Ergebnis eines „Bergens“, dies als ein In-Sicherheit-Sein, ein den Unbilden fremder Kräfte entzogener Schutz u.a. vor den Gefahren der äußeren Welt, wie ihn Eltern ihren Kindern gewähren.

Und zum anderen im Sinne von Geborgenheit als „Aufgehobensein“, d.h. als Qualität einer Beziehung, die dem Betreffenden Zuwendung, Fürsorglichkeit und Aufmerksamkeit für seine Bedürfnisse entgegenbringt, also durch Anteilnahme und „Achtsamkeit“ ausgezeichnet ist.

Was aber bewirkt, was ermöglicht solche Art Geborgenheit und was macht sie aus?

Ein Gesichtspunkt und eine Teilantwort auf diese Fragen ergeben sich aus dem Umstand, dass im innerfamilialen Schonraum die Beziehungen und Kommunikationen der Personen untereinander idealtypisch nicht zwingend einem „fremden Nutzen“ unterworfen sind und ihm dienen sollen oder müssen, also in gewisser Weise „Selbstzweck“ sein können, was bis zur Zweckfreiheit gehen kann.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> „Familiale“ Zweckfreiheit lässt sich in verschiedenen Hinsichten erläutern, u.a. im Hinblick auf die persönlich-affektive Verbundenheit der Mitglieder, den Selbstwert familialer Aktivitäten (z.B. von Gesprächen und gemeinsam

Demgegenüber dürfte Zweckfreiheit für Handlungen und Aktivitäten in den familialen Außenbeziehungen eher die Ausnahme oder überhaupt in der außerfamilialen, insbesondere beruflichen Lebenswelt kaum jemals der Fall sein.

Sind die Beziehungen im binnenfamilialen Schonraum von Erfolgsdruck und Ergebnisorientierung, die eine Erfüllung *fremder* Zwecke mit sich bringt, weitgehend entlastet, dann wird man in solcher Entlastung sowohl eine Voraussetzung wie ein Ergebnis einer über bloße Rhetorik hinausgehenden *operativen*, nämlich kommunikativen Realisierung familialer Geborgenheit in den beiden unterschiedenen Bedeutungen sehen können.

Denn weil das familiale Binnenleben eigenen Zwecken („Selbstzwecken“) zu folgen vermag oder gar zweckfrei kommuniziert, ist es auf keine *bestimmten* Zwecke oder Themen festgelegt und kann eben deshalb „wie nirgendwo sonst in der Gesellschaft seinen Mitgliedern für alles, was sie kümmert, soziale Resonanz („Vollinklusion“) bieten: „Alles, was eine Person betrifft, ist in der Familie für Kommunikation zugänglich“ (vgl. Luhmann, N., 1990b, S. 201, vgl. 208).

Eben dies wiederum ermöglicht es Familien, Befindlichkeiten, Verfassungen, Gefühle ihrer Mitglieder zum Thema zu machen, kurz: „Anteil“ an ihnen zu nehmen. Umgekehrt bietet die Familie ihren Mitgliedern Gelegenheit, ihre Erlebnisse, Bedürfnisse etc. in die Kommunikation „einzubringen“ und dadurch Geborgenheit in einem kommunikativen Sinne zu verwirklichen.

Sicherlich: Die Verwirklichung von Vollinklusion bzw. Geborgenheit hat ihrerseits Voraussetzungen, die nicht in jedem Fall gegeben sind.

---

verbrachter Zeit), die Spontaneität und Zwanglosigkeit der Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten, die Möglichkeit zur Regeneration und freien Gestaltung, die Rücksichtnahme auf die Befindlichkeit, Verfasstheit und auf die Wünsche, Bedürfnisse und Interesse der jeweils anderen, die Gewährung von Beistand im Falle z.B. von Krankheit und beruflichen Nöten, und Erholung.

Insbesondere sollte die Interaktionsbalance des Familienlebens nach innen wie nach außen gewahrt bleiben.

Nach innen: Aktivitäten und Passivitäten der Familienmitglieder sollten relativ ausgeglichen, ausbalanciert, sein: Das innerfamiliäre Aktivitäts- und Erregungsniveau mag zwar von einer Person und damit gleichsam hierarchisch initiiert werden, muss dann aber „demokratisch“ von mehreren Familienmitgliedern geteilt, erwidert und zumindest temporär stabil gehalten und ggf. erneuert werden. Wer von seinen Sorgen erzählt, ohne dass jemand reagiert, wird dies schnell wieder sein lassen.<sup>84</sup>

Nach außen: Für einen - wie man sagt - „modernen“ Menschen sind Vollinklusion und als Kehrseite solcher Inklusion, Kommunikationen und Tätigkeiten mit Selbstzweckcharakter dauerhaft schwer durch- und auszuhalten, wenn der Betreffende über intakte soziale Außenbeziehungen verfügt.<sup>85</sup> Innerfamiliär jedenfalls ist mit wachsender Ungeduld, ja Überdross (Ennui) gegenüber einem Tun zu rechnen, das nur sich selbst bezweckt und keine darüber hinausweisende Sinnhaftigkeit, insbesondere keinen Nutzen, zu erkennen gibt.

---

<sup>84</sup> Zwar kann im Schonraum „Familie“ alles, was ein Mitglied betrifft, kommunikativ bedeutsam werden, eben deshalb aber kommunikativ den anderen Familienmitgliedern auch vorenthalten werden, etwa weil der Betreffende spürt, dass diese anderen zu bestimmten Themen eben doch nicht die richtigen Gesprächspartner sind.

<sup>85</sup> Ursachen hierfür sind u.a. sicherlich in den außerfamiliären, z.B. beruflichen Pflichten und Aufgaben und deren Attraktivität zu finden, die nicht auf Dauer zurückgestellt werden können und sollen und sich daher, je länger z.B. ein Urlaub dauert, um so vernehmlicher in Erinnerung bringen.

## 4.2 Belastungen einer Pflege zu Hause

### *a) Die Perspektive der Angehörigen*

Kehrt man zum Thema „familiale Pflege“ zurück, so ist aus dem Vorangehenden Folgendes mitzunehmen: Ein längerer oder gar erzwungener Aufenthalt im Schonraum „Familie“ kann beim „modernen“ Menschen zur Geduldsprobe werden und Fluchttendenzen mobilisieren, sodass auch der Funktion, anderen Mitgliedern Vollinklusion und Geborgenheit zu gewähren, schon aufgrund der psychischen Belastung Grenzen gesetzt sind.

Denn eine durch Selbstzweck oder gar Zweckfreiheit von Beschäftigungen gleichsam stillgestellte Zeit, zumal eine mit geringem Anregungspotential, reibt sich an der Attraktivität, die ein (z.B. beruflich, touristisch) aktives Leben zu bieten vermag. So sagte uns eine pflegende Angehörige: „Hier drinnen passiert so gar nichts und draußen geht alles weiter“ (Projekt Innovationsforum 2019; s. Anhang).

Zu diesem Spannungsverhältnis, in dem Vollinklusion zur *Vita activa* in der Umwelt des familialen Pflegesystems steht, tritt ein weiteres, das für pflegende Angehörige zu einer Belastung werden kann.

Wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird, dann wandelt sich der Schonraum Familie selber zu einem u.U. bis ins Extrem gesteigerten stressanfälligen Lebensraum (vgl. Brijoux, T./ Kricheldorff, C., 2015).

Und dies nicht nur dann, wenn die Pflegenden selber noch berufstätig sind, in der Regel also der Kindgeneration zugehören, wobei es zu meist die Töchter sind, die die Versorgung übernehmen. Auch und insbesondere ein jeweils noch rüstiger Lebenspartner im Rentenalter bleibt davon nicht verschont.

Die daraus resultierenden Belastungen durch Aufopferung, Gewissensnöte und eigene Entfremdung pflegender Angehöriger sind oft

beschrieben worden. Dabei wurde die Struktur des Problems allerdings oft nicht hinlänglich erkannt.

Denn das für moderne Gesellschaften bedeutsame und hier am Beispiel von „Selbstverwirklichung“ erläuterte Spannungsverhältnis zwischen familialem Selbstzweck, ggf. Zweckfreiheit, im innerfamilialen Schonraum einerseits und den umweltlichen Herausforderungen und Attraktionen andererseits, verdoppelt sich leicht im Fall pflegebedürftiger Familienmitglieder und bildet sich dann im Schonraum „Familie“ selber noch einmal ab.

Ursächlich hierfür ist der Umstand, dass viele der dem familialen Schonraum zugeschriebenen positiven, die Mitglieder entlastenden Eigenschaften (Merkmale) in einem solchen Fall ihr Vorzeichen wechseln und dadurch zu einer Belastung für *alle* Beteiligten im familialen Innenverhältnis werden können.

Insbesondere gerät die Aktivitäts-Passivitäts-Balance ins Ungleichgewicht.

Und zwar auf eine andere Weise, als Familien ohne Pflegefall ein solches Ungleichgewicht kennen- und damit umzugehen lernen.

Innerfamilial temporärer Kommunikationspassivität eines nicht pflegebedürftigen Familienmitglieds kann familial auf vielfältige Weise begegnet werden. „Maßnahmen“, die die jeweils anderen Mitgliedern dagegen ergreifen, können von Gesprächsversuchen, Ignorieren bis hin zu Gegenaggressionen, in Form z.B. einer Ausgrenzung aus familialen Aktivitäten, reichen (letzteres u.U. mit der Folge, dass sich ein Rückzug des Betreffenden noch verstärkt).

Hingegen wird es sich bei einer aus Gründen mentaler oder körperlicher Gebrechlichkeit entstehenden Passivität eines Mitglieds innerfamilial zu einer „Kultur des sich Kümmerns“ kommen müssen, die „alternativlos“ ist. Auf sie werden die jeweils anderen Familienmitglieder ihre Aktivitäten (ggf. Versorgungs- und Betreuungsleistungen), ihre

Zeit und Lebensplanung zunächst einmal einstellen müssen, was die zunehmenden Belastungen pflegender Angehörigen mit erklärt.

Denn wenn diese an dem Geschehen in der „Welt“ da draußen aus Gründen ihrer pflegerischen Zeit- und Arbeitsökonomie oft nur wenig noch teilnehmen können, so ist doch auch das familiale Leben selber oft auf einen rudimentären Restbestand von dem, was es früher einmal war, reduziert.

Kraft und Energie für ihre Aufgaben müssen pflegende Angehörige daher auch aus der Erinnerung an frühere Zeiten schöpfen.

Die Folge ist: In dem Maße, wie durch Pflege eines Angehörigen die sozialen Außenbeziehungen lichter werden oder gar verkümmern, schwinden die Kräfte, um dem Pflegebedürftigen noch eine Art „Vollinklusion“ bieten zu können.

Vielleicht liegt es daran, dass Angehörige ein gewisses Maß an „Familiarität“ der Versorgung dann auch von in Anspruch genommenen professionellen Diensten für ihre zu Pflegenden sich wünschen und erwarten, weil sie selber dies nicht mehr sicherstellen können oder wollen – worauf die Dienste mit einer entsprechenden Werbung reagieren.

#### *b) Die Perspektive der Pflegebedürftigen*

Binnenfamiliale Belastungen entstehen in der Häuslichkeit indessen nicht nur für die nahen (pflegenden oder nicht pflegenden) Angehörigen, sondern auch für Pflegebedürftige selber, insofern sie die Veränderungen des innerfamilialen Beziehungsgeflechts und Kräftefelds registrieren, sich in zunehmender Abhängigkeit wissen, u.U. anderen nicht zur Last fallen möchten und mit steigender Pflegebedürftigkeit zudem auf vieles verzichten müssen, was ihnen einst wichtig und teuer gewesen ist.

- Pflegefachlich betrachtet, wird und bleibt, bei aller Zuwendung und ggf. Dankbarkeit seitens eines Pflegebedürftigen, die häusliche

Versorgung durch Familienmitglieder in vielerlei Hinsicht prekär. Denn wer möchte beispielsweise, dass die eigene Intimpflege von einem Angehörigen übernommen wird (und umgekehrt, welcher Angehörige nähme diese Aufgabe gerne wahr)? Wie gehen Angehörige, die dafür i.d.R. nicht ausgebildet sind, mit kognitiven Einschränkungen oder Ausfällen (z.B. bei dementiellen Erkrankungen) und mit psychischen Problemen wie Depressionen um?

- In sozialer und zeitlicher Hinsicht ist eine innerfamiliäre Vereinsamung, der Verlust des familialen „Rauschens“ (ursprünglich einmal erzeugt durch Daueranwesenheit anderer Familienmitglieder), nicht ausgeschlossen. Dies geschieht, wenn z.B. der Partner verstorben ist und der nunmehr die Pflege übernehmende Angehörige getrennt von dem Pflegebedürftigen wohnt, was auch im Fall „hybrider“ Versorgungsformen der Fall sein kann (der Betreffende ist bereits in ein Pflegeheim umgezogen oder wird unterstützend durch einen Pflegedienst versorgt, und eine Angehörige nimmt bei täglichen Besuchen Betreuungsaufgaben wahr).
- Familiäre Belastungen für den Pflegebedürftigen (wie für seine Angehörigen) sind schließlich auch in persönlicher Hinsicht nicht ausgeschlossen. Etwa weil die persönlichen Beziehungen zwischen zu Pflegendem und Pflegenden vorbelastet sind, weil Energie und Kraft, Empathie aufzubringen, endlich sind und verdrängte negative Gefühle die Oberhand gewinnen und Wut oder sogar Hass in die Versorgung Eingang finden können.
- Hinzu können finanzielle Belastungen kommen und Belastungen, die aus einem für die Pflege ungeeigneten Wohnraum resultieren. Je nach Stressresistenz drohen in den Familien dadurch zentrifugale Kräfte die Oberhand zu gewinnen, mit der Folge einer doppelten Belastung für die verbleibenden pflegenden Angehörigen, nämlich mit übernommenen Pflege- und Versorgungsaufgaben ggf. weitgehend allein gelassen zu werden und zudem auch noch

den Rückzug oder die Nichterreichbarkeit bzw. -verfügbarkeit anderer Familienmitglieder verkraften zu müssen.

Langzeitpflege, so lässt sich dies zusammenfassend betrachten, könnte und sollte eine „familiale“ Pflege sein. Als solche wird sie sich an dem zu orientieren haben, was Familien, idealtypisch und normativ<sup>86</sup> verstanden, bieten können, aber keinesfalls tatsächlich in jedem Fall bieten, nämlich einen Schonraum, in dem familientypische Erwartungen der Mitglieder untereinander eine Realisierungschance haben.

Zu beachten also ist, dass es sich bei dieser noch in keinerlei Weise operativen, d.h. für die Pflege leistungsbezogenen Bestimmung um eine Konstruktion („Idealtypus“) handelt, der wirkliche Familien im Einzelfall nur mehr oder weniger und bisweilen auch in keinerlei Weise entsprechen und aus der alles, was innerfamilial für die Beteiligten belastend sein könnte, weitgehend eliminiert worden ist.

„Wirkliche“ Familien werden daher als Richtschnur für eine solche Pflege tatsächlich nur in wenigen Ausnahmefällen taugen.

### **4.3 Erwartungen an eine „familiale“ Pflege**

Wenn dennoch eine „familiale“ Pflege erwartet und gefordert wird, so kann es sich hierbei nur um ein idealtypisches Verständnis als Ergebnis einer die vielfältigen positiv konnotierten Merkmale von Familien verdichtenden Konstruktion handeln.

Es wird zu fragen sein, was unter „familialen“ Erwartungen *operativ* für die Pflege zu verstehen ist, wie pflegerische Angebote beschaffen sein müssten, um diese Erwartungen erfüllen zu können, und nicht zuletzt, ob unter den gegebenen Rahmenbedingungen, insbesondere der

---

<sup>86</sup> „Normativ“ hier als Gegensatz zu „faktisch“ verstanden.

Pflegeversicherung, eine entsprechende Leistungserbringung für Anbieter überhaupt möglich ist.

Insbesondere wird ein Zusammenhang zu der im Vorangehenden vorgenommenen Bestimmung der Langzeitpflege als einer *gestaltenden* Pflege herzustellen und zu fragen sein, ob und ggf. wie eine Orientierung an familialen Erwartungen ihrer Klienten den pflegerischen Gestaltungsauftrag handlungsbezogen konkretisieren kann.

Orientiert man sich am Idealtypus einer familialen, ggf. durch selbst beschaffte Unterstützungskräfte zu einer (im dargelegten vollen Wort-sinn) „häuslichen Pflege“ erweiterten Versorgung, von der man annehmen darf, dass ein Großteil der Versorgungsbedürftigen sie zumindest dem Umzug in ein Pflegeheim vorziehen würde, dann wird man idealtypisch folgende Annahmen treffen können:

- Fachlich darf vorausgesetzt werden, dass von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine Pflege und Versorgung auf dem jeweiligen „Stand“ des Wissens bzw. der Wissenschaft erwartet wird, wie ihn zugelassene Einrichtungen bzw. Dienste sicherlich am besten erfüllen können, ohne dass im Einzelfall ein Spezialistentum erwartet wird, das durch mangelnde oder fehlende Offenheit für die Erfahrungen der Klienten, deren eigene pflegerische „Expertise“, ausgezeichnet ist und diesen nur geringe Bedeutung für eine fachlich korrekte Pflege entgegenbringt.
- Im Gegenteil: Wunschkandidaten für solche Hilfen werden oft Generalisten sein, die die pflegeversicherungsrechtlich beförderte Arbeitsteilung (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft) auf sich beruhen lassen. Eine solche Arbeitsteilung verwirrt Demenzerkrankte zusätzlich nur. Vieles spricht daher dafür, dass für Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen Vertrauen und Vertrautheit gegenüber unterstützenden Dritten sowie soziale Befähigungen und eine gewisse Lebenserfahrung der Betreffenden mindestens ebenso wichtig wie eine einschlägige formale Qualifikation der Unterstützungskräfte sind.

- Vertrauen bzw. Zutrauen lässt sich nicht zu jedem (zunächst einmal Fremden) herstellen bzw. aufbauen. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, dass hinlängliche „Passung“ zwischen Pflegebedürftigen und unterstützenden Dritten besteht, dass also die „Chemie“ zwischen den Beteiligten stimmt. Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige sollten daher über die Auswahl der in Frage kommenden Personen weitgehend mitentscheiden können - eine Erwartung, an der anerkannte Angebote bzw. Dienste schon aus Gründen begrenzter Personalkapazität zu scheitern drohen, sodass man mit einem Dienst diesbezüglich einfach „Glück“ haben muss. Persönliche Beziehungen sind eine wichtige Ressource für Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden (vgl. Schicka/ Schroeter, 2018; Kahn/ Antonucci 2008, s.u.).
- Vermieden werden sollte in jedem Fall eine Unterstützung nach dem „Kundendienst-Prinzip“ (wenige Einsatzkräfte versorgen eine große Anzahl von Pflegebedürftigen). Realisieren lässt sich Personenkonstanz in Anbetracht der restriktiven gesetzlichen Rahmenbedingungen für zugelassene Einrichtungen und Pflegedienste eher mit (bedarfsgerecht qualifizierten) selbst beschafften Hilfen als mit für den Pflegebedürftigen zumeist nicht auswählbaren (und oft ständig wechselnden) Einsatzkräften eines Pflegedienstes.
- Pflegende Angehörige können durchaus in der Lage und bereit sein, auch mehrere selbstbeschaffte Hilfen in die Versorgung des zu Pflegenden einzubeziehen. Derart privat organisierte Hilfenetzwerke generieren weitere Aufgaben, z.B. eine Art „Einsatzplanung“, in Krankheitsfällen die Organisation der Vertretung, im Falle ausscheidender Hilfen die Rekrutierung von Ersatzkräften. Realisierbar für den Einzelnen ist dies allerdings nur, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen, insbesondere die Vergütung solcher Hilfen gesichert ist. Nur dann werden geeignete Personen überhaupt verfügbar und erreichbar sein. Das Pflegegeld und ggf.

noch Mittel aus der Verhinderungspflege allein reichen dafür nicht aus.

- Der Markt für selbstbeschaffte Hilfe allerdings ist hinsichtlich Qualifikation und Integrität der Angebote derzeit intransparent; die Behebung des Nachteils, dass Leistungen geeigneter Personen mit der Pflegekasse nicht abgerechnet werden können, erfordert tiefgreifende Eingriffe in das Ordnungs- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung. Diesbezüglich bestünde pflegeversicherungsrechtlich und für künftige Reformen dringend Nachholbedarf.
- Hinsichtlich der Einsatzzeiten sollte soweit wie möglich gewährleistet sein, dass das familiäre „Hintergrundrauschen“, erzeugt durch tatsächliche oder virtuelle Präsenz von Familienmitgliedern oder vertrauten Dritten, nicht verstummt. Gefühle von Vereinsamung lassen sich dadurch vertreiben und Sicherheit durch Nähe erzeugen – dies oft ein Schlüsselproblem für Angehörige, die selber nicht in Hausgemeinschaft mit dem Betroffenen leben.
- Dessen Lösung liegt am wenigsten in einer sozialen Betreuung, wie sie üblicherweise verstanden und praktiziert wird. Also nicht im Vorlesen, gemeinsamen Singen, Basteln, Bingo-Spielen und in Angeboten der „Bespäzung“, was alles zwar zur Ablenkung dienen und ein Alleinsein unterbrechen kann, aber kaum geeignet ist, Einsamkeit zu vertreiben. Der Unterschied zwischen Einsamkeit (die dadurch nicht behoben werden kann) und Alleinsein (die durch einschlägige Angebote zumindest temporär aufgehoben werden kann), sollte für die sozialen Betreuung grundlegend sein, wird jedoch leider allzu oft verwischt.
- Zeitlich sollte daher in jedem Fall Erreichbarkeit bei personeller Kontinuität einer Unterstützung durch Dritte so weit wie möglich sichergestellt sein. Wichtig wäre es insbesondere, dass Kurzeinsätze und kurzfristige Einsätze, auch anlasslos, z.B. für ein kurzes Gespräch, einen Einkauf, oder einfach, wie bereits benannt, um nach dem „Rechten“ zu sehen (Heizung, Licht, Herd!), möglich

sind, was insbesondere für Personen in einer „dementiellen Grauzone“<sup>87</sup> hilfreich ist, aber Pflegediensten oder anerkannten Angeboten schon aus Gründen fehlender Refinanzierung kaum möglich ist.

- Was die Versorgung in räumlicher Hinsicht betrifft, möchten Pflegebedürftige so lange wie möglich „zu Hause“ gepflegt werden. Darauf weisen nahezu alle Befragungen und Studien zum Thema hin.<sup>88</sup> Pflegebedürftige können hierzu auf vielfältige Angebote für eine Wohnraumanpassung zugreifen sowie Zuschüsse der Pflegekassen in Anspruch nehmen.<sup>89</sup> Auch hier besteht jedoch Verwechslungsgefahr, wenn „zu Hause“ reduziert auf die „Wohnung“ eines Pflegebedürftigen verstanden wird. „Zu Hause“ aber ist ebenso wenig (wenn überhaupt) nur die Wohnung, wie „Heimat“ eine nur räumlich-geografische Benennung ist. Denn das „Zuhause“, die eigene „Häuslichkeit“ etc., wird begrifflich umfassender, und zwar grundständig als die gewohnte und vertraute Lebensform bestimmt werden müssen, die weitgehende Selbstbestimmung ermöglicht bzw. ermöglicht hatte. „Zu Hause“ ist bzw. war der Ort, an dem der oder die Betroffene selbstbestimmt handeln, z.B. einen Haushalt führen, die Einrichtung gestalten, ein soziales

---

<sup>87</sup> In dieser Phase leben die Versorgungs- und Unterstützungsbedürftigen zwar noch relativ selbstständig in ihrer Häuslichkeit und würden eine voll- oder teilstationäre Unterbringung kategorisch ablehnen, während die nahen Angehörigen sich jedoch bereits Sorgen machen, ob man die Betroffenen über einen längeren Zeitraum unbeaufsichtigt und allein lassen kann.

<sup>88</sup> Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, September 2016.

<sup>89</sup> § 40 Abs. 4 SGB 11: „Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.“

Leben führen, Feste feiern etc. kann bzw. konnte. Mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist vieles davon hinfällig geworden.

- Wer „wieder nach Hause möchte“ (z.B. nach dem Umzug in ein Pflegeheim), möchte daher nicht unbedingt in die zuletzt bewohnte Wohnung zurück. Fragt man beispielsweise einen an Demenz Erkrankten danach, wo sein „Zuhause“ ist, dann kann dieses tief in der persönlichen Vergangenheit des Betroffenen verborgen liegen und zum Beispiel das Elternhaus seiner Kindheit meinen. Auch hier führt eine mangelnde Unterscheidung, wie bereits bei der von „Alleinsein“ und „Einsamkeit“, unter Umständen zu einer erheblichen Fehlsteuerung von Angeboten und finanziellen Mitteln. Das „Zuhause“ des Betroffenen in diesem Sinne gibt es oft gar nicht mehr. Entscheidend ist daher die gestaltende Anpassung der neuen Lebensbedingungen an die Bedürfnisse des oder der Pflegebedürftigen.

## **5. Zur „Logik“ der Pflegeversicherung**

### **5.1 Können nach derzeitigem Recht zugelassene Pflegeeinrichtungen die Erwartungen von Pflegebedürftigen erfüllen?**

Eine permanente Erreichbarkeit, personelle Kontinuität in den Einsätzen, Mitsprache bei der Auswahl der Pflegekräfte, die Sicherstellung eines „familialen“ Hintergrundrauschens (das zudem nicht minuten- oder stundengenau abgerechnet wird) kann ein zugelassener Dienst schon aus Kostengründen seinen Klienten ebenso wenig versprechen wie den Einsatz für die Persönlichkeit des Pflegebedürftigen „passgenauer“ Pflegekräfte.<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Für die Übernahme derart gleichsam „familialer“ Aufgaben, etwa im Rahmen von Leistungen zur „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“,

Klientenseitig wiederum reicht das zugestandene Budget (nach § 36, 37, 45a, 45 b) der Pflegeversicherung, die als eine Art „Teilkaskoversicherung“ ausgewiesen ist, aufgrund der relativ hohen Stundensätze zugelassener Dienste in der Regel nicht aus, um sich derart familiäre Wünsche auch nur annähernd zu erfüllen.

Zuzahlungen aus privaten Mitteln wiederum in der für derartige Ansprüche erforderlichen Höhe überschreiten bei vielen die finanziellen Möglichkeiten, deren es bedarf, um durch Inanspruchnahme zugelassener Dienste eine „gute“ (und das heißt hier: bedarfs- und bedürfnisgerechte) Pflege und Versorgung sicherzustellen.

Nach § 71 SGB 11 zugelassene Pflegeeinrichtungen versprechen daher oft zwar „Familiarität“ (und spielen auf diesen Begriff direkt oder indirekt auch in der Werbung an), können jedoch die hierfür erforderlichen Gestaltungsaufgaben unter den geltenden Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung, wenn überhaupt, ohne Zuzahlungen für erhöhte Aufwände nicht erbringen.

Nur vordergründig wird man hierfür wirtschaftliche Interessen der Anbieter als ursächlich erachten können. Auch Personalknappheit ist nicht der entscheidende Grund.

Denn wäre es unter den Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung möglich, würden Leistungserbringer schon aus Wettbewerbsgründen Leistungen mit hoher Kundenorientierung anbieten wollen.

Tatsächlich aber hat der Gesetzgeber keineswegs beabsichtigt, mit dem Gesetzeswerk des SGB 11 die von Langzeitpflegeeinrichtungen zu erbringende Leistungsqualität in jeder erdenklichen Hinsicht und

---

stehen Pflegedienste mit ihrem qualifizierten Personal, wenn überhaupt, nur bedingt zur Verfügung, da derartige Aufgaben für sie nicht kostendeckend sind und den zeitlichen Rahmen des im Einzelfall für sie Möglichen schnell sprengen können. Die Zusammenarbeit ambulanter Pflegedienste mit niedrighwelligen Diensten („Betreuungsdiensten“) und ehrenamtlichen Helferkreisen ist teilweise zwar vorhanden und gut organisiert, doch herrscht auch hier Personalmangel.

im Hinblick auf sämtliche Erwartungen und Wünsche von Pflegebedürftigen zu regeln.

Ein wesentliches, zumindest hinsichtlich ihrer Voraussetzungen weitgehend verwirklichtes Ziel der Pflegeversicherung ist es vielmehr gewesen, Versorgungssicherheit auf der Basis einer durch Wissenschaft und Forschung jeweils begründeten „Fachlichkeit“ der Langzeitpflege (dauerhaft) zu instituieren.

„Fachlichkeit“ der Pflege, diese durchaus verstanden in einem weitem, „direkte“ Pflege, Administration und „soziale Betreuung“ umfassenden Sinne, ist allerdings, wie oben gezeigt, für eine idealtypisch von ihren Klienten erwartete „familiale“ Pflege nur ein notwendiges, keineswegs aber bereits ein hinreichendes Kriterium.

Insbesondere haben Intention und Verwirklichung von Fachlichkeit im Ordnungs- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung dazu geführt, Langzeitpflegen als geschlossene soziale Systeme zu konfigurieren.

Weil die Pflegeversicherung Langzeitpflegesysteme grundlegend nach dem Muster (klinischer) „Expertensysteme“ modelliert, konnte sie zu einem Gesetzeswerk entwickelt werden, das hinsichtlich Detaillierungs- und Präzisionsgrad seiner Bestimmungen seinesgleichen sucht und weit über das hinausgeht, worauf ein Versicherungssystem dem Grunde nach sich beschränken sollte.

Und dies nicht trotz, sondern wegen der von Politik und Gesetzgeber vertretenen Überzeugung, dass das mit der Pflegeversicherung installierte Versorgungssystem vor einer Marktfindung von Pflegeleistungen, von Leistungsqualität und Preisen weitgehend zu schützen sei und stattdessen als ein spezielles zentralistisches, das heißt immer auch: staatlich organisiertes System der Bewirtschaftung realisiert, erhalten und entwickelt werden müsse.

So wurden, statt Markteintritte und -austritte von Leistungsanbietern über Leistungspreise und Leistungsqualität durch die Nachfrage, also

auf einem bzw. durch einen (zu regelnden, zu hegenden) Markt<sup>91</sup>, steuern zu lassen, per Gesetz und ohne Rücksicht auf die jeweils bestehenden (und sich verändernden!) Kundenwünsche sowohl die mögliche *Pflegeleistungsdiversität*, d.h. die für jeden Pflegebedürftigen überhaupt nur abrechenbaren *Leistungsinhalte* (klassifiziert nach Grund-, Behandlungspflege, sozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung und hier jeweils abgegrenzt bestimmt), die dem einzelnen zustehende *Leistungsmenge*, gleichsam das Mengengerüst (mittels Pflegestufen und nun Pflegegraden) mit den hierfür zu zahlenden *Preisen* (gleichwie das Verfahren der Preisfindung durch die Vertragspartner) sowie die jeweils zu erbringende und vom Empfänger zu erwartende *Leistungsqualität* und hierfür die vom Anbieter vorzuhaltende *Organisation und Administration* mit einem hierfür eigens geschaffenen und ebenfalls gesetzlich bestimmten detaillierten und hochpräzisen Qualitätsmanagementsystem mit einer extrem hohen Kontrolltiefe und -dichte für jeden Anbieter verpflichtend festgelegt.<sup>92</sup>

Selbstredend kommt ein solches System aufgrund ungebremst steigender Kosten nicht umhin, auch auf die Nachfrage noch steuernden Einfluss zu nehmen und hierfür den Grundsatz „Ambulant vor stationär“ vorzuhalten.

Es darf angenommen werden, dass, wenn überhaupt, kaum eine andere wirtschaftlich bedeutende Branche ähnlich tiefenscharf bis in die feinsten Verästelungen der Nachfrage und des Leistungsangebots

---

<sup>91</sup> Gehegt werden müsste ein solcher Markt aus Gründen der Aufrechterhaltung von Versorgungssicherheit für wirtschaftlich bedürftige Zielgruppen und als Ergänzung von individuellen Fördermaßnahmen.

<sup>92</sup> Jede Leistung wurde gelistet und mit einem Preis versehen, sodass als Ergebnis eine Pflege nach Minuten festzustellen und kritisiert worden ist. Dass eine „Pflege nach Minuten“ nicht dadurch verschwindet, dass der Leistungsbedarf zukünftig nach Graden, statt wie bisher nach Stufen, ermittelt wird (weil das Personal auch weiterhin nach Zeit bezahlt werden wird), sollte nicht übersehen werden.

sowie der Organisation und Betriebsführung reguliert und gesteuert ist wie der Pflegesektor, ja man darf sagen, überreguliert und übersteuert worden ist.

Dies alles mit der für tragfähig erachteten Begründung, dass man die Schwächsten der Schwachen, die Pflegebedürftigen und entsprechend eingeschränkt Handlungsfähigen, nicht dem „kalten“ Markt und seinen Gesetzen ausliefern dürfe, ohne zu bedenken, ob nicht gerade die Schwächsten der Schwachen in Anbetracht der dadurch ständig steigenden Kosten noch schwächer werden.

Und dies wiederum mit dem (zu erwartenden) paradoxen Effekt, dass die befürchteten (aber kaum anderswo derart noch anzutreffenden) Marktverhältnisse umso ungebremster auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte (mit ständig nach oben sich windenden Gehaltsspiralen) Einzug gehalten haben und in den aufgrund der Kostenbelastung unvermeidbar auf Effizienz getrimmten Pflegeeinrichtungen eine Art „Taylorisierung“ der Arbeitsorganisation und Pflegearbeit stattgefunden hat (vgl. Schniering, S., 2021).

Unter den bestehenden rechtlichen Bedingungen ist es zugelassenen Einrichtungen dann auch gar nicht möglich, ein anderes, stärker an den Erwartungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen orientiertes Pflegeangebot zu entwickeln und vorzuhalten.

Die zahlenmäßig relativ geringe Inanspruchnahme zugelassener Pflegedienste und der häufig beklagte Verfall nicht geltend gemachter Leistungsansprüche durch Pflegebedürftige und Familienangehörige mögen auch darin eine Erklärung finden<sup>93</sup>, dass die Pflegeversicherung gleichsam zu einer „Versicherung“ zugelassener Einrichtungen geworden ist, die nur mit hoher administrativer Kapazität betriebsfähig sind.

---

<sup>93</sup> Die Angehörige eines Pflegebedürftigen erregte sich darüber, dass der Pflegedienst beim Erstgespräch sich ihr wie ein Lieferdienst mit einer Art Menükarte präsentierte, aus der sie sich das Gewünschte hätte aussuchen sollen.

Und nur wenn man erkennt, dass der Pflegeversicherung, erwartungswidrig gegenüber ihren Klienten und nirgends expliziert, ein theoretisches Vorverständnis von Langzeitpflege als einem (geschlossenen) Expertensystem zugrunde liegt, wird überhaupt verständlich, warum alle Bemühungen, die „versäulte“, nach ambulant, teilstationär und vollstationär strikt getrennte Angebotsstruktur klientenorientiert aufzubrechen, nicht von der Stelle kommen.

Alternative Versorgungskonzepte werden stattdessen, wenn überhaupt, in mühsam mit den Kostenträgern zu verhandelnde „Modellvorhaben“ (z.B. nach § 45c SGB 11) zur Verwirklichung abgeschoben, um dort eine unbestimmte Zukunft zu fristen.<sup>94</sup>

Und es wird verständlich, warum sich – wie im Folgenden exemplarisch zu zeigen ist – längst unter Inanspruchnahme des Pflegegeldes eine pflegerische Parallelversorgung nahezu bar jeglicher versicherungsrechtlichen Anerkennung, Qualitätssicherung und Kontrolle mit der Zielsetzung einer guten familialen Pflege durch Angehörige entwickelt hat, die unterstützt sowohl durch nicht oder nur formell gering („niedrigschwellig“) qualifizierte bzw. geschulte Hilfen, jedoch auch durch ausgebildete Pflegekräfte die Pflege in der Bundesrepublik mit aufrechterhalten.

Zwar sind die Gründe für die Wahl von Pflegegeld statt von Pflegesachleistung vielfältiger und im Einzelfall sicherlich verschiedener Art.

---

<sup>94</sup> So z.B. der lange, noch fortwährende (2022) Kampf um Rechtssicherheit für das vielversprechende Modellprojekt „Stambulant“ im „Das Mitmach-Pflegeheim“ (Rheinaue in Wyhl, BeneVit Gruppe); ferner die Diskussionen zur Umsetzung des niederländischen Modells „Buurtzorg“ in der Bundesrepublik; die Schwierigkeiten, eine „Nachtpflege“ oder eine „Wochenendpflege in den Räumlichkeiten von Tagespflegen anzubieten, für die nach Kenntnis des Autors nicht einmal ein Modellstatus zu erhalten gewesen ist.

So bessert das Pflegegeld die Haushaltskasse in vielen Fällen nicht unerheblich auf, zumal bei Beauftragung eines Pflegedienstes ein Großteil der Pflegeaufgaben dem Angehörigen weiterhin überlassen bliebe.

Des Weiteren besteht vermutlich bei nicht wenigen eine Scheu, überhaupt die Dienste Fremder für Aufgaben, die den Intimbereich betreffen, in Anspruch zu nehmen und ihnen hierfür den Zutritt zu ihrer Wohnung zu gestatten.

Auch die weithin in den Medien kommunizierten Mängel und Skandale pflegeversicherungsrechtlich zugelassener Dienste und Einrichtungen können eine Entscheidung für das Pflegegeld beeinflussen.

Insbesondere aber erhalten Pflegegeldempfänger ein hohes Maß an Flexibilität, mittels des unterstützenden Einsatzes zusätzlicher Helfer den Aufbau eines privat organisierten Hilfenetzwerks mit ggf. höherem Stundenumfang bedarfsgerecht zu disponieren. Anders als bei einem Pflegedienst hat dies zudem den Vorteil, die zu beschäftigenden Hilfen selber aussuchen zu können, wenn diese nicht längst (z.B. als zuvor bereits beschäftigte Haushaltshilfen, Nachbarn, Freunde) bekannt gewesen sind.

Schließlich bleibt bei Pflegegeldbezug immer noch die Möglichkeit, später auftretende Versorgungslücken durch eine teilweise Inanspruchnahme von Sachleistungen und durch Beauftragung eines Pflegedienstes im Rahmen der Kombinationsleistung zu schließen.

So betrachtet, werden die bereits genannten Zahlen zumindest teilweise verständlich. Bezogen auf das Jahr 2019 wurden von den seinerzeit ca. 80 % (3.3 Millionen) zu Hause betreuten Pflegebedürftigen 64 % (2.1 Millionen) ohne Unterstützung durch einen professionellen ambulanten Pflegedienst und nur 30 % (980.000) mit Unterstützung eines solchen Dienstes gepflegt und versorgt (vgl. Fußnote 1).

## 5.2 Pflegenotstand selbst gemacht!

Zivilgesellschaftlich aversive Themen wie Bürokratisierung, Qualitätsprüfungen, Personalnotstand, Fachkräftemangel und -quoten sowie die Arbeitsbedingungen in der Pflege prägen längst deren verheerendes öffentliches Bild und binden dementsprechend die Aufmerksamkeit von Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit. Sie sind zu Dauerthemen mit wenig konstruktiven Lösungen geworden, gleichsam die „Klassiker“, die den Pflegediskurs beherrschen.

Die Situation der Langzeitpflege, medial drastisch in Szene gesetzt, hat Folgen nicht nur für die öffentliche Wahrnehmung des Pflegeberufs, dessen proklamierte Wertschätzung (zumal in Corona-Zeiten) oft nur die Kehrseite eines stillschweigenden Bedauerns für die in der Pflege Tätigen ist.

Festzustellen, dass sich nicht wenige Pflegekräfte aus ihrer Tätigkeit in zugelassenen Einrichtungen verabschieden (oder „innerlich“ bereits auf dem Absprung sind), d.h. für diese Tätigkeit verloren sind, um dann z.B. zu den in großem Umfang ausgebauten Prüfinstitutionen oder in die „Zeitarbeit“ zu wechseln (wo sie tendenziell bessere Arbeitsbedingungen aushandeln können) oder freiberuflich in der Pflege tätig zu werden,<sup>95</sup> sodass die Besetzung freier Stellen in den Einrichtungen oft nicht oder nur nach längeren Vakanzen gelingt.<sup>96</sup>

---

<sup>95</sup> Wer heute den Pflegeberuf in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ausübt, muss sich zu einem guten Teil seiner raren Zeit strecken. Denn eine solche Pflegekraft muss neben ihren bereits überbordenden regulären administrativen Aufgaben auch noch die jeweils aktuellen wissenschaftlich empfohlenen, politisch gewollten und schließlich gesetzlichen Neuerungen umsetzen. Und das erfordert wiederum, die Pflege muss sich zu einem großen Teil mit sich selber befassen. Von „Pflegen“ ist dabei noch gar nicht die Rede.

<sup>96</sup> Die Rechnung, in welchem Umfang Pflegekräfte in die pflegeadministrativen Bereiche und Institutionen, z.B. die Medizinischen Dienste oder Heimaufsichten, die Verbände, die Beraterszene etc. abgewandert sind, der eigentlichen

Diese Entwicklung hat gewiss viele Ursachen.

Eine Hauptursache ist sicherlich die pflegeversicherungsrechtliche Konstruktion von Pflegebedürftigkeit (Pflegegraden) in ihrer direkten (proportionalen) Verknüpfung mit dem Fachkräftebedarf: Steigen die Zahlen auf der einen Seite, steigt auch der Bedarf auf der anderen, was inzwischen zu einer „Erschöpfung“ des Arbeitsmarktes für Pflegefachkräfte geführt hat.

Bestrebungen einer künstlichen Verringerung des Fachkraftbedarfs durch Einsatz sogenannter „Pflegeassistenten“ liegen zwar nahe, stellen aber den bisherigen professionspolitisch „eisern“ verteidigten Fachkraftvorbehalt in Frage, der - ebenso künstlich - im neuen Pflegeberufegesetz (s. § 4 PflBG) ohne Widerspruch auf die dort u.a. genannten Erhebungs-, Organisations- und Analyseaufgaben reduziert worden ist.

Als mitursächlich für die Entwicklung ist ferner die mangelnde Attraktivität des Pflegeberufs zu nennen, die ihrerseits u.a. auf eine Entkoppelung der politisch-administrativen Ebene vom operativen Geschäft in den Pflegeeinrichtungen zurückgeführt werden kann. Denn genährt wird dadurch in den Pflegeeinrichtungen nur allzu oft die Meinung, dass „die da oben“ keine Ahnung haben - was in einem bereits überregulierten und weitere Regulierungen ständig erwartenden System zu einem katastrophalen Erlahmen des (für den Beruf unverzichtbaren) Engagements führt, zu Demotivation, Zynismus und schließlich Resignation und Austritten aus dem Beruf.

Beschleunigt wird dies alles durch den Umstand, dass bisher noch nahezu jede gesetzliche Neuerung in der Pflege für die dort Beschäftigten Mehrarbeit bedeutet hat, ohne dass der Nutzen dort in jedem Fall erkennbar geworden ist.

---

Arbeit „direkter“ Pflege also nicht mehr zur Verfügung stehen, hat m.W. noch niemand gemacht.

Der sog. „Pflegetnotstand“, das Fehlen an geeignetem Personal in der Langzeitpflege, ist – darüber sollte nicht hinweggesehen werden - ein Notstand in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen und als solcher zu einem nicht geringen Teil längst selbstverstärkend, durch politische Weichenstellungen und Fehlentscheidungen selbst gemacht.

Kritisch bzw. skeptisch im Hinblick auf ihre Generalisierbarkeit zu beurteilen sind in diesem Zusammenhang die Erfolgsaussichten einer Vielzahl von Projekten zu beurteilen, die längst verblichene Attraktivität des Pflegeberufs durch verbesserte „Arbeitsbedingungen“ zu neuem Leben zu erwecken.

Handelt es sich bei diesen Arbeitsbedingungen doch um Erfordernisse für Einrichtungsträger und Betreiber, um unter den ordnungs- und leistungsrechtlichen Vorgaben der Pflegeversicherung das „Produkt“ Pflege überhaupt bezahlbar anbieten zu können.

Man wird diese Bedingungen daher nicht ändern können, ohne diese Vorgaben selbst auf den Prüfstand zu stellen und sich von einigen Grundüberzeugungen, in denen sie verankert sind, verabschieden müssen.<sup>97</sup>

Zeitgemäße Anpassungen im Ordnungs- und Leistungsrecht der Pflegeversicherung, die eine grundlegende Erneuerung der bestehenden Einrichtungen und Dienste sowie eine Öffnung der Versorgungslandschaft für ergänzende, alternative Angebote ermöglichen würden, sind nach Lage der Dinge indes eher als unwahrscheinlich zu erachten.

---

<sup>97</sup> Ein Ansatz hierfür und für mehr Kreativität in der leistungsbezogenen Ausgestaltung der Versorgungsverträge böte § 69 SGB 11 („Sicherstellungsauftrag“), in dem bestimmt wird, dass beim Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen den Pflegekassen mit den Leistungserbringern „die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten“ sind.

Denn abgesehen von aller Sachnotwendigkeit, ist die Entwicklung und sind die Reformen der Pflegeversicherung längst zu einer selektiven, von maßgeblichen wirtschaftlichen Interessen dominierten Angelegenheit geworden. Einrichtungsträger und Betreiber verteidigen die gewachsenen und geschaffenen, in weitgehend standardisierten Versorgungsverträgen versteinerten Strukturen, die die Pflegeversicherung ihnen schließlich auskömmlich finanziert.

Was sich dem nicht fügt, wird – wenn überhaupt – in „Modellprojekte“ (die der Forschung zudem erforderliche Drittmittel bescheren) abgeschoben, oder – besser noch - privat finanziert.

### **5.3 Das Qualitätsverständnis der Pflegeversicherung**

Mit der in den vorangehenden Kapiteln entfalteten These, dass die Pflegeversicherung Langzeitpflege als ein geschlossenes (Experten-) System begreift, sie dies der Zulassung von Einrichtungen zugrunde legt und dadurch ein maßnahme-, insbesondere verrichtungsaffines Wissenschaftsverständnis der Pflege befördert hat (wie dessen Realisierung umgekehrt das Basisverständnis von Langzeitpflege als Expertensystem stärkt), kommt ein wichtiger weiterer Gesichtspunkt für die Bestimmung der pflegerischen Gestaltungsaufgabe in den Blick: die Unterscheidung von „Versorgungsniveaus“.

Denn der Unterschied von Verrichten und Gestalten schlägt sich nicht zuletzt in Niveauunterschieden der Versorgung, die auch Qualitätsunterschiede sind, nieder.

Wie wenig der Pflegediskurs auf solche Differenzen bisher Rücksicht genommen hat, zeigt das Schicksal des pflegeversicherungsrechtlich vielversprechenden, entgegen seiner Prioritätensetzung unter dem Druck der Pflegeverbände jedoch auf halbem Wege stehengebliebene und insofern gescheiterten Versuchs, durch geeignete (erforderlich: begünstigende) Bestimmungen im Ordnungs- und im Leistungsrecht

die Gründung klientenorientierter „Betreuungsdienste“, die auch Pflegeleistungen erbringen und abrechnen dürfen, zu befördern.<sup>98</sup>

Eine Chance, einer stärker an den Erwartungen und Wünschen ihrer Klienten orientierten gestaltenden Pflege auch zur Entlastung pflegender Angehöriger den Weg zu bahnen, wurde damit vertan.

Die Vielzahl hierfür geschaffener Fördermöglichkeiten, z.B. für den Aufbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, für ehrenamtliche Hilfsangebote, für den Aufbau von Einrichtungen der Selbsthilfe und von regionalen Netzwerken, sind hierfür kein Ersatz, weil selbst einfachste Pflegetätigkeiten von solchen Angeboten nicht erbracht werden dürfen.

Eine wirksame Entlastung pflegender Angehöriger von der häuslichen Versorgung findet hierdurch nicht statt.

Dabei kann nicht einmal behauptet werden, dass pflegeversicherungsrechtlich Gestaltungsaufgaben unbekannt und nicht erkannt worden wären. Schließlich lautet das in das Neue Begutachtungsinstrument (NBA) neu aufgenommene Modul 6 ja: „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“.

Nur handelt es sich hierbei um eine Gestaltungsaufgabe, die – im Rahmen des Begutachtungsverfahrens – daraufhin überprüft wird, ob der *Antragsteller* sie noch zu erbringen vermag.

Von einer solchen Blickrichtung aus gesehen ist es indes noch ein weiter Weg, sicherzustellen, dass diese Aufgabe auch seitens eines

---

<sup>98</sup> Auf die Notwendigkeit, die Gründung von Betreuungsdiensten zu befördern, hat jüngst noch einmal der Vorsitzende der „dbb beamtenbund und tarifunion“, Horst G. Klitzing, hingewiesen: „Wir brauchen hochwertige, bezahlbare und leicht zugängliche Pflege- und Betreuungsdienste, solche die die Situation der Pflegebedürftigen als auch die Situation derjenigen, die sich professionell oder informell um sie kümmern, verbessern. Die nationalen Akteure müssen jetzt dementsprechend handeln“, dbb beamtenbund und tarifunion, 18. Oktober 2022.

(zugelassenen) Leistungserbringern (z.B. Pflegedienstes), bereits bestehende Hilfen zumindest „ergänzend“<sup>99</sup>, wahrgenommen werden kann, wenn die Fähigkeit, die eigenen Lebensgewohnheiten fortzusetzen, beim Betroffenen nicht oder nur rudimentär noch vorhanden sind.

Und das gilt selbst dann, wenn das Formulargutachten für die Pflegeplanung eines Dienstes als Grundlage hergenommen wird, weil das Angebot (und die Einsatzplanung) jedes Dienstes wiederum eigenen, von den personellen und finanziellen Rahmenbedingungen vorgegebenen Erfordernissen folgt.

Und es ist ein noch weiterer Weg zu dem, was als Gestaltung einer für den Pflegebedürftigen annehmbaren, *familienähnlichen Lebensform* bezeichnet wurde. Denn die Begutachtung mittels des Instruments (NBA) legt auch im Modul 6 bei der Ermittlung von Beeinträchtigungen nur Mindestniveaus für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in Würde (§ 2 Abs. 1 SGB 11) zugrunde, die normativen Vorstellungen entspringen, ohne dass diese zwingend die tatsächlichen (bisherigen) Lebensgewohnheiten eines Antragstellers abbilden würden.

Die Denkungsart des SGB 11 macht hier starke Anleihen beim SGB 12.<sup>100</sup>

Tatsächlich würde eine über das Niveau solcher Mindeststandards hinausführende Inanspruchnahme pflegerischer Unterstützungsleistungen bei vielen schon aus Kostengründen scheitern, da der Sachleistungsbetrag in den verschiedenen Pflegegraden der Höhe nach

---

<sup>99</sup> „Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung“ (§ 4 Abs 2 SGB 11).

<sup>100</sup> In beiden Gesetzeswerken (SGB 11, SGB 12) werden „Wünsche“ der Leistungsempfänger unter dem Gesichtspunkt der „Angemessenheit“ begrenzt (vgl. § 2 Abs.2 SGB 11; vgl. § 74 Abs. 1 SGB 11; § 9 Abs. 2 SGB 12).

lediglich die Kosten einer Versorgung auf Mindestniveau deckt. Eine aufwendige Morgentoilette beispielsweise kann, wenn überhaupt, erhalten, wer in der Lage und bereit ist, Zuzahlungen zu leisten.

Die Differenzen, um die es hier geht, erschließen sich genauer noch mittels einer Anwendung von Unterscheidungen, die bisher zwar bereits verwendet, jedoch nicht explizit betrachtet wurden: der Unterscheidung zwischen notwendigen und hinreichenden Bedingungen, zwischen abstrakten und konkreten Bestimmungen und schließlich zwischen Erwartungen und Wünschen hinsichtlich einer solchen Pflege.

Was die zweite Unterscheidung betrifft, so lässt sich ihr Inhalt begrifflich folgendermaßen bestimmen: Erwarten wird man können, worauf ein „gewisser“ Anspruch, wenn auch nicht in jedem Fall ein Recht, auf Erfüllung besteht. Im Einzelfall kann für den Betroffenen, der da Erwartungen hegt, sogar eine gewisse Notwendigkeit ihrer Erfüllung bestehen, da nur dies es ihm ermöglicht, ein „möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 2 Abs. 1 SGB 11).

Für Wünsche gilt eine solche Notwendigkeit sicherlich nicht, zumindest wird man ihrer Erfüllung, auch wenn im Einzelfall eine moralische Verpflichtung dazu bestehen mag, kaum Notwendigkeit prädiszieren wollen. Eine Wunscherfüllung ist nichts, was einem mit Notwendigkeit zustehen würde.

Können Erwartungen, anders als Wünsche, somit durchaus auf Notwendigkeiten verweisen, so bedeutet dies: Ihre Erfüllung kann dem Betroffenen schwerlich vorenthalten werden, ohne dass ihn dies beeinträchtigen, ihn beschränken oder gar unzumutbar einschränken und in seiner Würde verletzen würde.

Mit Blick auf die Pflegeversicherung und hier speziell auf das neue Begutachtungsinstrument bzw. -assessment (NBA) ist daher leicht festzustellen, dass sich der pflegeversicherungsrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit auf „Notwendigkeiten“ bezieht.

Und zwar auf „Notwendigkeiten“ in einer doppelten Hinsicht: Zum einen können sich im Falle „gesundheitlicher“ Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den von den sechs Modulen<sup>101</sup> (§ 14 Abs 2 SGB 11) unterschiedenen Bereichen Leistungsansprüche gegenüber der Pflegekasse nur dann ergeben, wenn für die Betroffenen ein „selbständiges und selbstbestimmtes Leben“ ohne eine Hilfe durch andere nicht möglich wäre (vgl. § 2 Abs. 2 SGB 11), eine Hilfe in diesem Sinne also notwendig ist.<sup>102</sup>

Dementsprechend sind die sechs Module so angelegt, dass sie Bedingungen für ein „selbständiges und selbstbestimmtes Leben“ *jedes* Menschen benennen, also auf die *jeden* Menschen für ein würdevolles Leben betreffenden Lebensbereiche bezogen sind, sodass ihre Bestimmungen in dieser Hinsicht generalisierbar für alle Menschen sind.

Auf Notwendigkeiten bezogen sind die Module aber auch dadurch, dass ihre Bestimmungen nur abstrakte und im Rahmen der Begutachtung zu konkretisierende *Basisfähigkeiten*<sup>103</sup> benennen, über die zwar jeder Mensch verfügen sollte, die aber alle Menschen mittels mehr

---

<sup>101</sup> Modul 1: Mobilität. Modul 2: Grundlegende mentale Funktionen eines Menschen. Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen. Modul 4: Selbstversorgung. Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen. Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

<sup>102</sup> Dementsprechend sind die Module so angelegt, dass sie die Person hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungen zur Ermittlung des Pflegerads umfassend zu beschreiben ermöglichen. Die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter soll den „Gesamteindruck“ beschreiben können und „nicht nur eine Summe von Einzelbefunden und ein nachvollziehbares Bild der antragstellenden Person und ihrer Selbständigkeit festhalten“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Hrsg., 2021, S. 28).

<sup>103</sup> In Modul 3 („Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“) grundlegende psychische Verfassungen und Selbststeuerungsfähigkeiten.

oder weniger aufwändiger Praktiken und damit auf unterschiedliche Weise ausüben, sodass sie sich in ihren Lebensformen unterscheiden.

Wenn etwa in Modul 4 („Selbstversorgung“) unter Punkt F 4.4.2 („Körperpflege im Bereich des Kopfes“) die Fähigkeit des Kämmens der Haare aufgeführt wird, so erfolgt die Bewertung und damit die zu vergebende Punktzahl unter dem Gesichtspunkt, wie selbständig diese Verrichtung vom Antragsteller noch erbracht werden kann bzw. ob eine Unterstützung durch Dritte und ggf. in welchem Umfang hierfür erforderlich ist.

Das aber erfordert Konkretionen und einen Maßstab, um ein Mehr oder Weniger des erforderlichen Aufwands bestimmen zu können, den ein Antragsteller mit seinen Haaren betreibt bzw. betrieben haben will.<sup>104</sup>

Beides findet sich aber nicht im Gesetz oder im NBA, sondern bleibt dort abstrakt und aus gutem Grund der Gutachterin oder dem Gutachter zu konkretisieren überlassen.<sup>105</sup>

---

<sup>104</sup> „Die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter muss sich selbst ein Bild von den pflegerelevanten Schädigungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten der antragstellenden Person machen und diese dokumentieren. Dies geschieht durch Befragung, Untersuchung und Inaugenscheinnahme der antragstellenden Person mit ´den fünf Sinnen´ ohne apparativen Aufwand. Es sind die wesentlichen Funktionen zu prüfen, die für eine selbständige Lebensführung im Hinblick auf die Bereiche des Begutachtungsinstruments erforderlich sind“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Hrsg., 2021, S. 28).

<sup>105</sup> Aus *gutem Grund* „abstrakt“ (und nur gelegentlich durch Beispiele erläutert) und daher der Gutachterin oder dem Gutachter zur Konkretisierung überlassen bleiben diese im Gesetz als „Kriterien“ (§14 Abs. 2 SGB 11) bezeichneten Basisfähigkeiten, deren Beeinträchtigung für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit maßgeblich ist, gewiss in Anbetracht der möglichen Vielfalt von Konkretisierungsmöglichkeiten, die kein Gesetz oder Begutachtungsinstrument abbilden kann.

Komplizierte Frisuren etwa oder ein gewünschtes mehrknöpfiges Kleidungsstück, das im Unterschied zu einem einfachen Pullover nicht mehr selbständig angelegt werden kann, dürfen – schon aus rechtlichen Gründen – nicht zu einer höheren Punktzahl bzw. einem höheren Pflegegrad und damit höheren Leistungsansprüchen gegenüber der Pflegekasse führen.<sup>106</sup>

Basis der Begutachtung sind dementsprechend „Notwendigkeiten“. Diese hier verstanden im Sinne des Grads einer (noch) selbständigen und selbstbestimmten Ausübung normativ verstandener *Basisfähigkeiten*.

„Notwendig“ lässt sich in dieser zweiten Hinsicht daher auch mit „beschränkt auf das für ein Leben in Würde Erforderliche“ übersetzen, welches „normativ“ im Sinne von „gesellschaftlich verbreitet und akzeptiert“ jeweils gesetzt werden muss, für dessen Erfüllung im Falle von Einschränkungen eine Hilfe Dritter mittels zu erbringender Verrichtungen erwartet werden kann.

Hier treffen sich die Pflegeversicherung und eine verrichtungsaffine Pflegewissenschaft ein weiteres Mal und verstärken sich wechselseitig.

---

<sup>106</sup> Verallgemeinert lässt sich sagen, dass jede Ermittlung eines Pflegebedarfs oder Anlage einer Pflegeplanung nur mit Konkretionen arbeiten kann. Eine z.B. zeitliche Bestimmung des „Sich Kleidens“ gelingt eben nur, wenn bekannt ist, was angezogen werden soll. Auch für die Pflegebegutachtung gilt Entsprechendes. Hier obliegt es der begutachtenden Fachkraft, erforderliche Konkretionen für die Beurteilung der relevanten Beeinträchtigungen des Antragstellers vorzunehmen. Anhaltspunkte dafür gibt bedingt die Wohnung des Antragstellers, in der die Begutachtung zu erfolgen hat (§ 18 Abs. 2 SGB 11). Bedingt deshalb, weil auch solche Beeinträchtigungen zu ermitteln sind, für deren Konkretion die Wohnung ungeeignet ist, z.B. weil sie über keine Treppen oder keine Badewanne verfügt, Einschränkungen beim Treppensteigen oder Duschen aber durchaus zu ermitteln sind.

Über das Erforderliche hinausgehende Wünsche müssen für die Bestimmung des Pflegegrads unbeachtlich bleiben<sup>107</sup> und wären erst ein Thema für einen Fremddienstleister, z.B. einen Pflegedienst, der den Zeitaufwand in seiner Kalkulation hinterlegen und ggf. Zuzahlungen verlangen müsste.

Insbesondere prämiert das Begutachtungsinstrument keine aufwändigen Lebensstile oder Lebensformen.

Demgegenüber kann die Erfüllung eines verrichtungsbezogenen auf Mindeststandards bezogenen Pflegebedarfs seitens des Pflegebedürftigen *erwartet* werden.

Abweichungen hiervon werden nicht mit einer ggf. entsprechend höheren (oder niedrigeren) Punktzahl bewertet.

Nun ist eine solche Beschränkung der pflegerischen Versorgung auf Mindeststandards jedenfalls sozialrechtlich nicht zu beanstanden. Hier gilt im Übrigen wie überall, dass sich das Bessere derjenige leisten kann, der über die Mittel dazu verfügt.

So jedoch verstanden liest man die Bestimmungen des § 2 Abs .1 SGB 11 („Selbstbestimmung“) in einem etwas anderen Licht: „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“

Erhellte diese Bestimmung einerseits die leistungsrechtliche Struktur der Pflegeversicherung und das ihr inhärente, d.h. nicht ausdrücklich

---

<sup>107</sup> „Das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen wird allerdings insoweit eingegrenzt, als die Solidargemeinschaft nur für angemessene Wünsche im Rahmen des vorgesehenen Leistungsrechts einzustehen hat“ (GKV-Spitzenverband - Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, 21.04.2020).

thematisierte Basisverständnis von „Pflegequalität“, so liefert sie andererseits auch eine weitere Erklärung für die Tendenz, Langzeitpflege überhaupt auf die Durchführung von (notwendigen) Maßnahmen und insbesondere auf Verrichtungen zu beschränken. Lassen sich diese doch in jedem Fall kostengünstiger als Gestaltungsaufgaben erbringen und im Gegensatz zu diesen einer objektiven Kontrolle unterwerfen.

Denn pflegeorganisatorisch eröffnet eine solche Beschränkung die Möglichkeit, Langzeitpflege aus ökonomischen Gründen in technisch und pflegeplanerisch effizient handhabbare (modulare) Abläufe und Routinen zu zwingen, und hierin sogar ein unabdingbares Formerfordernis zu sehen – dies im Gegensatz zu dem, was für die Gestaltung einer Lebensform erforderlich wäre (vgl. dazu für die Krankenpflege: Rubeis, 2022).

Stattdessen wird die Versorgung auf einem gleichsam handwerklichen Niveau angesetzt. Auch der Einsatz von „Technik“ in der direkten Pflege, etwa von Robotern, wird allen dann nur noch ethischen Bedenken und Einwänden zum Trotz umso leichter befürwortet werden können, wenn es pflegeversicherungsrechtlich überhaupt nur um die Sicherstellung von „Notwendigkeiten“ mittels durchzuführender Maßnahmen geht.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> Die derzeit prominente Rolle von „Ethik“ im Pflegediskurs wäre dementsprechend zu hinterfragen. Denn eine Ethik, die den Einsatz von Technik in der direkten Pflege kritisch bewertet, müsste diese Kritik an die Pflegeversicherung richten und mit konkreten Forderungen, etwa der nach einer Erhöhung von Leistungen, z.B. des Pflegegeldes, verbinden. Das nämlich wäre die Voraussetzung, damit Pflegebedürftige sich eine ihren Bedürfnissen gemäß weniger „technische“ als vielmehr durch Personen zu erbringende Pflege zukaufen könnten.

## **6. MODERNISIERUNG DER LANGZEITPFLEGE**

### **6.1 „Sockel-Spitze-Tausch“**

Gäbe es eine gesetzliche Bestimmung, dass Langzeitpflege überall und ausschließlich nach pflegewissenschaftlichen Kriterien und Standards fachgerecht erbracht werden müsste, so wäre die Versorgung in der Bundesrepublik mangels eines ausreichend qualifizierten Personals längst zusammengebrochen.

Dies umso mehr, als eine derartige „Fachlichkeit“ einer Pflegekraft kaum an einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung, dem Vorlegen einer Urkunde, festzumachen ist, die heute für Einrichtungsträger und Personaleinstellungen als Einstellungsvoraussetzung vielfach einzig noch zählt.

Würde man die Fachlichkeit derzeit berufstätiger Pflegefachkräfte einem inhaltlichen, an pflegewissenschaftlichen Kriterien orientiertem Test unterwerfen, so würde das Ergebnis sehr wahrscheinlich ebenso bedrückend wie der Pflegenotstand selber sein.

Dass die Versorgung dennoch aufrechterhalten wird, zeigt, dass sie zahlenmäßig und oft auch fachlich auf breiteren Schultern ruht, als es das Selbstverständnis der professionellen Pflege und ihrer Verbände suggeriert. Denn eine weitgehend privat verrichtete und organisierte Aufgabe und den Erwartungen und Wünschen entsprechende Pflege ist Langzeitpflege schon immer gewesen.

Tatsächlich wurden und werden Pflegeleistungen in erster Linie von Angehörigen, größtenteils also Laien, erbracht, die die Versorgung aufrechterhalten. Öffentlich wenig sichtbar und ohne mediale Aufmerksamkeit werden sie hierbei teilweise von selbstbeschafften Hilfen, ehrenamtlichen oder nachbarschaftlichen Helfern und Freiberuf-

lern unterstützt – und dies weitgehend unabhängig von den möglichen Formen der Angehörigenpflege (vgl. Kricheldorff, 2020).<sup>109</sup>

Geradezu „instinktiv“ verwirklichen sie damit eine Unterstützungsform, die Kahn/ Antonucci (1980) in ihrem „Social Convoy Modell“ als Grundlage von Lebensqualität und psychischem Wohlbefinden herausgearbeitet haben: das Eingebettensein in ein Netzwerk von sozialen Beziehungen und Personen, denen Vertrauen entgegengebracht wird und deren Werte und Ziele man weitgehend teilt (vgl. auch Becker, S. et. al, 2005).

Für die Pflegeversicherung, die sich zugutehalten kann, für die Pflege die Verwirklichung eines hohen Wissenschaftsanspruchs eingefordert und befördert zu haben, hätten daraus längst die richtigen Schlussfolgerungen gezogen werden können, was jedoch unterblieben ist.

Stattdessen wurde, über einen reinen Versicherungsauftrag weit hinausführend, das Gesetzeswerk der Pflegeversicherung mit aufschiebenden Verordnungen und Richtlinien zu einem Vorschriftenbündel für die Gründung und den Betrieb von Pflegeunternehmen („Einrichtungen“) ausgebaut, indem Angehörige (wie etwa die Dimensionierung des sogenannten „Pflegegeldes“ zeigt) bestenfalls eine randständige Rolle spielen, über die Befragungen vor allem „chronische Erschöpfung“ zu berichten wissen.

Pflegeversicherungsrechtlich befördert, wurde in kürzester Zeit ein ganzer Wirtschaftszweig „Pflege“ aus dem Boden gestampft, der heute allerdings hinsichtlich Leistungsfähigkeit („Personalnotstand“,

---

<sup>109</sup> Kricheldorff (2020, S. 20 ff.) unterscheidet vier Typen der Angehörigenpflege: Typ 1 – Familiäre Pflege im gemeinsamen Haushalt, Typ 2 – Ermöglichung von Aging in Place trotz Pflegebedarf (getrennte Haushalte), Typ 3 – Long Distance Care – Pflege in räumlicher Distanz, Typ 4 – Pflegenden Angehörige als vernetzte Akteure im Pflegemix, Typ 5 – Pflegenden Angehörige als Akteure in der stationären Langzeitpflege. Typ 4 kann sich mit den anderen Typen überlagern und entspricht weitgehend den im Text herausgestellten privat organisierten (Kleinst-) Netzwerken.

„Bürokratisierung“), Qualität („Kundenzufriedenheit“) und Finanzierbarkeit mit dem Rücken zur Wand steht und mehr Fragen aufwirft, als er selber noch beantworten kann.

Hier wurde, eindeutig bereits vom Ansatz her, der Fokus falsch gesetzt, um nicht zu sagen: genau anders herum, als es eigentlich erforderlich gewesen wäre.

Denn die Verwandlung von Pflege in Maßnahmen, ihre (dadurch ermöglichte) Einpassung in die Form von „Angeboten“, aus denen Pflegebedürftige als Nachfrager Leistungen bedarfsgerecht auswählen können, ist zwar für geschäftsmäßig betriebene Einrichtungen und Dienste (die ihre Leistungen nach Inhalt, Dauer und Zeit ertragsoptimierend planen müssen) unumgänglich, indessen entspricht eine derart organisierte Versorgung kaum noch dem alltäglich normalen Fluss des häuslichen Lebens.

Statt Langzeitpflege grundständig als „gesellschaftliche“ (noch einmal: nicht ausschließlich ehrenamtliche), von Pflegebedürftigen, i.d.R. ihren Angehörigen, mit oder ohne Inanspruchnahme von Angeboten Dritter zu organisierende Aufgabe in Ansatz zu bringen, für die Versicherungsleistungen bedarfsgerecht eingesetzt werden können, wurde die privat erbrachte und privat organisierte Pflege „randständig“ auch dadurch gemacht, dass jede noch so geringfügige pflegerische Verrichtung heute unter „Professionsvorbehalt“ steht, um mit der Pflegekasse abgerechnet werden zu können.

Dies im Übrigen im Gegensatz zum bereits bei Einführung der Pflegeversicherung von allen vertretenen Parteien hervorgehobenen Grundsatz der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen.<sup>110</sup>

---

<sup>110</sup> Im Gesetzentwurf der Fraktion der SPD aus dem Jahr 1993 heißt es: „§ 1 Aufgabe der Versicherung. (1) Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen die Führung eines selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen oder zu erleichtern und die Bereitschaft von Pflegepersonen zur Betreuung und Pflege

Denn die Selbstbestimmung endet heute da, wo es um Fragen zur Gestaltung der Versorgung und Pflege geht: Weit entfernt davon, eine Pflege gemäß ihren Vorstellungen gestalten zu können, sind Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf die Inanspruchnahme eines gleichermaßen standardisierten wie für sie oft (zeitlich, personell) unpassenden Pflegeangebots angewiesen, um Leistungen überhaupt mit der Pflegekasse abrechnen zu können.

Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen wurde im bis heute geltenden SGB 11 auf die *Auswahl* eines vorgefertigten, durch die Vertragspartner hinsichtlich Inhalts und Kosten weitgehend festgelegten Angebots reduziert.

§ 2 Abs. 2 SGB 11 spricht diesbezüglich eine klare Sprache: „Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen.“ Doch selbst dies ist eine Bestimmung, die in Anbetracht von Aufnahmeengpässen, Pflegeplatzmangel, Angebotsmangel zumal in ländlichen Regionen, und im Falle einer Inanspruchnahme hoher, ständig steigender Kosten für viele auf dem Papier nur steht.

---

von Pflegebedürftigen zu stärken. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen dazu beitragen, die bei Pflegebedürftigkeit entstehenden persönlichen und wirtschaftlichen Belastungen zu verringern“ (Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode Drucksache 12/1156, neu, 1993). Die entsprechende Passage im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. aus dem Jahr 1993 lautet: „§ 2 Selbstbestimmung. (1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“ Weiter: „§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege. Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode Drucksache 12/5262, 1993).

Heißt es im Entwurf der SPD von 1993: „Das Abwälzen der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung bei der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit auf Familien und Sozialhilfeträger ist schon lange sozialpolitisch untragbar und überfordert die Leistungsfähigkeit der Familien“ (S. 2), so wurden durch das beschlossene Gesetz Familien nicht nur von der finanziellen Verantwortung für Aufgaben der Pflege entlastet, sondern auch von deren inhaltlicher Gestaltung, was immer weniger Zustimmung findet.

Was stattdessen bereits seinerzeit zweckmäßig gewesen wäre und heute umso dringlicher geworden ist, lässt sich mit einer Übertragung der im Zusammenhang mit Reformvorschlägen zur Finanzierung von Pflegeleistungen geläufig gewordenen Wendung („Sockel-Spitze-Tausch“<sup>111</sup>) anschaulich machen:

Leistungsrechtlich sollten als Basis oder „Sockel“ der pflegerischen Grundversorgung, statt wie bisher zugelassene Einrichtungen und anerkannte Angebote, ganz im Sinne des erwähnten „Social Convoy“-Modells von Kahn und Antonucci (1980) die Betroffenen, ihre Familien, i.d.R. die verbliebenen Angehörigen, gestärkt und in die Lage versetzt werden, die Organisation der Pflege für „ihre“ Pflegebedürftigen mit nahestehenden, bekannten oder zumindest selbstausgesuchten Personen so lange es ihnen möglich ist, sicherzustellen.

Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen sollte es ermöglicht werden, bei Inanspruchnahme von selbstbeschafften Helfern<sup>112</sup> mit für sie

---

<sup>111</sup> Vgl. Rothgang/Kalwitzki/Cordes, 2019; Rothgang/ Kalwitzki, Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, o.J., o.O.

<sup>112</sup> Zwar sind die gesetzlichen Möglichkeiten auch für Einzelpersonen, Leistungen über die Pflegekasse abrechnen zu können, in den letzten Jahren verbessert worden; doch heißt das nicht, dass sie administrativ auch vereinfacht worden wären. Zudem sind diese Leistungen auf Betreuungsleistungen, etwa auf „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (nach § 45a SGB 11) oder „Angebote zur

überschaubarem finanziellem Risiko handlungsfähig zu bleiben - wenn es denn überhaupt Aufgabe einer Versicherung ist, bestehende Risiken zu mindern bzw. abzusichern.<sup>113</sup>

Hierfür sollten, wenn nicht *durch* die Kommunen, so doch durch kommunal beauftragte Dienstleister für die Kommunen zweckmäßige Hilfsangebote geschaffen und vorgehalten werden, die den Pflegebedürftigen und ggf. deren Angehörigen diese Aufgaben (z.B. die Suche oder Vermittlung geeigneter Helfer) erleichtern.<sup>114</sup>

---

Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender“ (nach § 45b SGB 11), beschränkt. Pflegeleistungen sind davon ausdrücklich ausgenommen, sodass auch diese – sollten solche situativ (wie etwa Transferleistungen) erforderlich werden und erbracht werden müssen – unter der Rubrik „Betreuung“, „Alltagsbegleitung“, „Entlastung“ etc. abgerechnet werden müssen – mit fraglichem Versicherungsschutz. Zwar dürfen nun auch Einzelpersonen nach aktueller Gesetzeslage in Bayern den Entlastungsbetrag (gemäß § 45b SGB11: 125 EUR) abrechnen, wohingegen sie nach dem Bayerischen § 82 Abs. 4 AVSG – am Bedarf und dem verfügbaren Potential an solchen Kräften vorbei - „nur in besonders gelagerten Fällen Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen“ (nach § 45a SGB 11) dürfen. Ihre Anerkennung bleibt daher eine Ausnahme. Demgegenüber darf das durchaus zweckmäßige gesetzliche Anliegen, durch Betreuungsdienste ein vereinfachtes Versorgungsangebot zu schaffen, aufgrund des gesetzlich beschränkten Leistungsumfangs und der doch weiterhin relativ hohen administrativen Voraussetzungen als solitäres Angebot weitgehend als gescheitert gelten und ist vielmehr vor allem als Ergänzung für bereits zugelassene ambulante Pflegedienste interessant geworden.

<sup>113</sup> Insbesondere ist hierfür die derzeitige Höhe des (bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Sachleistungen/ Kombinationsleistungen ggf. verbleibenden) „Pflegegeldes“ für derartige Aufgaben der Selbstorganisation unzureichend (vgl. Hielscher, V. et al., 2017).

<sup>114</sup> Das Erfordernis einer stärkeren kommunalen Zentrierung von Versorgungsangeboten hat bereits der „Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 20. Mai 2009 hervorgehoben: „Angesichts dieser Herausforderungen kann man auf die Stärkung der sozialräumlichen Orientierung und den Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements, auf selbst

Speziell für den Fall, dass Angehörige nicht oder nicht mehr verfügbar sind, wären zudem auf kommunaler Ebene Voraussetzungen für die Übernahme erweiterter Organisations- und Vermittlungsaufgaben (unter Einbezug natürlich auch von Pflegediensten, aber organisatorisch unabhängig von ihnen) zu schaffen, um die Versorgung im Einzelfall sicherzustellen.<sup>115</sup>

Leistungsrechtlich betrachtet, über die Grund- bzw. Sockelversorgung hinausgehend und dadurch erst die „Spitze“ bildend, würden zugelassene Pflegedienste und Pflegeheime dadurch die Chance erhalten, ihre Angebote jeweils klientenorientiert auszugestalten. Insbesondere sollten sie sich ggf. nachfragegerecht spezialisieren können.

Dies auch im Hinblick auf die Vielfalt solcher Fälle, in denen die Versorgung durch Angehörige oder mittels selbstbeschaffter Hilfen nicht, nicht mehr (da z.B. fachlich überfordernd) oder nur teilweise noch möglich ist.

Die derzeitigen (vertragsgemäßen) Standardangebote bilden hierbei, wenn überhaupt, nur ein Basisangebot (vgl. Rothgang/ Kalwitzki, 2019).

Natürlich handelt es sich bei solcherart erforderlichen Anpassungen der Pflegeangebote in Zeiten sich verändernder und größtenteils bereits veränderter Dienstleistungserwartungen ihrer Klienten um eine erhebliche Herausforderung für die etablierten Leistungserbringer.

Diese allerdings haben einen nicht minder erheblichen Rückstand an Innovativität aufzuholen, durch die sie – pflegeversicherungsrechtlich

---

organisiertes Engagement der älteren Generation, eine bessere Vernetzung von Hilfen und eine verstärkte Bemühung um wohnortnahe Hilfen nicht verzichten“ (S. 14).

<sup>115</sup> Rechtliche Voraussetzungen wurden ansatzweise bereits mit § 7c SGB 11 („Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung“) geschaffen. Allerdings haben Pflegestützpunkte bislang in vielen Regionen nicht überzeugen können, was die Kritik an ihnen zeigt.

befördert – bisher keineswegs glänzen konnten, sind Strukturen und Inhalte der bestehenden Versorgungsangebote seit Beginn der Pflegeversicherung doch nahezu unverändert geblieben.

Auch der erhebliche Qualifizierungszugewinn der Pflegekräfte und die erweiterten pflegerischen Möglichkeiten sind in der Praxis aus denselben Gründen oft nicht angekommen, sieht man einmal von Verbesserungen der Behandlungspflege dank des (von außen induzierten) medizinischen Fortschritts ab.

Verkrustete Organisationsstrukturen können dann auch als ein „Markenzeichen“ der bestehenden Pflegeangebote erachtet werden, für die Träger und Betreiber in schöner Regelmäßigkeit die Preise anheben, ohne an eine Verbesserung des Leistungsangebots auch nur denken zu müssen.

Dieser Vorschlag eines „Sockel-Spitze-Tauschs“ zielt somit keineswegs auf die Aushebelung des öffentlichen-rechtlichen Vertragswesens, also der „Versorgungsverträge“, die die Pflegekassen derzeit mit den Leistungserbringern schließen.

Wohl aber darauf, die weitgehend standardisierten Inhalte dieser Verträge im Rahmen freier, durch einschlägige Vorgaben unbelasteter Verhandlungen aufzulösen, in denen alternative Versorgungsmodelle derzeit nicht vorgesehen sind und nur nach hartem, langwierigem Ringen, wenn überhaupt, als „Projekte“ mit ungewissen Zukunftsaussichten eingebracht werden können.

Sie zielen damit auch auf die Zusammensetzung der für diese Inhalte maßgeblich verantwortlichen Vertragspartnerschaften, die auf der einen Seite aus den Pflegekassen und auf der anderen Seite aus den Verbänden der Anbieter und Träger bestehen, unter denen Rolle und Einfluss (auch auf die Politik) des „Kartells“ der freien Wohlfahrtsverbände noch einmal neu und gesondert untersucht werden sollten.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Vgl. D. Meyer, 1995; ders., 1998.

Erst eine derartige Umkehrung der Gewichtung, ein „Sockel-Spitze Tausch“ im hier verwendeten Wortsinne, würde zudem einem Wettbewerb zwischen den Pflegediensten und zwischen den Pflegeeinrichtungen eine Chance geben, um Entwicklungspotentiale freizusetzen, die unter den derzeitigen Bedingungen nahezu vollständig standardisierter Angebote nahezu vollständig verkümmern.

Denn erst dann würden professionelle Anbieter sich die Aufgabe stellen und das Ziel setzen können, durch organisatorische Innovationen eine klientenorientierte beste Qualität abzuliefern, also „Spitzenleistungen“ zu erbringen, um an der „Spitze“ sich zu behaupten bzw. dorthin zu gelangen.

Dies im Übrigen mittels eines Qualitätsmanagements, das diesen Namen sich allererst verdienen müsste und nicht in erster Linie durch einen Ballast administrativer Bestimmungen ausgezeichnet ist, der den Zuständigen in den Einrichtungen jede Eigenmotivation dafür nimmt.

Bisherige Versuche einer Spezialisierung von Langzeitpflegeeinrichtungen im „Sockel“ der Versorgung, die grotesk scheitern mussten (was sich beispielsweise an den sogenannten „Pflegekompetenzzentren“ zeigen lässt, deren Leistungsangebot, nach großen Ankündigungen, von dem anderer Pflegeheime schnell ununterscheidbar wurde), würden dadurch aussichtsreiche Perspektiven erhalten.

Professionellen Angeboten würde dies ebenso wie der Langzeitpflege insgesamt die Möglichkeit eröffnen, ein Profil zu gewinnen, das derzeit für die zugelassenen Einrichtungen im Einerlei ihrer oft ohne fundierte Spezialkompetenzen (vielmehr „hineingeschultem“ Basiswissen für überforderte Mitarbeiter) vorgehaltenen Angebote bis zur Unkenntlichkeit verwässert ist.<sup>117</sup>

---

<sup>117</sup> Für die offenen Systeme einer Langzeitpflegeeinrichtung würde, bei umfangreicher und anspruchsvoller werdenden akutpflegerischen Leistungsanforderungen, eine stärkere fachliche Profilierung durch Auf- bzw. Ausbau den

Wäre, so wird man rhetorisch fragen dürfen, bei einer derart anderen („vertauschten“) Schwerpunktsetzung mit einer entsprechend gestärkten Förderung der häuslichen Versorgung nicht eine etwas andere Landschaft von personellen und pflegerischen Angeboten entstanden, als sie heute besteht und exponentiell im Ausbau begriffen ist?

Hätte es nicht statt einer wuchernden bis in den kleinsten Winkel der Republik sich ausbreitenden Vielzahl von Pflegeheimen mit immer den gleichen weitgehend gesetzlich vorgeschriebenen „standardisierten“ (!) Angeboten, die sich nur hinsichtlich des Engagements ihrer Leitungskräfte und Mitarbeiter (die ebenfalls „Erschöpfung“ vermelden) „qualitativ“ unterscheiden und Angehörige zu „Besuchern“ und Pflegebedürftige zu Zuschauern ihres eigenen Verfalls werden lassen, auch alternative Optionen gegeben?

Hätte man nicht, statt mit Pflegediensten Verträge nach Art einer Reparaturvereinbarung abzuschließen und Pflegebedürftige zu „Kunden“ zu machen, anstatt also Fehlentwicklungen zu befördern, ein stärker klientenorientiertes Angebot auch von Pflegediensten und Pflegeheimen schaffen können, das differenzierte wahlfreie Leistungen kennt (was heute für jeden Handwerker oder jedes Autohaus selbstverständlich ist), um eine „gute“ Pflege sicherzustellen, die bezahlbar bleibt?

## **6.2 Pflegende Angehörige als effiziente „Netzwerker“**

Statt zugelassene und anerkannte Angebote, sofern sie überhaupt verfügbar sind, in Anspruch zu nehmen, gehen viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen längst andere Wege, um eine von ihnen gewünschte Versorgung sicherzustellen.

---

langzeitpflegerischen Bedarfen angepasster Überschneidungsbereiche zu den geschlossenen klinischen „Expertensysteme“ zweckmäßig werden.

Zwar erfolgt dies oft aus der Not heraus, die individuelle Versorgung anders nicht gewährleisten zu können, aber eben auch mit dem Zweck, die Mängel des pflegeversicherungsrechtlich installierten Versorgungssystems zu umgehen und hinter sich zu lassen.

Seniorenerechte „Großformate“ wie Seniorencafés, „Bunte Nachmittage“ und Veranstaltungen vielgestaltiger Art, die in den Gemeinden und Stadtvierteln mit großem Engagement oft ehrenamtlich tätiger Akteure und Initiativen angeboten werden, erreichen ohne weitere „Quartiersarbeit“ nur bestimmten Zielgruppen und können bei diesen für temporäre Abwechslung und Geselligkeit sorgen. Sie sind daher ohne Frage wichtig, erfüllen aber noch keineswegs im engeren Sinne den häuslichen Bedarf und entsprechende Bedürfnisse.

Dies ebenso wenig, wie ein Restaurant die eigene Küche zu ersetzen vermag.<sup>118</sup>

Pflegebedürftige und Angehörige spezifizieren, organisieren und realisieren, soweit es ihnen möglich ist, dies ein Ergebnis des im Anhang beschriebenen Projekts, ihre Ansprüche und Erwartungen an die Pflege in Form privat initiiertes offener häuslicher Pflegenetzwerke und ziehen hierfür, je nach Budget, in erster Linie frei verfügbare Einzelkräfte sowie, nur um Lücken zu füllen, zur Unterstützung ggf. auch Pflegedienste hinzu.

Als Privatzahler können sie dadurch - mit allerdings hohen, von ihnen selbst zu tragenden Kosten – sich der Fesseln der pflegeversicherungsrechtlich zugelassenen Angebote teilweise entledigen, was allerdings bereits auf Grenzen der Selbstorganisation hinweist, die zudem einen

---

<sup>118</sup> Der Schwerpunkt des unten ausführlich beschriebenen Vorhabens „SeniorFFB“ lag dementsprechend auf *häuslicher* Versorgung, wobei eine Vernetzung mit den bereits bestehenden einschlägigen Hilfsangeboten und Diensten angestrebt wurde.

hohen, bei den Betroffenen bis zur Erschöpfung führenden Aufwand erforderlich macht.<sup>119</sup>

Denn die anfallenden Aufgaben, von den hohen Kosten<sup>120</sup> ganz abgesehen, sind vielfältig. Sie umfassen die schwierige Suche nach geeigneten Kräften, die derzeit auf einem „grauen“ Markt ohne zureichende Informationen rekrutiert werden müssen und für die es in den Kommunen keine belastbare Vermittlung gibt – auf entsprechenden Online-Portalen wird mehr versprochen, als dann gehalten werden kann. Zudem muss laufend „nachjustiert“ werden. Beispielsweise ist bei Engpässen oder Ausfall einer Unterstützungskraft (wegen Urlaubs, Krankheit) Ersatz zu finden, um die Versorgung aufrechtzhalten oder beim Ausscheiden einer Pflegekraft aus dem Dienst eine Nachrekrutierung vorzunehmen.<sup>121</sup>

Angehörige können gleichwohl wahre Netzwerkkünstler sein, denen es gelingt, privat organisierte Pflegenetzwerke, die durchaus drei oder

---

<sup>119</sup> Häusliche Pflegesysteme, in denen maßgeblich Angehörige eines Pflegebedürftigen tätig sind und die von ihnen organisiert und gesteuert werden (was u.a. den Einsatz von Unterstützungskräften betrifft), werden im Folgenden als „familiale“ Systeme bezeichnet. Nicht jeder Pflegebedürftige aber hat Angehörige, die sich um ihn kümmern oder Pflegeaufgaben übernehmen, sodass der Ausdruck „häusliche“ Pflegesysteme der allgemeinere ist und hier entsprechend verwendet wird.

<sup>120</sup> Insbesondere bremsen die nicht vorhandenen oder nur geringen Möglichkeiten, die eigene Organisationsarbeit und selbstbeschaffte Hilfen durch die Pflegeversicherung zu refinanzieren, generell wie im Einzelfall den nachfragegerechten Ausbau solcher Pflegesysteme. Unterstützende Dritte müssen über das Pflegegeld und ggf. den Einsatz von Mitteln aus der Verhinderungspflege hinaus aus privaten Mitteln und daher oft „schwarz“ vergütet werden (da sonst überhaupt niemand zu finden ist), sodass die verfügbaren Budgets schnell erschöpft sind.

<sup>121</sup> Auch existieren regionale Disparitäten (selbst in den Gemeinden der Projektregion war dies der Fall), was die Verfügbarkeit geeigneter Unterstützungskräfte betrifft, sodass die Suche entsprechend aufwändig wurde und Engpässe nicht ausgeschlossen waren.

vier Hilfskräfte umfassen können, aufzubauen, zu „steuern“ und über die Zeit zu bringen.

Das vielfach gehegte Bild des vereinsamten pflegenden Angehörigen stimmt zumindest in dieser Hinsicht nur bedingt.

Offene privat organisierte häusliche Pflegesysteme bzw. Netzwerke sind, darüber sollte man keine Illusionen hegen, unter den derzeitigen pflegeversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen in vielen Fällen „improvisierte“ Systeme.

Änderungen bzw. Anpassungen zur Sicherung ihres Pflege- und Versorgungszwecks müssen von den Betroffenen ohne ausreichende Informationen<sup>122</sup> und Vorausschau ad hoc vorgenommen werden, und zwar ohne die Möglichkeit einer Delegation von Aufgaben. Bereits kleinste Irritationen machen daher u.U. erhebliche Anpassungen und Reorganisationen erforderlich und können leicht zu einem Zusammenbruch eines Systems führen.

Privat organisierte häusliche Pflegesysteme operieren in hohem Maße unter Unsicherheit, die nur durch Informationsgewinnung und Informationsverarbeitung reduziert werden könnte. „Unsicherheitsabsorption“ indes erfordert Organisation, die offene häusliche Pflegesysteme, wenn überhaupt, aus Kapazitätsgründen nur in sehr begrenztem Umfang leisten können (vgl. Luhmann, zweiter Teilband, 1997, S. 830 ff.).

---

<sup>122</sup> Lektüre von Zeitschriften oder Büchern zur Informationsgewinnung gelingt oft nicht, weil die Zeit dafür nicht reicht. Lektüre als Mittel zur „Desynchronisation von Kommunikation“ funktioniert für Pflegesysteme daher nur bedingt (vgl. Luhmann, Zweiter Teilband, 1997, 821 f.).

Was aber ist, wenn Angehörige ihrerseits ausfallen oder für solche Aufgaben nicht und zukünftig immer weniger zur Verfügung stehen?<sup>123</sup>

Nun wäre es allerdings völlig falsch, aus solchen Gründen den hier skizzierten Weg zu einer besseren Pflege deshalb als Sackgasse abzutun, der nicht weiter zu verfolgen ist.

Das Gegenteil wäre richtig!

Allerdings müsste, um den Weg erfolgreich zu Ende führen zu können, auf kommunaler Ebene eine pflegerische Infrastruktur mit umfassenderen Kompetenzen als bisher aufgebaut werden.

Dies wäre umso wichtiger, als pflegende Angehörige allen Prognosen zufolge eine zunehmend knappere Ressource werden. Hierzu tragen u.a. eine niedrige Geburtenrate, ein steigender Anteil berufstätiger Frauen und kinderloser älterer Personen maßgeblich bei (vgl. u.v.a. Naegele, 2014, S. 26 ff.).

Auf kommunaler Ebene ausgebaut werden müssten insbesondere die gesetzlich verankerten und mit hohem Aufwand betriebenen Beratungsstellen, z.B. Pflegestützpunkte.<sup>124</sup> Sie müssten über ihre derzeitigen Beratungsaufgaben hinaus die Aufgabe erhalten, materialiter die Vermittlung geeigneter (z.B. von ihnen entsprechend „gelisteter“) Einzelkräfte vorzunehmen und für Hilfesuchende eine Art pflegerisches „Case-Management“ zu organisieren. Letzteres insbesondere

---

<sup>123</sup> Das im Anhang dargestellte Projekt hat gezeigt, dass organisatorische Aufgaben in solchen Fällen auch von den zu Netzwerken bzw. Teams zusammengesetzten externen Kräften (Freiberuflern) übernommen worden sind.

<sup>124</sup> Interessant in diesem Zusammenhang auch das Konzept der „Pflegestützpunkte plus“, vgl. Hagedorn/Hänselmann/Emunds/Heimbach-Steins, 2022.

dann, wenn die anfallenden Aufgaben von Angehörigen oder anderen Nahestehenden nicht (mehr) übernommen werden können.<sup>125</sup>

Ansätze hierfür wurden, in den Bundesländern unterschiedlich ausgeprägt, mit den gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsstrukturen bereits geschaffen, müssten aber konsequent weitergeführt werden. In Anbetracht von Häufigkeit und Umfänglichkeit, in der im SGB 11 von Beratung, Pflichtberatung, Beratungsansprüchen, Beratungsstellen, Beratungsprojekten etc. die Rede ist und Beratungsaufgaben bestimmt werden, kann allerdings der Eindruck entstehen, die politisch hierfür Verantwortlichen würden der Beratung einen gleich hohen Stellenwert wie der Pflege selber zumessen.

Tatsächlich ist der bestehende hohe Beratungsbedarf in erster Linie der Komplexität eines Systems geschuldet, das – um von den Leistungsempfängern noch verstanden zu werden – sich ständig selbst auslegen und erläutern muss, weil es alles andere als selbsterklärend ist.

Es besteht aus den genannten Gründen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen somit kein Anlass zu einer Idealisierung selbstorganisierter einfacher Pflegenetzwerke, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen ein „Modell“ in erster Linie für Selbstzahler, die es sich leisten können, sind.

Belastungen und Engpässen sind auch sie ausgesetzt, was zeigt, dass durch die medial öffentlich in Szene gesetzte politische und pflegewissenschaftliche Diskussion über Schwachstellen und Mängel des pflegeversicherungsrechtlich bestimmten („offiziellen“) Versorgungssystems – hohe Kosten, mangelnde Versorgungsqualität, wenig Zeit für

---

<sup>125</sup> „Dem Case Management sowie der Beratung von zu pflegenden alten Menschen und ihren Bezugspersonen sowie von freiwillig Engagierten kommt (...) eine zentrale Rolle zu“ (Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz, 2020, S. 123).

den einzelnen Pflegebedürftigen Bürokratie, Personalnotstand, wechselndes Personal, Missstände in der häuslichen Versorgung – nur ein und wohl nur der kleinere Teil der Versorgungssituation beleuchtet wird.

Gleichwohl: Eine unbestimmt hohe Zahl von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige geben privat organisierten Netzwerken trotz aller Belastungen, die sie dadurch auf sich aufnehmen, den Vorzug vor der Beauftragung eines Pflegedienstes (oder gar einem Heimeinzug), um den Schwachstellen und Mängeln dieser Angebote zu entgehen - so lange dies nur irgendwie möglich ist.

Wenn trotz aller Erschwernisse für die Beteiligten privat organisierte Netzwerke hier dennoch verallgemeinernd als zielführend zumindest für eine Teillösung pflegeversicherungsrechtlich induzierter Versorgungsprobleme und -engpässe (u.a. hohe Kosten, Personalengpässe, Qualitätsdefizite, Bürokratie) herausgestellt und als flankierende Stärkung empfohlen werden, dann erfolgt dies unter folgenden Annahmen und aus folgenden Gründen:

- Es existiert in den Regionen (Gemeinden, Landkreisen) ein Potential an befähigten oder zumindest schulungsbereiten und im weiteren Sinne (für die soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Tätigkeiten geeigneten) auch pflegerisch teilweise bereits tätigen Unterstützungskräften bzw. Kandidaten für die Unterstützung selbstorganisierter bzw. zu organisierender einfacher offener häuslicher Pflegesysteme.<sup>126</sup> Hierbei handelt es u.a. um durch die frühere

---

<sup>126</sup> Dieser Annahme liegen, wie eingangs bereits festgestellt wurde, in einem regional begrenzten Projekt gewonnene Informationen zugrunde, die unbesehen nicht bzw. nicht ohne Weiteres auf andere Regionen übertragbar sind. Die Annahme müsste in anderen Regionen daher getestet werden. Um das Potential an Unterstützungskräften zu realisieren müssten zudem bedarfsgerecht unterstützende Angebote für den Aufbau und die Begleitung häuslicher Pflegesysteme auf kommunaler Ebene bereitgestellt werden. Weil eine Stärkung der häuslichen

Versorgung eigener Angehörige pflegeerfahrene Personen aber auch um ausgeschiedene Pflege- und Betreuungskräfte sowohl im aktiven wie im Rentenalter.

- Allerdings ist dieses Potential in den Gemeinden nur wenig sichtbar und für Unterstützungssuchende aufgrund fehlender Informationen entsprechend schwer realisierbar. Selbstorganisierte Systeme häuslicher Pflegen müssen in den Regionen von Betroffenen (zumeist Angehörigen) daher ihrem Bedarf und Bedürfnissen entsprechend teils allein, teils unter relativ geringer Inanspruchnahme zugelassener Pflegedienste und, insoweit auffindbar, durch Unterstützung selbstbeschaffter „freier“ Kräfte so gut es geht verwirklicht werden. Daran und somit an den Anforderungen einer „guten“ Pflege gemessen, erweisen sich häusliche Systeme allen Belastungen zum Trotz gleichwohl als relativ stabil.<sup>127</sup> Sie müssen daher als temporär funktionstüchtig angenommen werden, solange durch sie die Versorgung überhaupt aufrechterhalten werden kann und nicht in höherem Umfang professionelle Hilfe (die Hinzuziehung eines Pflegedienstes in größerem Umfang oder die Verlegung in ein Pflegeheim) erforderlich wird. Ob dies (früher oder später) der Fall sein wird und ggf. an welchen pflegerischen Anforderungen eine privat organisierte Pflege dann scheitert (z.B. die Sicherstellung nächtlicher Pflegeanforderungen, der Intimpflege), lässt sich generell nicht sagen und richtet sich im Einzelfall u.a. nach den fachlichen Fähigkeiten, den zeitlichen Möglichkeiten und der persönlichen Bereitschaft der jeweils privat rekrutierten Kräfte und der Angehörigen natürlich auch selber.

---

Pflege dringend erforderlich ist, sollte alles versucht werden, eine solche Stärkung herbeizuführen.

<sup>127</sup> Bezogen auf eine lt. Statistiken durchschnittliche Dauer der Angehörigenpflege von ca. vier bis fünf Jahren.

- Der Aufbau und der „Betrieb“ häuslicher Pflegesysteme erfolgt unter größten Anstrengungen und bis zur Erschöpfung der Betroffenen. Nicht nur im Einzelfall besteht für sie daher ein Bedarf an zielgenauen flankierenden Angeboten auf kommunaler Ebene, insbesondere einem offenen, transparenten Angebot geeigneter Unterstützungskräfte, der heute auch nicht ansatzweise erfüllt werden kann. Keineswegs ist es mit einem (immer weiteren) Ausbau von Beratungsangeboten getan, auf den die Politik das Problem (und dessen Lösung) verschiebt. Auch die Beurteilung der Qualität von Leistungen selbstbeschaffter Hilfen beruht derzeit zumeist auf „subjektiven“ Kriterien der Leistungsempfänger. Eine „objektive“ Qualitätssicherung der Angebote wird zukünftig umso unerlässlicher sein, als bei steigender Nachfrage nach Unterstützungsleistungen auf einem bisher schon „grauen“ Markt ein ungebremseter Zustrom weiterer Anbieter zu erwarten ist, sodass der Markt für die Nachfrageseite (Pflegebedürftige und pflegende Angehörige) auch in dieser Hinsicht zunehmend intransparent werden wird.
- Die für die Vorhaltung solcher Angebote und den Aufbau häuslicher Pflegesysteme erforderlichen Rahmenbedingungen sind derzeit erst ansatzweise gegeben (um nicht zu sagen: unterentwickelt) und müssten konsequent ausgebaut werden, was mehr oder weniger tiefgreifende Eingriffe in das das Ordnungs- und Leistungsrecht erforderlich machen würde. Allerdings ist schwer vorstellbar, wie anders denn als durch Realisierung des regional bestehenden Potentials an Einsatzkräften und regional bedarfsgerecht angepasste flankierende Maßnahmen der zukünftig weiter steigende Bedarf für Pflege und Versorgung *und* zugleich die Erwartungen an eine „gute“ Pflege erfüllt werden könnten.

### **6.3 Pflegeorganisatorische Konsequenzen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen wurden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Leistungsansprüche gegenüber den Pflegekassen dahingehend erweitert, dass psychische Problemlagen und auffällige Verhaltensweisen sowie soziale Gestaltungsprobleme im Alltagsleben nun anspruchsbegründend sein können.

Das betrifft beispielsweise Personen in einer „dementiellen“ Grauzone, die mangelnde Selbsteinsicht bezüglich ihrer eigenen Bedürftigkeit zeigen und deren Angehörige oder Nachbarn bereits Bedenken haben, sie längere Zeit allein zu lassen, weil die Betroffenen sich selbst gefährden oder Dritten Schaden zufügen könnten.

Es betrifft auch Personen in prekären Lebensverhältnissen, für die soziale Isolierung, Altersarmut, Verwahrlosung, Unterernährung, Suizidgefährdung, Misstrauen gegenüber Fremden etc. kennzeichnend sein können.

Und es betrifft schließlich mit großer Wahrscheinlichkeit all jene, die überhaupt ein höheres Alter erreichen werden und in der ein oder anderen Hinsicht hilfebedürftig, d.h. nun: pflegebedürftig, werden.

Aus dem Pflegeversicherungsgesetz ist durch diese Erweiterung der Leistungsansprüche, weithin unbemerkt, ein Pflege-Betreuungs-Hauswirtschaftshilfegesetz geworden. Ein grundsätzlicher Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht jetzt auch bei solchen Problemlagen, die mehr oder weniger jeden im Alter ereilen können.

Diese Erweiterung des Kreises potentieller Klienten ist aus unternehmerischer Sicht der wesentliche Unterschied zum alten körperbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Was allerdings unterblieben ist und im Gesetz nicht nachvollzogen wurde, ist eine Konsequenz, die zu ziehen angesichts der Erweiterung der Leistungsansprüche nahegelegen hätte: zugleich mit den erweiter-

ten Ansprüchen auch die Voraussetzungen für eine Reform und Erweiterung des Leistungsangebots zu schaffen.

Denn es gibt unter den bestehenden Rahmenbedingungen nicht annähernd genügend Dienste und in den Diensten Personal, um die erwähnten Personenkreise überhaupt, geschweige denn ihren Erwartungen gemäß zu pflegen, zu betreuen und zu versorgen.

Erforderlich hierfür wären zudem erhebliche Eingriffe in die Organisation der Leistungserbringung (Dienstplanung, Tourenplanung) und damit Änderungen der eingespielten Ablaufroutinen, das zugelassene Dienste und Einrichtungen als Wirtschaftsbetriebe unter den bestehenden Rahmenbedingungen entwickelt haben und praktizieren müssen.

Schon der Zugang zu den fraglichen Personenkreisen (Personen in einer „dementiellen Grauzone“, in prekären Verhältnissen lebende Hochbetagte, dementiell erkrankte Personen) kann äußerst aufwändig sein. So kann es Wochen dauern, das Vertrauen dieser Menschen zu gewinnen, ein Zeitaufwand, für den kein Pflegedienst Kapazitäten vorhalten kann und eine Finanzierung erhalten würde.

Ein direktes Zugehen, etwa auf der Basis eines Antrags (Pflegegrad), eines Erstbesuchs, einer Anfrage oder bereits eines Auftrags gelingt hier nicht. Deshalb sind auch Anbieter-Kundenbeziehungen, in die die Dienste Sozialbeziehungen planungssicher transformieren müssen, in den genannten Fällen zunächst ungeeignet und lassen sich erst zu einem späteren Zeitpunkt verwirklichen.

Nachgängig zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist daher festzustellen, dass hierdurch auch Personen zu Leistungsberechtigten werden können, die aufgrund ihrer Einschränkungen oft gar nicht in der Lage sind, *ohne Unterstützung Dritter* die ihnen zustehenden Ansprüche geltend zu machen, dass also die betreffenden Hilfeangebote diese Personen überhaupt nicht erreichen.

Und das ist gewiss kein Problem ausschließlich einer mangelnden Beratung oder eines Mangels an Beratungsangeboten.

Erforderlich für diesen Personenkreis wäre vielmehr ein Vorgehen, wie man es vom Ansatz des „Streetworking“<sup>128</sup> her kennt.

Auch sind Einsätze für die genannten Zielgruppen anders zu „tackeln“, als Pflegedienste, Betreuungsdienste und selbst anerkannte Angebote (§45a und § 45b SGB 11) es in der Regel leisten können.

Gelegentliche beiläufige Besuche, kurze Gespräche, Kurzbesuche gleichmäßig-ungleichmäßig über den Tag verteilt, können ergänzend zu erforderlichen planungssicheren Pflegeeinsätzen hilfreich sein, so dass ein klientenzentriertes (lokales) Kleinstnetzwerk mit einer Bezugsperson (und ggf. weiteren Helfern) eine geeignete Hilfestruktur darstellen würde.

Da die Leistungen der Pflegeversicherung den Zweck verfolgen, den „Pflegebedürftigen dabei zu helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 Abs. 1 SGB 11), wird man dies als Aufforderung zu verstehen haben, Lebenslagen und Lebensformen der adressierten Personengruppen zu stabilisieren, Vereinsamung und soziale Isolierung, auch zur Prävention weiterer Verschlechterungen des psychischen und körperlichen Zustands der Betroffenen, zu vermeiden (u.a. durch bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Hilfs-

---

<sup>128</sup> D.h., es geht es in erster Linie darum, einen Zugang zu Zielgruppen herzustellen, die sonst von keinem anderen institutionalisierten psychosozialen Hilfsangebot mehr erreicht werden. Grundlegend sind somit Kontaktaufbau und Beziehungsarbeit. Vertrauen und verlässliche Beziehungsstrukturen zwischen Klienten und Streetworkern sind wichtig, damit später Hilfsangebote (Ressourcenerschließung) überhaupt angenommen werden können und gemeinsam mit den Klienten eine Lebensperspektive aufgebaut werden kann, die mit weniger selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen verbunden ist. Unerlässlich für Streetworker sind daher bestimmte Arbeitsprinzipien wie z.B. Lebensform- bzw. Lebensweltorientierung und Niedrigschwelligkeit.

und Kontaktangeboten) sowie ihnen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, solange und soweit wie dies erwünscht und für die Betroffenen zumutbar ist unter Beibehaltung vertretbarer Lebensgewohnheiten, zu ermöglichen.

Die Realisierung derartiger Zielsetzungen würde Pflegedienste, Betreuungsdienste und selbst anerkannte Angebote (§§ 45a,b SGB 11) unter den bestehenden Bedingungen jedoch schlichtweg überfordern.

Scheitern hieran würde sie indessen nicht nur aus Gründen mangelnder Wirtschaftlichkeit und bestehender Personalknappheit.

Denn die pflegeversicherungsrechtlich festgelegte und inzwischen längst instituierte Arbeitsteilung zwischen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft und, diese ermöglichend, die Reduktion von Langzeitpflege auf die Durchführung von Maßnahmen im Rahmen einer tayloristischen Arbeitsorganisation ist als eine der Ursachen dafür auszumachen, dass die Kritik an der Versorgungssituation in der Bundesrepublik nicht abreißen will und weder Pflegekräfte noch Pflegebedürftige mit ihr einverstanden sind.

Führt doch schon der arbeitsteilig erzwungene Mangel an Personenidentität der Einsatzkräfte schnell zu einem Zuviel an Personen in der häuslichen Versorgung (eine Person ist für die Pflege zuständig, eine andere für die Hauswirtschaft, eine dritte für die Betreuung, und das jeweils dienstplanbezogen, wobei im Urlaubs- und im Krankheitsfall noch der Wechsel des Personals hinzukommt). Diese Situation schafft Misstrauen, verunsichert und verwirrt und macht für alle Beteiligten jedes Mal einen erneuten Vertrauensaufbau erforderlich.

Was in der Langzeitpflege – pflegeversicherungsrechtlich bedingt – fehlt, sind Einsatzkräfte, die befugt, befähigt, geeignet und bereit dazu wären, die bestehenden Grenzen zwischen Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Unterstützung zu überschreiten, um mit Rat und Tat zur Sache zu gehen – und in den Einrichtungen und Diensten eine Arbeitsorganisation, die dies ermöglicht!

Generalisten in diesem Sinne aber, die pflegerische, hauswirtschaftliche und Betreuungsaufgaben mit übernehmen würden, wie es für jeden pflegenden Angehörigen selbstverständlich ist, findet man unter den ausgebildeten Pflegekräften nur selten noch und paradoxerweise wird man sie, wenn überhaupt, zukünftig umso weniger unter den inzwischen „generalistisch“ auszubildenden „Pflegefachfrauen“ und „Pflegefachmännern“ antreffen können.

Das zeigt, dass etwas Wesentliches des Altenpflegeberufs von den Befürwortern der letzten Ausbildungsreform nicht verstanden wurde: dass der Altenpflegeberuf, unterschieden von dem der Krankenpflege, ein Beruf mit einem ausgeprägten *sozialpflegerischen Profil* sein müsste (und einmal war), um die Anforderungen und Erwartungen an eine „gute“ Pflege erfüllen zu können.

Die Stärkung dieses Profils, das unter den geltenden Rahmenbedingungen in den bestehenden Einrichtungen und Diensten bis zur unkenntlich verwässert worden ist, wäre ein Desideratum, das auf der Agenda künftiger Pflege- und Ausbildungsreformen sehr weit oben platziert werden müsste.

Denn nur dann, wenn es gelingt, das sozialpflegerische Profil des Pflegeberufs für die Praxis zu stärken, werden pflegerische Angebote mit Einsatzmöglichkeiten für „Generalisten“ in der Langzeitpflege Gestalt annehmen können.

Nur dann auch wird ernst genommen und verwirklicht werden können, was den Ausbildungseinrichtungen längst in die Lehrpläne geschrieben worden ist: Dass der Pflegeberuf vielfältige Handlungsfelder eröffnen soll und – ich übersetze das einmal - dass er keineswegs auf Tätigkeiten in Pflegeheimen und Pflegediensten beschränkt sein müsste (vgl. Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. o. O., 2020, S. 150). Sondern das alternative, ergänzende Angebote und Einsatzmöglichkeiten ggf. mit besseren Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten geschaffen werden könnten. Dies auch, um den Beruf wieder attraktiv zu machen.

Geändert werden könnte dadurch, was derzeit leider unhaltbar der Fall ist: Dass Absolventen einer Pflegeausbildung, die unter den vielfach beklagten Arbeitsbedingungen in Pflegeheimen oder Pflegediensten nicht arbeiten möchte, derzeit in der Bundesrepublik so gut wie keine Möglichkeit haben, ihren Beruf überhaupt noch auszuüben.

So betrachtet sind die (rückwärtsgewandten) Bestrebungen von interessierter Seite, den einzig vorhandenen Ausweg für Pflegekräfte, durch einen Wechsel in die Arbeitnehmerüberlassung („Zeitarbeit“) ihrem Beruf unter besseren Arbeitsbedingungen nachgehen zu können, durch Verbote zu verschließen, bezeichnend.

Statt den Weg nach vorne anzutreten und einen Wettbewerb der Einrichtungen und Dienste um bessere Arbeitsbedingungen und Angebote zu ermöglichen und hierfür pflegeversicherungsrechtlich geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, greift die Politik derartige Bestrebungen von Einrichtungsträgern und ihren Verbänden noch wohlwollend auf!

## **7. ERFORDERNISSE EINES PFLEGEVERSICHERUNGSRECHTLICHEN „PARADIGMENWECHSELS“**

### **7.1 Modernisierung als Voraussetzung der Verwirklichung von „Selbstbestimmung“**

Wenn in der Öffentlichkeit beklagt wird (so jüngst wieder der VDK), dass Politik und Reformen die pflegenden Angehörigen weitgehend „vergessen“ hätten (obwohl die Hauptlast der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik auf ihnen liegt), und bemängelt wird, dass beide – Politik und Reformen – zur Verbesserung der Versorgung hauptsächlich den Standpunkt der „professionellen“ Anbieter einnehmen, dann wird man fragen müssen, ob nicht längst ein „Paradigmenwechsel“ der Versorgung hätte stattfinden müssen.

Die Gründe für diese Missstände sind leicht zu benennen: Denn auch nach nahezu 30 Jahren Pflegeversicherung, Pflegepolitik und Pflegereformen eines Systems mit hohen jährlich jeweils gestiegenen und weiterhin steigenden Kosten, einem im großen Stil ausgebauten Beratungs- und Prüfungswesen, ist es nicht gelungen, ein zahlenmäßig ausreichendes und qualitativ überzeugendes Versorgungsangebot mittels zugelassener Dienste und anerkannter Angebote sicherzustellen – als sei nicht vorherzusehen gewesen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen (nicht zuletzt durch fortlaufende Reformen) ständig steigen würde.

Eine der Folgen der bisherigen Politik jedoch ist, wie der VDK beklagt, bis heute „massive Missstände in der häuslichen Pflege“.

Missstände kommen zum Ausdruck in einer gravierenden Unterversorgung, insbesondere der im vorangehenden Abschnitt genannten Personengruppe, was wiederum nur die Kehrseite der oft kritisierten Tatsache ist, dass ein Großteil der Leistungsansprüche von den Berechtigten aus Gründen fehlender Informationen, bürokratischer Hürden und – wenn diese genommen wurden - fehlender Angebote nicht realisiert werden bzw. werden können.<sup>129</sup>

Doch selbst wenn von Unterversorgung einmal abgesehen wird, auch die Qualität der angebotenen Leistungen lässt in vielerlei Hinsicht Wünsche offen. So sind zufolge einer von der Deutschen Gesellschaft für Qualität Auftrag gegebenen Umfrage, in der die Zufriedenheit mit Leistungen des Personals in Pflegeheimen eruiert wurde, „nur 45 % der Befragten mit diesen Leistungen zufrieden, und ein großer Anteil

---

<sup>129</sup> Lt. Pressemitteilung weist die Studie des VDK nach, „dass bestehende Entlastungsangebote wie Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder Unterstützung im Haushalt bei den Betroffenen gar nicht ankommen: Durchschnittlich verfallen 80 Prozent der Leistungen ungenutzt. Schätzungen zufolge sparen die Pflegekassen so mindestens zwölf Milliarden Euro jährlich ein.“ Sie zeigt weiterhin, dass „nur 23 Prozent der pflegenden Angehörigen den Entlastungsbetrag von 125 Euro pro Monat in Anspruch nehmen“, Sozialverband VDK Baden-Württemberg, 19. Mai 2022.

pflegender Angehöriger hat „schlechte Erfahrungen“ mit professionellen Pflegekräften gemacht.<sup>130</sup>

Dass hierfür nicht (in jedem Fall) fachliche oder gar persönliche Defizite von Pflegekräften verantwortlich sind, die ihren Dienst unter den gegebenen betrieblichen Arbeitsbedingungen i.d.R. nach besten Kräften und mit hohem Engagement versehen, wurde im Vorangehenden gezeigt. Vielmehr sind die Fehler und damit die Ursachen für die beklagten Mängel ihrerseits in pflegeversicherungsrechtlich gesetzten Rahmenbedingungen für den Betrieb von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen zu finden, sodass eine „qualitative“ (und nicht nur „quantitative“) Lücke zwischen Pflegeangebot und Pflegeerwartungen auf der Nachfrageseite klafft.

Gezeigt wurde ebenfalls, was ein Paradigmenwechsel bedeuten und erfordern würde: die konsequente Umsetzung des Grundsatzes der Selbstbestimmung und Selbstgestaltung der Versorgung durch Pflegebedürftige, ggf. ihre Angehörigen.

Und dies unter Rahmenbedingungen, die dies nicht nur ermöglichen, sondern befördern würden - ohne dass die Betroffenen finanzielle Nachteile befürchten müssten, wenn Leistungen und Angebote staatlich lizenzierter Anbieter von ihnen *nicht* in Anspruch genommen würden (vgl. Rothgang/Kalwitzki, 2019, S. 51 ff).

Pflegeversicherungsrechtlich sollte daher ein Ausbau der Subjektförderung angestrebt werden<sup>131</sup>, die wiederum, um praktisch wirksam zu

---

<sup>130</sup> Vgl. Continentale Krankenversicherung a.G., Hrsg., 2016. Die Ergebnisse dieser Studie aus dem Jahr 2016 dürften heute unschwer reproduziert werden können und vermutlich („Personalnotstand!“) noch weniger schmeichelhaft für die professionelle Pflege und Versorgung ausfallen.

<sup>131</sup> Die Diskussion dieser Forderung greift zu kurz, wenn man sie auf den Gesichtspunkt einer Entlastung von Pflegebedürftigen durch eine Neuordnung der Finanzierungsverantwortung, z.B. hinsichtlich der Finanzierung der

werden, mit einer Öffnung des Systems einhergehen müsste, sodass auch selbstbeschaffte Hilfen auskömmlich finanziert werden könnten.<sup>132</sup>

Pflegebedürftige sollten bedarfsgerecht mit einem nach dem Pflegegrad bemessenen Budget ausgestattet werden, um selber entscheiden zu können, wen sie mit welchen Leistungen, in welchem Umfang, zu welcher Zeit beauftragen möchten – und welches Angebot diese Anforderungen für die Betroffenen am besten erfüllt.<sup>133</sup>

---

Behandlungspflege oder einer Übernahme der Investitionskosten durch die Länder, beschränkt.

<sup>132</sup> Administrativ und organisatorisch würden dadurch Umwege überflüssig, die derzeit von den Helfern eingeschlagen werden müssen, um ihre Klienten finanziell zu entlasten. So wenn beispielsweise Freiberufler sich mit einem geringen Zeitbudget bei einem zugelassenen Pflegedienst auf geringfügiger Basis einstellen lassen, um für ihre Kunden zumindest den Entlastungsbetrag (§ 45 b SGB 11) abrechnen zu können.

<sup>133</sup> Eine Schlüsselfrage, die sich im Kontext der inzwischen zahlreichen Vorschläge zur Ausgestaltung eines Pflegebudgets aufdrängt, lautet: Soll die Erbringung mit der Pflegekasse abrechenbarer Pflegeleistungen auf zugelassene und anerkannte Angebote in der zeitigen Form beschränkt werden? Wie wird ggf. die Qualität gesichert? Unter diesen Gesichtspunkten sollten auch Vorschläge wie das „Flexi-Budget“ oder das „Nächstenpflege-Budget“ des VDK geprüft werden (vgl. Sozialverband VDK Baden-Württemberg, Pflegende Angehörige werden vergessen, 19. Mai 2022). Vgl. auch H. Rothgang, T. Kalwitzki, J. Cordes, 2019. Diese Autoren fordern, die Zivilgesellschaft und informelle Netzwerke durch eine Reform des Pflegegeldes stärker an der Pflege und Betreuung zu beteiligen: „Das Pflegegeld 2.0 setzt dann Anreize für zivilgesellschaftliche Akteure, sich als kontinuierliche und sichere Ressource in einem Pflegesetting zu verpflichten und dafür eine garantierte Qualifikation und geregelte finanzielle Vergütung zu erhalten“ (aaO. S. 89). Allerdings soll ein reformiertes „Pflegegeld 2.0“ in der derzeitigen Höhe (angesetzt werden von den Autoren 40% des Sachleistungsbetrags) bestehen bleiben. Das wird nicht ausreichen, um das verfügbare Potential zivilgesellschaftlicher Akteure im Einzelfall bedarfsgerecht ausschöpfen zu können.

Über die Finanzierung hinaus erfordert die Realisierung von Selbstbestimmung daher anbieterseitig eine Leistungsorganisation, die dies allererst ermöglichen würde. Davon jedoch sind die bestehenden Angebote weit entfernt.

Die sich daraus ergebenden Änderungserfordernisse wären in der Tat, obwohl beherrschbar, nicht unerheblich. Sie treffen sich mit Forderungen, zu denen eine umfangreiche, nicht mehr zu überblickende Literatur existiert, ohne dass diese bislang jedoch auf eine beachtliche Resonanz gestoßen wäre.

Die wichtigsten Punkte seien hier genannt:

- Leistungsberechtigte bzw. ihre Angehörigen sollten, um es mit einem strapazierten (und mit Blick vor allem wieder auf professionelle Leistungserbringer verwendeten) Ausdruck zu formulieren, selbstbestimmt jenen „Mix“ aus Leistungen hierfür geeigneter Personen, selbstbeschaffter Hilfen, Dienstleister und Einrichtungen auswählen können, den sie benötigen und der ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen am besten entspricht.
- Pflegereformpolitisch, aber auch ausbildungspolitisch, sollte alles darangesetzt werden, die häusliche Pflege, werde sie durch Angehörige oder durch befähigte Dritte organisiert, zu stärken und die bestehenden Angebote klientenorientiert zu reformieren. Hierzu müsste auch der Aufbau neuer Pflegeangebote für den häuslichen Bereich be- und gefördert werden. Für Pflegeheime und Pflegedienste müssten im Ordnungs- und Leistungsrecht die Voraussetzungen geschaffen werden, damit sie ihr Leistungsangebot klientenorientiert ausrichten und entsprechend weiterentwickeln können (vgl. Brandenburg, 2022). Tagespflegen sollten, sofern die äußeren, insbesondere personellen und räumlichen Voraussetzungen gegeben sind, selbstredend auch eine Nacht- und Wochenendpflege anbieten können, was derzeit das Ordnungsrecht verhindert.

- „All inclusive“-Pflegeheime, die heute als ungeliebte und ständig kritisierte, gleichwohl eherne Stütze der Versorgung „Bestandsschutz“ genießen, dürften daher nicht länger das einzige (voll-)stationäre Angebot sein.<sup>134</sup> „Leistungskomplexe“ bzw. nun „Pakete“ im Angebot der Pflegedienste müssten individuell zusammenge stellt werden können, wenn nicht überhaupt Zeitvergütungen der Vorzug zu geben ist (was in einigen Bundesländern bereits eine bewährte Praxis ist). Auch die derzeitige Organisation der Leistungserbringung von Pflegediensten in „Touren“ (die die Gangarchitektur von Pflegeheimen nur kopiert) ist zugunsten selbstorganisierender Teams zu überdenken, die die Einsatzplanung und

---

<sup>134</sup> Vgl. hierzu die Vorschläge zur „Abwahl-“ und „Zuwahllogik“ in Rothgang/Kalwitzki, 2019, S. 25 ff. Allerdings ergeben sich Bedenken bei zu weit gehenden Zuwahl- bzw. Abwahlmöglichkeiten, die die Autoren nicht nachvollziehbar begrenzen. Pflegeheime sind heute Einrichtungen, in denen der größte Teil der Bewohner eine „Rund-um-die Uhr“-Versorgung benötigen und auch nachts beobachtende Aufmerksamkeit erfordern. Die erforderliche Vorhaltung pflegerischer Leistungen besteht daher in einem 24-stündigen Zeitfenster, ohne dass das Erfordernis einer Leistungserbringung in jedem Fall und im Voraus zeitlich terminiert werden könnte. Eine Abwahl bzw. Übernahme von Leistungen durch zivilgesellschaftliche Akteure, insbesondere Angehörige, deren Verfügbarkeit aus Gründen der eigenen Tagesplanung (voraussichtlich) temporär begrenzt ist, wird sich daher weitgehend auf Aufgaben beschränken müssen, für die eine zeitliche Planung belastbar möglich ist. Das gilt z.B. im Bereich Hauswirtschaft („Bad putzen!“), Ernährung („Mahlzeiten einnehmen“) und – unter Vorbehalt – auch im Bereich der sozialen Betreuung. Bereits im Hinblick auf diese Tätigkeiten stellt sich die Anschlussfrage, wie mit Verstößen gegen vertragliche Übernahmeverpflichtungen umzugehen ist („Bad längere Zeit nicht geputzt!“). Kein Pflegeheimbetreiber hat die Kapazität, den Verpflichteten (z.B. Angehörigen) „hinterherzulaufen“ oder Leistungen gar einzuklagen. Andererseits werden ihn die Heimaufsichten für Hygienemängel verantwortlich machen. Kurzum: Ungeachtet der Notwendigkeit, auch die in die Jahre gekommene „Heimlogik“ öffnen zu müssen, wird dies nur mit einer - auch rechtlich - anderen Heimkonstruktion gelingen können, die Anleihen z.B. beim „Betreuten Wohnen“ und bei Quartierskonzepten nimmt.

Leistungserbringung weitgehend eigenverantwortlich übernehmen.

- Eine erleichterte Anerkennung von Anbietern für Unterstützungs- und Entlastungsleistungen (wie es jüngst die Pflegebevollmächtigte Claudia Moll gefordert hat) müsste selbstverständlich sein und dürfte nicht länger auf sich warten lassen. So würden Voraussetzungen für Kreativität und einen Qualitätswettbewerb in diesem Segment geschaffen. Auch die Gründung und der Betrieb von „Betreuungsdiensten“ (§§ 71 Abs. 1, 112a SGB 11) sollte erleichtert werden. Die derzeitigen, auf Betreiben der Pflegeverbände hohen Anforderungen daran gehören auf den Prüfstand gestellt (vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI, 17.07.2019, Änderung vom 08.02.2021).
- Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen sollte es in größerem Umfang als bisher ermöglicht werden, ohne Leistungseinbußen geeignete Einzelhilfen und (begrifflich in § 19 SGB 11 ebenfalls neu zu fassende) „Pflegepersonen“<sup>135</sup> mit Versorgungsaufgaben zu beauftragen und diese mit der Pflegekasse abzurechnen, wie es gemäß § 37 SGB 11 („Pflegegeld für selbst beschaffte Hilfen“) und § 77 SGB 11 (Häusliche Pflege durch Einzelpersonen“) ausdrücklich bereits vorgesehen ist, letzteres jedoch von den Pflegekassen blockiert wird.<sup>136</sup> Dies könnte den Aufbau und den Betrieb privat

---

<sup>135</sup> Warum sollte diese, anders als nach derzeitiger Vorschrift, zukünftig nicht „erwerbsmäßig“ tätig ein dürfen?

<sup>136</sup> Richtungsweisend hierfür könnte die erweiterte Regelung für die Abrechnung von Pflegeleistungen nach § 150 Abs. 5 SGB 11 sein, die bestimmen, dass „die Pflegekassen bei Beeinträchtigung der pflegerischen Leistungserbringung infolge des Corona Virus nach ihrem Ermessen Pflegebedürftigen die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungserbringern und anderen Personen in Höhe der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge nach § 36 SGB XI erstatten können.“ Vgl. hierzu auch die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 150 Abs. 5

organisierter Pflegenetzwerke fördern und pflegende Angehörige wirksam entlasten, was derzeit schon mangels Informationen über die Erreichbarkeit und die Befähigung hierfür geeigneter Personen auf größte Hindernisse stößt.<sup>137</sup> Ergänzend hierzu auch der Vorschlag des VDK und des Deutschen Pflegerats, pflegenden Angehörigen Anspruch auf eine Art Lohn einzuräumen.

- Geeignete Hilfen, beispielsweise freiberuflich tätige Pflegefach- und Hilfskräfte oder pflege- und betreuungserfahrene, kommunal gut „vernetzte“ und einschlägig zu qualifizierende Personen,

---

Satz 1 SGB 11. Diese Empfehlungen schließen freiberufliche tätige Kräfte ein. Eine solche Regelung wäre in Anbetracht des Personalmangels und der damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der pflegerischen Leistungserbringung längst generell erforderlich, d.h. auch ohne dass die Beeinträchtigungen Corona bedingt sein müssten.

<sup>137</sup> Selbstbeschaffte (Pflege-)Hilfen könnten, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad, gegen Rechnung (nach Vorprüfung durch den Leistungsempfänger) direkt mit der Pflegekasse abrechnen. Das in diesem Zusammenhang oft genannte Problem der sog. „Schwarzarbeit“ erledigte sich dadurch weitgehend von selbst. Die irrlichternden Regelungen zur sog. „Scheinselbstständigkeit“ müssten hierzu realitätsgerecht überdacht und angepasst und von fremdbestimmten Einflüssen gereinigt werden. Was die Abrechnung selbstbeschaffter Pflegehilfen betrifft, könnte man sich an älteren (sehr alten) Vorschlägen orientieren, so z.B. dem Gesetzentwurf der Fraktion und von Abgeordneten der Grünen aus dem Jahr 1988 (!), in dem u.a. gefordert wird: „(1) Wer regelmäßig der Hilfe mindestens einer Pflegeperson bedarf, hat Anspruch auf Übernahme der hierfür erforderlichen Kosten. Zusätzlich sind dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen der Pflegeperson für die soziale Absicherung zu erstatten, die der einer beruflich tätigen Pflegeperson entsprechen. (2) Die Auswahl der Pflegeperson obliegt der/dem Hilfebedürftigen. Auf Wunsch der/des Hilfebedürftigen oder soweit ihm eine eigene Auswahl nicht möglich ist, haben die mit der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Stellen geeignete Pflegepersonen zur Verfügung zu stellen (...) (4) Fremde Hilfe bedeutet jede Hilfe und Unterstützung durch Dritte, ohne daß es auf die rechtliche oder tatsächliche Beziehung zwischen dem/der Hilfsbedürftigen und dem/der Helfer(in) ankommt“ (Deutscher Bundestag 11. Wahlperiode, Drucksache 11 /1790, neu, S. 3).

könnten bestehende Versorgungslücken schließen. Insbesondere sollten sie in höherem Maße individuellen Erwartungen und Wünschen ihrer Klienten entsprechen können, als dies Leistungserbringern mit pflegeversicherungsrechtlich derzeit noch vorformatierten Angeboten überhaupt möglich ist.<sup>138</sup>

- Künftig möglichst breit auszubildende „Pflegeassistenten“ könnte das personelle Rückgrat für alle bestehenden und künftigen Angebote sein – sofern man sie nicht zu „Zuarbeitern“, d.h. zu „Wasserträgern“, für die Fachkräfte und als solche geeignet wieder ausschließlich für einen Einsatz in Pflegeheimen oder Pflegediensten macht (was dort die Arbeitsteilung zementiert). Es ist daher mehr als fraglich, ob den Anforderungen an die Langzeitpflege mit der Festlegung sogenannten „Vorbehaltener Tätigkeiten“ (vgl. § 4 PflBG) entsprochen werden kann, weist sie doch einmal mehr den Weg zu einer Trennung administrativer Kopfarbeit von den eher verrichtenden Tätigkeiten, die zukünftig dann wohl Pflegeassistenten übernehmen müssten. Die künftigen Pflegeassistenten würden die leidtragenden von Bestimmungen sein, die ihre Tätigkeit auf

---

<sup>138</sup> Ordnungsrechtlich würde dies ein erhebliches Umdenken – vermutlich gegen den Widerstand von Einrichtungsträgern und ihren Verbänden – erfordern. Auch Ausbildungsfragen, z.B. mit Blick auf die künftigen „Pflegeassistenten“ – würde dies betreffen. So bereits der „Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 20. Mai 2009: „Das bisherige System wird voraussichtlich wegen veränderter Herausforderungen der zunehmenden Zahl von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Fallzahlsteigerungen ohne eine erhebliche Steigerung der finanziellen Ressourcen oder tiefgreifende Eingriffe in das Leistungsprofil der Pflegeversicherung nicht auskommen. Die Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen wäre unter den geltenden Bedingungen nicht in ausreichendem Maße möglich“ (Bundesministerium für Gesundheit, 20. Mai 2009, S. 14).

„einfache“ Aufgaben beschränken. Die Kritik an den Arbeitsbedingungen wird dadurch kaum verstummen.<sup>139</sup>

- Um das vorhandene Potential an geeigneten Personen zur Unterstützung der häuslichen Versorgung systematisch zu erschließen, sollten zweckmäßigerweise auf kommunaler Ebene (da hier die Einsätze stattfinden) geeignete Strukturen etabliert werden.<sup>140</sup> So könnten, wenn nicht *durch* die Kommunen selbst, durch kommunal beauftragte Dienstleister in den Kommunen institutionalisierte Zuständigkeiten für die Organisation ggf. erforderlicher Schulungsmaßnahmen und für eine effektive Vermittlung qualifizierter Kräfte an Pflegebedürftige und nachfragende Angehörige geschaffen werden.
- Für die Weiterentwicklung der „Pflege-Infrastruktur“ würde dies den Aufbau und Betrieb einschlägiger lokaler Angebote für Unterstützungssuchende erfordern. Ein guter und richtiger institutioneller Ansatz hierfür sind die gemäß §7c SGB 11 einzurichtenden

---

<sup>139</sup> Pointiert kann man sagen: Das Pflegeberufegesetz zementiert noch einmal trotz aller Kritik daran Arbeitsbedingungen, die im vorvorigen Jahrhundert in die industrielle Arbeitswelt Einzug gehalten haben, dort aber bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts durch andere Konzepte unter dem Titel „Humanisierung der Arbeitswelt“ (HdA) mit einer Vielzahl von Projekten und Programmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen („Job-Enrichment“, „Job-Enlargement“) längst verabschiedet worden sind – was m.m. längst auch in der Pflege hätte angestoßen werden können.

<sup>140</sup> Ein Vorbild für die Vermittlung unterstützender Kräfte findet sich bereits in einzelnen Kommunen, wenn beispielsweise mit Pflegeberatungsaufgaben beauftragte Verwaltungsmitarbeiter über Adressen geeigneter Helfer verfügen und diese Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen zur Verfügung stellen. Allerdings handelt es sich hierbei um informelle, improvisierte, nicht institutionalisierte und qualitätsungesicherte Lösungen, die weitgehend von Kapazität und Engagement Einzelner getragen werden, die allerdings einmal mehr unter Beweis stellen, dass eine Versorgungslücke besteht und wo anzusetzen wäre, um diese zu schließen.

Pflegestützpunkte. Diese müssten entsprechend ausgebaut werden und allerdings, in Anbetracht einer erheblichen Kritik an der Funktionstüchtigkeit bereits bestehender Stützpunkte, auch „scharf“ gestellt werden. Leistungsfähige kommunale Strukturen, die dies unterstützen, sind ein dringendes Desiderat

- Vermittlungen allein genügen allerdings dann nicht mehr, wenn im Einzelfall Elemente eines Fallmanagements (Vertrauensaufbau, Planung, Prozesskoordination) erforderlich werden, etwa weil Angehörige hierfür nicht verfügbar oder nicht mehr vorhanden sind. Projekte, die das ehrwürdige Konzept der „Gemeineschwester“ wiederbeleben, sehen hierfür einmal mehr den Bedarf. Ebenfalls auf kommunaler, ggf. kommunal übergreifender Ebene wäre für solche Fälle daher eine Art „Fall-Management“ vorzuhalten, wie es in § 7c Abs. 2 SGB 11 als Aufgabe von Pflegestützpunkten im Ansatz bereits beschrieben ist.<sup>141</sup>
- Schließlich ist das professionelle Selbstverständnis der Langzeitpflege, das vor allem ihre Verbände „pflegen“, zu modernisieren. Zu verabschieden ist die Vorstellung, Langzeitpflege sei als eine Art Expertensystem zu positionieren, in dem es ohne eine ein-, wenn nicht mehrjährige Ausbildung sowie einen institutionellen

---

<sup>141</sup> Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehört neben der „umfassenden sowie unabhängigen Auskunft und Beratung“ die „Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“ (§ 7c Abs. 2 Zif. 1 und 2 SGB 11). Vgl. hierzu auch die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI“ vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) auf der Grundlage von § 17 Absatz 1a Satz 1 SGB XI, geändert durch Beschluss vom 20.12.2021. Das dort beschriebene Fallmanagement ist nicht zu verwechseln mit dem „Case-Management“, das einzelne Betreiber von Pflegeheimen für ihre Bewohner eingerichtet haben.

Rahmen nicht geht, und in dem „Laien“ nur geduldet werden, weil ohne sie die Versorgung zusammenbrechen würde. Erfrischend in diesem Zusammenhang (und vermutlich von Interessierten überlesen, da der Aufschrei ausgeblieben ist) ist die Feststellung in Rothgang/ Kalwitzki/ Cordes (aaO. S. 40), „für die Langzeitpflege sei – im Unterschied zur Krankenversorgung – zusätzlich zu beachten, dass viele der Leistungen sowohl durch Laien als auch durch Profis erbracht werden können, was daran abgelesen werden kann, dass rund die Hälfte aller Pflegebedürftigen ausschließlich durch Laien, ohne Beteiligung von Pflegediensten gepflegt werden.“ Grundsätzlich wird man natürlich auch bei der Auswahl und der Vermittlung von unterstützenden Kräften durch Dritte (z.B. kommunale Stellen) auf – um hier einmal die Auswahlkriterien des Bundesbeamtengesetzes zu zitieren – „Befähigung“ und „Eignung“ von Kandidaten für eine Tätigkeit achten müssen – Kriterien, die in der Pflegediskussion zwar zuweilen genannt werden, kaum aber jemals im Hinblick auf den Einsatz von Laien differenziert bestimmt worden sind. Schulungskonzepte, wie sie für Tätigkeiten in „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ (§ 45b SGB 11) entwickelt wurden, können die Anforderungen hieran nur teilweise erfüllen.

## **7.2 Widerstände von Trägern und ihren Verbänden - Erschwer-nisse durch die Politik**

Es ist in Anbetracht der genannten Erfordernisse mehr als fraglich, ob für tiefgreifende Reformen überhaupt Konsens zu finden ist. Und zwar für Reformen, die über eine Bestandserhaltung und Bestandsfortschreibung der vorhandenen Angebote hinausführen würden.

Denn Vorstellungen und Ideen zu einer, wie im Vorangehenden vorgetragen, notwendigen Neuausrichtung der Langzeitpflege liegen, das ist zu erwarten, den beharrenden Kräften in und am bestehenden Pflegesystem fern.

Dies vergleichbar mit der Haltung gegenüber dem Klimawandel, den gewisse Kreise ebenfalls so lange nicht zur Kenntnis nehmen wollten, bis die Zunahme extremer Wetterereignisse beim besten Willen nicht mehr zu leugnen war und sie aufgeweckt hat.

Von solcherart Erweckungserlebnissen blieben Träger und Betreiber, aber auch Pflegepolitiker und Pflegeexperten bisher verschont. Diese basteln weiter am System herum, füllen mit langen, ellenlangen Paragraphen dessen Lücken aus und haben dadurch – nichts ahnend – in erster Linie Komplexität ohne tragfähige Verbesserungen mit dem Ziel geschaffen, das System überhaupt am Leben zu halten. Das wiederum nötigt sie, von Reform zu Reform zu eilen.<sup>142</sup>

Der Schlaf der Vernunft gebiert, wie man sagt, „Monster“ – im Falle der Pflegeversicherung „Bürokratie“. Hervorgebracht hat diese zudem Berater, weil Leistungsbezieher ihre Ansprüche, Rechte, Pflichten nicht mehr überblicken können und durch das Dickicht der Bestimmungen geführt werden müssen.<sup>143</sup>

---

<sup>142</sup> Solcherart Reformfolgen generieren, wie Luhmann in einem verallgemeinerungsfähigen Artikel mit Blick auf die Hochschulen geschrieben hat – „Bürokratisierung“: „Jede Reform, wie anders könnte sie sich durchsetzen, fügt dem Bestande eine neue Schicht hinzu. So bildet sich um einen, wie man hofft, gesunden Kern Schicht um Schicht. Die Schichten hängen fest miteinander zusammen, denn jede weitere ist durch die Mängel der vorangehenden motiviert. Ob der Kern noch gesund ist, ob er überhaupt noch vorhanden ist, kann dann nach einer Weile niemand mehr feststellen. Die Struktur trägt sich selbst, und man kann überzeugend nachweisen, daß genug Mängel vorhanden sind, die das ständige Suchen nach Korrekturen, Verbesserungen, Abhilfen antreiben. Die Bürokratie beschäftigt sich in bürokratischen Formen mit sich selbst“ (Luhmann, 1987, S. 212).

<sup>143</sup> Tatsächlich sieht die Politik und sehen die Verbände einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Pflege im Aufbau neuer Beratungsstrukturen (s. SGB 11 an mehreren Stellen), deren Erforderlichkeit sie allererst mitgeschaffen haben.

Gleichwohl: Auf Betreiber- bzw. Trägerseite wird wenig Veranlassung bestehen, mit für die eigenen Interessen und Unternehmen unbestimmten Zukunftsaussichten Änderungen herbeizuführen, zumal die Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Fassung die bestehenden Einrichtungen auskömmlich finanziert.

Digitalisierung und Technisierung der Pflege – Entwicklungen, die zunehmend Fahrt aufnehmen – werden ein Übriges dazu tun, den Fokus auf Abläufe und Methoden der pflegerischen Versorgung zu legen und deren „Inhalte“ (die bestehenden „Angebote“) weitgehend unangetastet lassen, wie es eingangs bereits beklagt worden ist.

Zwar würde der geforderte Paradigmenwechsel keineswegs den Rückbau oder gar die Stilllegung von bestehenden Einrichtungen und Angeboten bedeuten, die das Ergebnis von nahezu 30 Jahren Aufbauarbeit unter den jeweils bestehenden, laufend fortgeschriebenen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung und ihrer Reformen sind.

Denn auch der Bedarf an stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bzw. Diensten und Angeboten wird weiter steigen.

Und natürlich sollen Leistungsberechtigte aus Gründen des Selbstbestimmungsrechts wie bisher sich auch weiterhin für (weiterzuentwickelnde oder ggf. neu zu strukturierende) Angebote stationärer, teilstationärer und ambulanten Leistungserbringer entscheiden können.

Doch wären die genannten Änderungen und Anpassungen der Angebote, die ein Paradigmenwechsel, die eine Modernisierung erfordern würde, durchaus nicht als gering zu erachten.

Zwar tragen, wie jedermann weiß, die pflegenden Angehörigen die Hauptlast der häuslichen Versorgung. Deshalb wurden zur Absicherung dieser Tätigkeiten im Laufe der Jahre immer neue Maßnahmen

beschlossen und gesetzliche Bestimmungen in Kraft gesetzt<sup>144</sup> – nur führt eine derartige *Absicherung* noch keineswegs auch zu einer wirksamen *Entlastung* der Betroffenen von diesen Aufgaben, die neben den im engeren Sinne pflegerischen auch betreuende und hauswirtschaftliche Arbeiten umfassen.

Eher das Gegenteil ist der Fall, wenn man bedenkt, dass eine Absicherung häuslicher Angehörigenpflege im Wesentlichen nur eine Stärkung der Bereitschaft zur *Übernahme* dieser Aufgabe bezwecken kann, deren Organisation und Durchführung Angehörigen – ohne Weiteres – nach wie vor weitgehend allein obliegt.

Wie wenig bisher auf Bedarfe und Bedürfnisse von Angehörigen nach wirksamer *Entlastung* tatsächlich Rücksicht genommen wurde und wie wenig die bisherigen Reformen den starren Kurs der Pflegeversicherung in Richtung einer „systemischen Schließung“ von Angeboten verlassen haben, zeigt nicht zuletzt das „Schicksal“ der vom Ansatz her durchaus „bedarfsgenauen“ Angebote, die in den §§ 45 a und b SGB 11 verankert sind.

In ihrer Zielrichtung waren diese Angebote darauf angelegt, eine wirksame Entlastung pflegender Angehöriger herbeizuführen.

Doch wurde durch einschlägige Rechtsverordnungen und Anerkennungsvorbehalte auf Länderebene, nicht zuletzt auf Betreiben der

---

<sup>144</sup> U.a. durch das Pflegezeitgesetz, die Familienversicherung, den Aufbau vielfältiger Informations- und Beratungsangebote, die Verhinderungspflege, Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung, den Aufbau unterstützender Betreuungsangebote, Maßnahmen zur Wohnraumberatung und -anpassung, Förderung des Ehrenamtes zur Unterstützung im Bereich der häuslichen Versorgung und Betreuung u.v.a.m. (vgl. Portal Sozialpolitik, Chronik Pflegeversicherung).

Trägerverbände die Gründung solcher Angebote gleich wieder durch „absurd“ (VDK) in die Höhe getriebene Anforderungen erschwert.

Dies mit der vorhersehbaren Folge einer Angebotsverknappung, so dass – regional unterschiedlich – oft eine nur eingeschränkte Verfügbarkeit besteht.

Insbesondere aber haben die - länderspezifisch unterschiedlich - hohen Anforderungen an die Anerkennung eine Art Semiprofessionalisierung der Organisation dieser Angebote erforderlich gemacht.

Dies mit der ebenfalls vorhersehbaren und inzwischen hinlänglich bekannten Folge relativ hoher Stundensätze aufgrund relativ hoher Betriebskosten und - was ein für Angehörige zusätzlich erheblich belastender Faktor ist - mit häufig nur geringen Wahl- bzw. Abstimmungsmöglichkeiten in sozialer („Wer kommt?“) und zeitlicher („Wann kommt die unterstützende bzw. entlastende Kraft) Hinsicht.

Denn auch vor diesen Angeboten haben Personalmangel und Personalnotstand, z.T. aufgrund von Arbeitsbedingungen, die mit denen der Pflegedienste konvergieren, nicht Halt gemacht.

Wirtschaftlich lassen sich die Angebote zur Unterstützung im Alltag und die qualitätsgesicherten Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger zudem schwerlich durch solitäre Dienste erbringen.

Interessierte Einzelpersonen, die ein Angebot gründen möchten und würden, werden durch die hohen Kosten und das wirtschaftliche Risiko abgeschreckt.

Für Kooperationen wiederum kommen bereits zugelassene Pflegedienste in Frage, insofern sie die erforderlichen personellen Anforderungen (hinsichtlich etwa der Leitungsfunktionen) erfüllen und über die geforderte kostspielige technische Ausstattung verfügen. Doch dadurch schließt sich nur der Kreis hoher Stundensätze und einer Verknappung des Angebots.

Eine erleichterte Anerkennung von Anbietern für Unterstützungs- und Entlastungsleistungen, wie es von der derzeitigen

Pflegebevollmächtigten Claudia Moll gefordert wurde, sollte in den Bundesländern ohne Verzug und Warten auf eine größere Reform auch gegen die Interessenverbände verwirklicht werden.

Denn bleiben das Pflegegeld (das letztmalig 2017 erhöht worden ist), der „Entlastungsbetrag“ und ggf. Mittel der Verhinderungspflege wie bisher die einzigen Finanzierungsquellen, die seitens der Pflegeversicherung für eine wirksame Entlastung pflegender Angehöriger zur Verfügung gestellt werden, dann werden nur diejenigen, die über die finanziellen Mittel verfügen und in der Lage sind, Eigenmittel u.U. in beträchtlicher Höhe zuzuschießen, eine nicht nur ihren, sondern auch den gesetzlichen Vorstellungen von Pflegebedürftigkeit („Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff“!) gemäße Versorgung organisieren können.

### **7.3 Herausforderungen der Politik**

Wenn beklagt wird, dass pflegende Angehörige von der Politik weitgehend „vergessen“ wurden und diese sich hauptsächlich auf die stationäre, allgemeiner: auf die professionelle Pflege fokussiert, dann wird man eine solche Beurteilung in doppelter Hinsicht bestätigt finden.

Fokussiert waren und sind Pflegepolitik und Pflegereformen zum einen auf die pflegeversicherungsrechtlich regulierten, anerkannten und längst etablierten Einrichtungen und Dienste, insofern in ihnen die Hauptstütze des Versorgungssystems in der Bundesrepublik gesehen wird, die diesem Verständnis nach einer besonderen Beobachtung und Kontrolle bedürfen.

Im Fokus stehen und standen u.a. die in diversen Reformen ergangenen Bestimmungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität der (anerkannten) Einrichtungen und Dienste, zur wiederholt reformierten Durchführung von Qualitätsprüfungen und zum Prüfungswesen (Heimaufsichten, MDS). Hinzu kommen die Bestimmungen zur baulichen Weiterentwicklung der Pflegeheime in den einschlägigen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzen der Länder, zur

Personalmessung (in stationären Einrichtungen) und zur tariflichen Vergütung von Pflegekräften, um nur die wichtigsten aus jüngster Zeit zu nennen.

Ein Großteil dieser Bestimmungen hat in den Einrichtungen und Diensten zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand geführt, der eine hohe Personalkapazität bindet, mit der Folge eines stetigen Kostenanstiegs, der wiederum von den Pflegebedürftigen und Pflegeheimbewohnern und, nicht zu vergessen, aufgrund der in schöner Regelmäßigkeit steigenden Prämien für die Pflegeversicherung von allen, also von den Bürgerinnen und Bürgern, zu tragen ist.

Findet somit eine Fokussierung von Pflegepolitik und Pflegeversicherung bzw. von Pflegereformen auf die anerkannten Dienste und Einrichtungen einerseits mittels der genannten, sie direkt betreffenden Bestimmungen statt, so ist dies andererseits auch auf einem indirekten Wege der Fall.

Dies erkennt man an den in nahezu jeder Reform noch vorgenommenen finanziellen Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung, die eben auch dafür gesorgt haben, dass die Pflege für die Betroffenen bezahlbar blieb und das Versorgungssystem nicht, wegen Unbezahlbarkeit bzw. Klientenmangel, zum Erliegen gekommen ist.

Leistungsverbesserungen im (verzögerten) Gleichtakt mit Kostensteigerungen aber haben, so paradox es erscheinen mag, das System mit seinen tragenden Säulen zementiert, führten sie doch dazu, dass solche Steigerungen gleichsam naturgesetzlich ohne Notwendigkeit und Anreiz zu Innovationen und Einsparungen hingenommen wurden.

Die auf unübersichtlichem Terrain hier gewiss holzschnittartig benannten Zusammenhänge erinnern an einen Regelkreis, den klar

definierte und ebenso klar verteilte Interessen in eine für sie vorteilhafte Richtung steuern.<sup>145</sup>

Solcher Politik liegt gewiss die – begreifliche – Annahme und Überzeugung zugrunde, dass die Sicherung und jeweils gesetzlich veranlasste Fortschreibung der Bestandsangebote das Beste sind, was für die Versorgung Pflegebedürftiger und Unterstützung ihrer Angehörigen derzeit getan werden kann.

Nur wird nicht gefragt, ob diese Angebote nach Struktur und Inhalt den Erwartungen und Wünschen ihrer Adressaten überhaupt noch entsprechen.

Ideenreichtum und Mut zur Veränderung sind jedenfalls, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine Stärken gewesen, durch die die bisherigen Reformen sich ausgezeichnet hätten.

Auch ein klares Profil haben diese Reformen vor allem dadurch zu erkennen gegeben, dass sie am bestehenden Ordnungs- und Leistungsrecht nicht zu rütteln wagten und es – zum Missfallen vieler in der Pflege Beschäftigter – durch bürokratische Hürden fortschreitend belastet haben.

Eine Folge ist: Das System droht sich – bei intergenerationell bröckelndem Konsens - selber zu strangulieren, ohne eine bessere Pflege jemals abgeliefert zu haben.

---

<sup>145</sup> Man erinnere sich an den Aufschrei des Entsetzens, mit dem etwa der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) auf den Entwurf von Richtlinien der Politik reagierte, auch Betreuungsdiensten („einfache“) pflegerische Aufgaben zu gestatten und ihnen hierfür einen erleichterten Zugang zur pflegeversicherungsrechtlichen Anerkennung mit der Möglichkeit einer Abrechnung mit der Pflegekassen zu gewähren. Die Richtlinien wurden schließlich stark verschärft in Kraft gesetzt. Dass Rolle und Einflussnahme von Verbänden auf Politik und Gesetzgebung einer genaueren Prüfung bedürfen, wurde bereits erwähnt.

Werden wie bisher die exorbitanten Kostensteigerungen der Pflege wie ein Naturgesetz hingenommen und unschuldig durch den Anstieg der Pflegebedürftigen erklärt, dann wird dies nicht nur den sogenannten „Solidarpakt der Generationen“ auf eine harte Probe stellen, es wird auch die Diskussion notwendiger Reformen auf Finanzierungsfragen verengen (Kapitaldeckung, „Demografiereserve“), um das hochgezüchtete System weiter am Leben zu halten.

Man sollte daher darüber sinnieren, ob es mehr als eine nur bedingt gute Idee ist, wenn in einem wichtigen Gutachten ein „Sockel-Spitze Tausch“ vorgeschlagen und der Ausbau der Pflegeversicherung gleich zu einer „Lebensstandardsicherung“ gefordert wird.<sup>146</sup> Oder wenn die Techniker Kasse empfiehlt, den Eigenanteil für Pflegebedürftige durch Dynamisierung und Erhöhung der Leistungen zu senken und die Finanzierung der Pflege auf breitere Füße zu stellen, um Belastungen und Unmut der Versicherungsnehmer zu hegen.

Bedeutete dies doch, dass das System *für sich* auf dem eingeschlagenen Weg umso schneller („dynamisiert“) an seine finanziellen Grenzen stoßen könnte. Denn ein wesentlicher Effekt der Vorschläge läge in der Perspektive systemintern ungebremst steigender Kosten, müssten diese doch (zumindest teilweise) auf die Steuerzahler verlagert werden, mit der Wirkung, dass sie als solche für Pflegebedürftige und Beitragszahler weitgehend unsichtbar würden.

---

<sup>146</sup> „Wird das derzeit individuell zu tragende Kostenrisiko der Pflegebedürftigkeit auf die Gemeinschaft der Versicherten oder Leistungsbezieher verlagert, indem die Eigenanteile als Sockelbeträge ausgestaltet und in Höhe und Laufzeit begrenzt werden, kann für die finanziellen Folgen des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit vorgesorgt werden. Erst hierdurch wird die Pflegeversicherung zu einer funktionsfähigen Sozialversicherung umgestaltet, die Lebensstandardsicherung ermöglicht“ (Rothgang/Kalwitzki, 2019, S. 5, vgl. S. 15 ff.).

## SCHLUSSBEMERKUNG

Im Makrokosmos der Gesetzgebung werden die Rahmenbedingungen festgelegt, unter denen der Einzelne im Mikrokosmos seines Haushalts die Pflege und Versorgung sicherstellen muss.

Eine Zielsetzung künftiger Reformen der Pflegeversicherung müsste es sein, die aufgezeigten Versorgungslücken nicht nur quantitativ (Pflegenotstand!), sondern auch qualitativ unter zeitlichen, sachlichen und sozialen Vorzeichen, wenn sie auch nicht völlig geschlossen werden können, so doch zu verkleinern.

Hierzu wären erhebliche Eingriffe in die bestehende „Systemarchitektur“ der Pflegeversicherung erforderlich.

Ein Paradigmenwechsel, wie beschrieben, insbesondere die Anerkennung des Umstands, dass Langzeitpflege in erster Linie eine privat erbrachte und privat organisierte Aufgabe ist, die es zu fördern gilt, wäre ein erster wichtiger Schritt, um die Pflegeversicherung vom Kopf, auf dem sie derzeit balanciert, auf die Füße zu stellen.

Für die pflegeversicherungsrechtlich regulierten Dienste, Einrichtungen und Angebote, bedeutete dies: sie würden die Möglichkeit, aber auch die Aufgabe erhalten, sich zu einem guten Teil neu zu erfinden, um ihre Leistungsangebote besser als bisher an den Erwartungen und Wünschen der Leistungsberechtigten ausrichten zu können.

Unter den derzeit geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen ist dies jedoch ausgeschlossen.

Denn pflegeversicherungsrechtlich ist weitgehend festgelegt, was die Nachfragenden (d.h. die Pflegebedürftigen und ggf. Angehörigen) zu erwarten und zu wünschen *haben*.

Die sich wandelnden bzw. die längst gewandelten Erwartungen und Wünsche an die Pflege kommen in den Bestimmungen der Pflegeversicherung ebenso wenig vor wie in den standardisierten Verträgen und Vereinbarungen, die Einrichtungsträger und Betreiber mit den Pflegekassen zu schließen haben.

Trotz der hohen Bedeutung von „Selbstbestimmung“ verbleiben dem einzelnen Pflegebedürftigen im bestehenden System daher nur geringe Möglichkeiten, Hilfeleistungen nach persönlichen Bedarfen und Bedürfnissen zu organisieren und gestalten zu können.

Eine Öffnung gleichermaßen des Ordnungs- wie des Leistungsrechts und der Aufbau flankierender Angebote auf kommunaler Ebene mit dem Zweck, das bestehende derzeit weitgehend brachliegende gesellschaftliche Pflege- und Unterstützungspotential zu realisieren, wäre daher ein weiterer wichtiger Schritt, der Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen erheblich erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der häuslichen Versorgung eröffnen und ihnen diese Aufgabe erleichtern würde.

Natürlich wird man sich von einer derartigen Öffnung nicht bereits eine umfassende Lösung der Personalprobleme in der Langzeitpflege erhoffen dürfen.

Das ist umso weniger der Fall, als bereits die bloße Zahl der Angehörigen, die Versorgungsaufgaben zukünftig noch übernehmen können, aus den bekannten Gründen abnehmen wird.

Und es ist auch deshalb nicht der Fall, weil die Pflege durch privat organisierte häusliche Pflegenetzwerke an Grenzen stoßen wird, so dass die entsprechenden Aufgaben mehr und mehr an Pflegedienste übertragen werden, sobald die Pflege nach Umfang und Schwere die Möglichkeiten privater Netzwerke übersteigt.

Eine wegweisende Reform der Pflegeversicherung wird solche Gesichtspunkte beachten müssen. Gleichwohl sollte sie sich nicht darauf beschränken, Lösungen für die ohne Frage drückenden Probleme ihrer Finanzierung zu finden.

Eine überfällige Modernisierung des Systems würde andernfalls einmal mehr aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt und wieder in den Schatten verbannt.

Lösungen zur Finanzierung müssten einhergehen mit einer Modernisierung des Systems, und Modernisierung erfordert u.a. eine Öffnung der derzeit rigiden Zulassungs- bzw. Anerkennungsbedingungen.

Denn das derzeit bestehende Leistungsangebot hat sich nicht nur als quantitativ unzureichend, sondern längst als qualitativ veränderungsbedürftig erwiesen. Das System wird zudem Prognosen zufolge in den „Finanzkollaps“<sup>147</sup> geführt.

Bisher jedoch hat die Politik, in Sachen Pflege mehr getrieben als gestaltend tätig, weder Mut noch Kraft aufgebracht, gegen die Interessen von Einrichtungsträgern und ihrer Verbände die Pflegeheime und Pflegedienste grundständig zu reformieren und damit den Kern der Probleme anzufassen. Und sie hat bisher auch keine Veranlassung gesehen, über alternative (ergänzende) Versorgungsmodelle auch nur nachzudenken. Stattdessen wurden Vorschläge hierzu in „Projekte“ abgeschoben.

Die Folge ist: Der Pflegediskurs kreist in der Bundesrepublik immer wieder um dieselben Themen und tritt auf der Stelle: Personalnotstand, schlechte Arbeitsbedingungen, Bürokratie, Unzufriedenheit, festgestellte Qualitätsmängel und Missstände in der Versorgung, wie es erst jüngst der VDK wieder titelte, damit laufend einhergehende Überarbeitungen des pflegerischen Qualitätsmanagements – und dies alles bei ständig steigenden Kosten für Pflegebedürftige, die viele in die Armutsfalle geraten lassen.

Alle mittels aufgelegter Programme und ergriffener Maßnahmen zur Verbesserung der Verhältnisse durchgeführten Pflegereformen sind den Problemen bisher nur nachgelaufen und haben vor allem eines bewirkt: dass der Ruf nach „Lösungen“ immer schriller wird.

---

<sup>147</sup> „Altenpflege vor dem Finanzkollaps“, übertitelte die F.A.Z. einen Artikel zum Kostenschub u.a. in der sozialen Pflegeversicherung (vgl. F.A.Z., Nr. 226, Mittwoch, 28. September 2022, Seite 15).

Der hohen Wertschätzung, die der Langzeitpflege, insbesondere der häuslichen Pflege, entgegengebracht wird, ebenso wie dem Bedauern darüber, dass die Belastungen für alle Beteiligten – Pflegebedürftige, Pflegepersonal, Führungskräfte, Betreiber und Einrichtungsträger – nur schwer noch erträglich sind, sollten endlich Taten folgen.

## Anhang

### Innovationsforum „SENIOR-FFB“ Auszug aus dem Projektbericht (Stand: 05.02.2020)

#### *Zielsetzung*

Die Bevölkerung der Bundesrepublik altert, und damit ändern sich die Leitbilder und Überzeugungen darüber, was für eine gute Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase erforderlich ist, und wie die Rahmenbedingungen hierfür beschaffen sein sollten.

Die Aufgabe, Konzepte für innovative Versorgungsangebote zu entwickeln, ist angesichts der demografischen Entwicklung und ihrer Dimensionen ein Gebot der Stunde und eine Zukunftsfrage hoher Priorität. Sie kann nur unter breiter Beteiligung einschlägig interessierter Akteure und Betroffener bewältigt werden.

Generelle Zielsetzung des Vorhabens SENIOR-FFB ist es, mittels Vernetzung relevanter Akteure (u.a. Pflegeanbieter, Kommunen, Kirchen, Forschungseinrichtungen, Jobcenter, Arbeitsagenturen, Bildungsträger, Unternehmen, kommunale Angebote, Seniorenvertretungen) innovative Modelle für eine am Bedarf und den Bedürfnissen orientierte Stärkung der ambulanten pflegerischen, betreuerischen und haushaltsnahen Versorgung in einer Modellregion, dem Landkreis Fürstfeldbruck, zu entwickeln und vorhandene Möglichkeiten ihrer Realisierung aufzuzeigen (s. Übersicht 1).<sup>148</sup>

Stärkung heißt hierbei, dass das Angebot hinsichtlich der Nachfrage nicht nur der Zahl nach, also quantitativ ausreichend ist - es müssen

---

<sup>148</sup> Synergien Entdecken – Nutzen Initiieren – Optionen Realisieren. Stärkung der ambulanten Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft in den Regionen mit Innovationen, neuen Dienstleistungen und Technologien.

überhaupt Angebote verfügbar sein -, sondern auch der Qualität nach möglichst passgenau sein muss, und zwar zeitlich (was die zu vereinbarenden Versorgungszeiten betrifft), sachlich (was die nachgefragten Befähigung bzw. Qualifikation der Einsatzkräfte betrifft) und sozial – bzgl. der Personen, die Einsatzkräfte (u.a. ihre Eignung) und ihre Klienten, die in der Versorgungssituation in Beziehung zueinander treten.

Im Hinblick auf die Pflegepersonen, insbesondere pflegende Angehörige, auf deren Schultern die Hauptlast der Versorgung liegt, besagt diese Zielsetzung: Sie sollen durch ein zu stärkendes Versorgungssystem *entlastet* werden.

### ***Die Ausgangssituation des Vorhabens***

Jeder, der mit Pflege zu tun hat, sei es bei eigenen Angehörigen oder im Freundeskreis, wird aus Erfahrung wissen, was keineswegs nur für die Modellregion spezifisch ist: dass die Suche nach geeigneten Pflege- und Unterstützungsangeboten langwierig und schwierig sein kann.

Aus Statistiken und Forschungsberichten ist hinlänglich bekannt, dass das verfügbare Angebot an Pflege- und Betreuungsleistungen und haushaltsunterstützenden Leistungen schon aus Gründen von Personalengpässen den tatsächlichen Bedarf und die steigende Nachfrage immer weniger decken kann.

Und es kommt ein Weiteres hinzu: Der tatsächliche Bedarf an solchen Leistungen ist verdeckt, um nicht zu sagen, versteckt, d.h. tritt aus Scham, Unkenntnis oder anderen Motiven als erfassbare Nachfrage gar nicht in Erscheinung und wird nur zufällig oder gelegentlich offenbar, z.B. anlässlich des Geburtstagsbesuchs eines Amtsträgers in der Häuslichkeit eines Jubilars oder einer Jubilarin.

Zudem setzt eine Hilfebedürftigkeit im Alter oft schon vor der gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit ein und fällt durch das Raster der Erhebungen.

Aktuelle Prognosen besagen, dass sich die Versorgungssituation noch weiter verschärfen wird, weil der „größte Pflegedienst der Republik“, die Familie bzw. pflegende Angehörige, bei weiter steigendem Pflegebedarf zukünftig nicht in ausreichendem Maße oder nur unter erschwerten Bedingungen zur Verfügung stehen wird.

Gründe hierfür sind u.a.:

- Zunahme der Haushalte ohne Kinder,
- steigende Erwerbsquoten und späteres Renteneintrittsalter,
- dadurch Mehrfachbelastungen pflegender Angehöriger durch Beruf und ggf. die eigene Familie,
- eingeschränkte Mobilität bzw. räumliche Distanz zwischen Pflegebedürftigem und Familienangehörigen.

Der Pflegenotstand geht bereits jetzt und wird künftig erst recht mit einem umfassenden Personalnotstand einhergehen: Nicht nur die beruflich tätigen Fach- und Hilfskräfte fehlen, wie man gemeinhin versteht, sondern auch die pflegenden Angehörigen werden diesen Mangel in Anbetracht steigender Pflegebedürftigkeit aller Voraussicht nach nicht kompensieren und auch nicht für die fehlende Fachpflege einspringen können.

### ***Zur Methodik des Projekts***

Das Innovationsforum „SENIOR-FFB“ ist ein interdisziplinär besetztes Netzwerk mit Partnern aus Pflegeeinrichtungen, Seniorenvertretungen, gewerblichen Unternehmen, Startup-Unternehmen, Bildungsträgern sowie Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Technik.

Es organisierte und steuerte den Informationsaustausch, die Ideenfindung und die Entwicklung von Versorgungskonzepten und Geschäftsmodellen im Bereich Pflege und Betreuung und bündelt hierfür die verfügbaren Kräfte in der Ziel- bzw. Modellregion, dem Landkreis Fürstentfeldbruck.

Der Aufbau des Netzwerks erfolgte u.a. durch Einzelgespräche, Arbeitstreffen und Telefonate mit Schlüsselpersonen im Schnittpunkt von Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und Technik.

Zielgruppe hierbei waren u.a. Personen in Helfernetzwerken, Helferkreisen, Nachbarschaftshilfen, Pflegediensten, Pflegeberatungsstellen, außerdem Berater\*innen in den Rathäusern und im Landratsamt sowie Seniorenbeauftragte.

Die Findung und die Auswahl von Gesprächspartnern und damit der Aufbau des relativ dichten Kontaktnetzwerks erfolgten u.a. nach Vorgesprächen mit sachkundigen Multiplikatoren, im weiteren Verlauf dann selbststeuernd durch zusätzliche Kontakthinweise der jeweiligen Gesprächspartner.

*Ergebnis:* Aufbau des Kontaktnetzwerks, Screening der Versorgungsangebote in der Modellregion

Mit Blick auf die im kleinen Maßstab einer Modellregion (Landkreis) zu verwirklichende Zielsetzung einer Stärkung der Versorgung und Entlastung von Pflegepersonen war vorab zu klären, was im regional und lokal überschaubaren Bereich einer Modellregion an Problemen, Fragen und Antworten zur Versorgung noch gefunden, an Lösungen noch würde entdeckt werden können, was auf überregionaler Ebene, also auf der Bühne der bundesdeutschen Politik und Forschung, nicht längst diskutiert, erforscht, in Projekten bearbeitet und mit Vorschlägen zur Verbesserung versehen worden ist.

In der Tat, alle „großen“ Fragen wurden auch in der Modellregion genannt: Personalnotstand, die davonlaufenden Kosten, Überlastung von pflegenden Angehörigen, Nachholbedarf der nötigen Digitalisierung bei interdisziplinärer Zusammenarbeit, verbesserungsbedürftige Arbeitsbedingungen, um nur einige Punkte zu nennen.

Allerdings: Wenn es auch richtig ist, dass das überregional Große im lokalen Kleinen zu finden ist, so gilt das Umgekehrte keineswegs: Was

in zahllosen Einzelgesprächen, Workshops, Netzwerktreffen mit den lokalen Akteuren an Ideen und Antworten auf brennende Fragen herausgefunden wurde, das bildet sich generell im großen Ganzen keineswegs ab.

SENIOR-FFB hat durch die Förderung die Möglichkeit erhalten, die Probleme, Fragen und Lösungen der genannten Schlüsselfragen dort auf- und abzugreifen und weiterzudenken, wo sie direkt und unmittelbar anfallen bzw. sich stellen, nämlich in den Familien, Haushalten und Nachbarschaften, den Ämtern, in den Gemeinden, den Fachberatungsstellen und den vielen Vereinen und privaten Initiativen.

Dieses Vorgehen hat es ermöglicht, in vielen persönlichen Gesprächen die Verhältnisse in der Praxis dicht „heranzuzoomen“ und einen hochauflösenden Zugang zu den Ideen und der Praxis der vielen kreativen Köpfe zu finden, die sich dort angesichts all der Defizite nicht nur „theoretisch“ Gedanken über die Versorgung, ihre Engpässe und Mängel und deren Behebung machen, sondern viele der von ihnen gefundenen Lösungen („Best Practices“) bereits umgesetzt haben, weil sie als teilweise selbst Pflegende direkt darauf angewiesen sind.

Auf dieser Ebene konnte sich das Projekt über die Feststellung von Versorgungslücken hinausbewegen und Vorschläge sowohl aufgreifen wie auch ggf. weiterentwickeln.<sup>149</sup>

---

<sup>149</sup> Im Unterschied zu Vorhaben mit Schwerpunkt „Technik“ ist SENIOR-FFB ein eminent politisch relevantes Vorhaben gewesen. Denn anders als bei vielen technischen Innovationen im Entstehungsstadium mit einer zunächst geringen Anzahl von „Stakeholdern“ (Interessengruppen), ist die Rezeptions- und Beurteilungsschwelle bei sozialen Projekten relativ gering, sodass, zumal in der durch die Pflegeversicherung geprägten Landschaft, viele zu vorgetragenen Vorschlägen eine vorgefasste Meinung oder Überzeugung haben. Damit gibt es im Hinblick auf die Vorschläge schnell eine Spaltung in ein Pro und ein Contra, und der Vorschlagende findet sich unversehens in einer politischen Arena wieder.

## **Stärkung niedrigschwelliger Versorgungsangebote**

### ***Organisatorische Gestaltungsoptionen***

Das Rekrutierungspotenzial für die Gewinnung von Pflegekräften, insbesondere Fachkräften, scheint in Deutschland weitgehend erschöpft zu sein.

Die Pflegedienste klagen über zu wenig Personal, die Mitarbeiter hingegen über mangelnde Attraktivität des Arbeitsplatzes, zu geringe Bezahlung und zu viel Bürokratie.

Die meisten unterfinanzierten Pflegedienste betreuen weniger als 80 Pflegebedürftige. Zudem werden, so der Tenor unserer Gespräche, die Mitarbeiter\*innen durch ein „Dauerfeuerwerk“ an Reformen in Atem gehalten, deren Sinnhaftigkeit sich ihnen teilweise nicht erschließt, deren Umsetzung ihnen jedoch das Äußerste abverlangt und Zeit für die Pflege raubt. Deshalb kehrten nicht wenige von ihnen dem Beruf den Rücken - oder gingen ins Ausland. (Allein in der Schweiz pflegen 80.000 deutsche Pfleger\*innen!)

Zudem sei die Pflegeversicherung ein Gebäude, das den Trägern hinsichtlich der Form und des Inhalts ihrer Leistungen nur relativ geringe Gestaltungsspielräume beließe. Angebotsformen und Strukturen der Leistungserbringung seien weitgehend genormt und in Verordnungen und Richtlinien teilweise bis auf die einzelnen Abläufe heruntergebrochen.

Auch das pflegeversicherungsrechtlich bestimmte Qualitätsmanagement biete nur geringe Anreize für einen qualitätsfördernden Wettbewerb zwischen den Einrichtungen, war häufig zu hören.<sup>150</sup>

---

<sup>150</sup> Wer die MDK-Prüfungen zufriedenstellend abgeschlossen habe, könne durchatmen und es als Aufforderung verstehen, so weiterzumachen wie bisher.

Zwar rege die Pflegeversicherung selbst die Durchführung von „Modellvorhaben, Studien und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (§ 8 SGB XI) an.

Allerdings sei dies eher eine Angelegenheit für die Forschung im Verbund mit ausgewählten Einrichtungsträgern und nur in Ausnahmefällen für die einzelne, zumeist kleine Pflegeeinrichtung geeignet, die kaum über die Ressourcen verfüge, solche Vorhaben zu initiieren und ggf. aktiv zu gestalten.

Welche Möglichkeiten gleichwohl verbleiben, das Angebot der professionellen ambulanten Dienste zu stärken, hat SENIOR-FFB einerseits durch einen Blick über die Landesgrenzen hinaus erfahren. Mit dem in den Niederlanden erfolgreich praktizierten Konzept des „Buurtzorg“ wurde ein Modell gefunden, das nach Aussage seiner Befürworter u.a. zu weniger Bürokratie und höherer Arbeitszufriedenheit des Personals und höherer Kundenzufriedenheit führt (s.u.).

Das Modell wurde auf der Abschlussveranstaltung vorgestellt (Frau Kupiec, Leipzig) und diskutiert.

### ***Sichtbarmachung von Potenzialen („Dritte Säule“)***

Es war aber nicht nur ein Blick über die Landesgrenzen hinaus zu richten, ein Perspektivwechsel wurde auch noch in eine andere Richtung erforderlich, um der Zielsetzung einer Stärkung des pflegerischen, betreuenden und unterstützenden Angebots näher zu kommen.

Man ist heute leicht geneigt, alle Themen, die mit Pflege, Betreuung und Unterstützung zu tun haben, durch die „Brille“ der Pflegeversicherung zu betrachten.

---

Impulse für Innovationen, gar einen Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen, der durch Innovationen, neue Angebote etc. hervorsteht, gingen daraus nicht hervor und seien im (durchregulierten) System wohl auch nicht vorgesehen.

Zwangsläufig sieht man dann nur die Zustände, über die viele klagen, die im Pflegebereich tätig sind: Personelle Engpässe, ein Zuviel an Bürokratie, Kostendiskussionen und eine mangelnde Qualität der Versorgung, ohne dass noch sonderlich darauf geachtet wird, was das System an positiven Wirkungen entfaltet hat.

Potenziale für unternehmerische Einzelinitiativen sind durch diese Brille dementsprechend schwer zu erkennen.

Auf die Aufgabe und Zielsetzung von SENIOR-FFB bezogen, bedeutete das: das Vorhaben musste sich von seiner Fixierung auf die Pflegeversicherung lösen.

Das heißt, es konnte nicht primär darum gehen, die in jahrelanger Arbeit aufgebauten pflegeversicherungsrechtlich bestimmten Angebotsstrukturen weiterzudenken und Verbesserungen für sie vorzuschlagen.

Vielmehr war der Blick dorthin zu lenken, wo die Dinge noch „stärker im Fluss“ sind, wo diesseits oder jenseits der Pflegeversicherung die Akteure miteinander lose gekoppelt, ihre Beziehungen gestaltungsoffen sind und die Chance besteht, dass sich Ideen unbürokratisch verwirklichen lassen.

Auch dort sieht man natürlich nur, was vordergründig sichtbar ist: Aber man erkennt immerhin, dass es sich bei den genannten Problemen (personelle Engpässe, ein Zuviel an Bürokratie, Kostendiskussionen) um eine Art „selbstreferenzielle“ Problemgenerierung und Problembewältigung handelt, insofern diese Probleme durch pflegeversicherungsrechtliche Bestimmungen mit verursacht worden sind, auf die das System wiederum mit Reformen etc. reagiert, kaum, dass die letzte Reform in Kraft getreten ist.

Und man sieht, was durch die Brille der Pflegeversicherung ebenfalls nicht gesehen werden kann: eine vielfältige Landschaft von Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsangeboten. Diese Angebote werden in der betrachteten Modellregion von diversen (teilweise ehrenamtlich tätigen) Helferkreisen, Nachbarschaftshilfen, einschlägig qualifizierten

Freiberuflern (die teilweise Teams bilden) und Einzelpersonen *diesseits* einer pflegeversicherungsrechtlichen Anerkennung vorgehalten und von den selbstzahlenden Klienten in Anspruch genommen.

Neben den Familien und den pflegeversicherungsrechtlich anerkannten Pflegediensten handelt es sich hierbei um eine für die häusliche Versorgung in der Modellregion - und sicherlich nicht nur hier - tragende „Dritte Säule“, die folgende Merkmale und Besonderheiten aufweist:

- **Bedarfsorientierung, Selbstorganisation und Selbststeuerung:** Wo ein Hilfebedarf in den Gemeinden erkannt wird, findet sich meist recht schnell eine Person, die Mitstreiter aktiviert und die Organisation von Unterstützungsmaßnahmen in „*Eigenregie*“ in die Hand nimmt (Bürgermeister, Gewerbetreibende, ehrenamtlich Tätige, Freiberufler). Auf diese Weise wurden und werden ehrenamtliche Helferkreise und Nachbarschaftshilfen initiiert und organisiert, die Fahr- und Begleitdienste, Hol- und Bringdienste und Einkaufshilfen anbieten, aber auch Leistungen der Pflege und Betreuung durchführen, teilweise lange vor der Feststellung oder dem Eintritt einer pflegeversicherungsrechtlich bestimmten Pflegebedürftigkeit. Die Leistungen werden für die Klienten kostenfrei oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung erbracht, ohne dass davon viel Aufhebens gemacht wird. Auch Freiberufler sind im Landkreis unterwegs, die ihre Leistungen für Selbstzahler (ggf. Verhinderungspflege) erbringen und auf Basis eines vereinbarten Stundensatzes abrechnen, der niedriger ist als der, den Pflegedienste für eine entsprechende Leistung in Rechnung stellen würden. *Selbststeuernd* sind die Initiativen in dem Sinne, dass sie auf eine sich verändernde Nachfrage elastisch mit einer Erweiterung ihres Angebots reagieren.
- **Rekrutierung von Helfern:** Die Gewinnung einsatzbereiter Personen bei Gründung eines Angebots oder im Falle eines Ausschei-

dens einzelner Personen erfolgt, je nach Tätigkeitsanforderung, informell durch Aushänge in den Rathäusern der Gemeinden, Rundbriefe oder im erweiterten Bekanntenkreis. Das lässt darauf schließen, dass ein mehr oder weniger großes Potenzial an Motivationen und Bereitschaften vorhanden ist, jeweils nachgefragte Tätigkeiten und Dienste zu übernehmen. Das Qualifikationsniveau der rekrutierten Personen richtet sich nach der übernommenen Leistung: bei ehrenamtlich erbrachten Fahrdiensten und haushaltsunterstützenden Angeboten kann und muss in jedem Fall Erfahrungswissen angenommen bzw. eine entsprechende Fähigkeit vorausgesetzt werden. In vielen Fällen liegen bei eigenen Angehörigen gewonnene Pflegeerfahrungen vor. Insbesondere Freiberufler, die Pflege und Betreuungsleistungen anbieten, verfügen darüber hinaus teilweise über pflegeversicherungsrechtlich anerkannte und geforderte Qualifikationen für niederschwellige Angebote (§§ 45a, b SGB XI) oder für den Betreuungsassistenten (§ 53c SGB XI). Wenig überraschend ist es, dass dieser Personenkreis an einer Festanstellung unter den gegebenen Rahmen- und Arbeitsbedingungen, z.B. bei einem Pflegedienst, kein Interesse hat (s.u.).

- **Relevanz:** Tragend ist die dritte Säule der Versorgung u.a. deshalb, weil von den Anbietern Leistungen in einem umfangreicher und wichtiger werdenden Segment erbracht werden, das von den professionellen Diensten nicht oder nur wenig abgedeckt wird: Für Pflegebedürftige in einer „demenziellen Grauzone“, in der die Versorgungs- und Unterstützungsbedürftigen zwar noch relativ selbständig in ihrer Häuslichkeit leben und eine voll- oder teilstationäre Unterbringung, selbst die Unterstützung durch einen Pflegedienst kategorisch ablehnen würden, in der aber die nahen Angehörigen sich bereits Sorgen machen, ob man die Betreffenden unbeaufsichtigt über einen längeren Zeitraum allein lassen kann (Stichworte sind hier: Geld im Übermaß abheben und ausgeben, bizarre Einkäufe). Gleichwohl sind die Anbieter dieser dritten Säule über

einen engen lokalen Umkreis hinaus oft nur wenig sichtbar und tauchen in einschlägigen Internetportalen erst gar nicht auf, obwohl sie ihre Leistungen auch über Gemeindegrenzen hinaus erbringen.

- **Leistungsgrenzen und Leistungserweiterungen:** Es handelt sich um versicherungsrechtlich nicht anerkannte Angebote, folglich können die Leistungen selbst beschaffter Einzelkräfte über die Pflegekasse nicht abgerechnet werden. Dementsprechend stoßen die Angebote schnell an Leistungsgrenzen. Dies passiert insbesondere dann, wenn die Leistungserbringung nicht nur gelegentlich, sondern regelmäßig, also zeitlich tages- und stundengenau erwartet wird. Ehrenamtliche verfügen einerseits über ein begrenztes Zeitbudget, zumal wenn sie selbst noch berufstätig sind, und können andererseits nicht angemessen vergütet werden. Selbstzahler wiederum können steigende Kosten für Unterstützungsleistungen nur begrenzt tragen. In der Tendenz wird daher der Druck auf die Angebote der dritten Säule zunehmen, Leistungen über die Pflegeversicherung abrechnen zu können und durch zeitliche und fachliche Leistungserweiterungen die objektiv bestehenden Leistungsgrenzen auszuweiten.

### ***Pflegeversicherungsrechtliche Zulassung bzw. Anerkennung („Startups“)***

Es gab aus diesem Grund bei mehreren der genannten Gruppen in der Modellregion trotz Bedenken von Beteiligten Bestrebungen, sich zu einem anerkannten bzw. zugelassenen Angebot (§§ 45a, b) oder einem Betreuungsdienst fortzuentwickeln (§ 71 Abs. 1a SGB XI). Eine pflegeversicherungsrechtliche Anerkennung (Zulassung) würde es ermöglichen, erbrachte Leistungen gegenüber der Pflegekasse abzurechnen. Den Einsatzkräften, ggf. auch Ehrenamtlichen, könnten ein gering-

fügendes oder ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis und eine Aufwandsentschädigung angeboten werden.

Über das bereits Ausgeführte hinaus (Leistungsausweitung, Abrechnung) lassen sich für einen solchen Schritt folgende Gründe nennen:

- Der Bedarf an ambulanten Betreuungs- und Unterstützungsleistungen sowie an „einfachen“ (nichtmedizinischen) pflegerischen Leistungen wird steigen. Fachpflegekräfte werden hierfür sowohl aus Kostengründen wie aus mangelnder Verfügbarkeit nicht eingesetzt werden können. Die Frage hätte längst gestellt und beantwortet werden müssen und wurde erst durch das Pflegeberufgesetz (§ 4 PflBG) zumindest für Beschäftigte in zugelassenen Einrichtungen geklärt: Welche pflegerischen Aufgaben können an (befähigte und geeignete) niedrigschwellig Qualifizierten übertragen werden und wird man mittelfristig auch übertragen bzw. an sie delegieren müssen, um die pflegerische Versorgung vor allem wohnortnah aufrechterhalten zu können? Und welche Aufgaben gehören umgekehrt nicht dazu, sondern müssen als unabdingbare Vorbehaltsaufgaben von Fachkräften selber durchgeführt werden?<sup>151</sup>
- Die Angebote der dritten Säule werden derzeit ohne Rückbindung an definierte objektive Qualitätskriterien, also außerhalb eines Qualitätsmanagements erbracht. Die Qualität der Leistungser-

---

<sup>151</sup> Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um Organisations-, Planungs- und Steuerungsaufgaben (die man im Übrigen auch bisher keiner Hilfskraft und keinem Helfer übertragen hat), sodass im Umkehrschluss gefolgert werden kann, dass die Erbringung von Pflegeleistungen direkt am Pflegebedürftigen nicht durch Fachkräfte erfolgen muss. Wer der „generalistischen“ Ausbildungsreform applaudiert hat, hat, oft ohne es zu wissen, der stillschweigenden Verabschiedung der Fachkraft aus der „direkten“ Pflege, applaudiert. Es ist also keine Zeit zu verlieren, das aufgezeigte Potenzial an möglichen, derzeit außerhalb der Pflegeversicherung tätigen Einsatzkräften zu realisieren.

bringung ist bisher intransparent, der Markt für solche Leistungen unreguliert. Qualitätsanforderungen, wie sie für den professionellen Bereich bestehen, insbesondere fortlaufende Schulungen, existieren hier nicht: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden durch subjektive Kriterien wie soziale Bekanntheit, gute Referenzen, Vertrauen und Erfahrungen mit der jeweiligen Einsatzkraft ersetzt, was an Dritte weitergegeben werden kann, sodass die Dienstleister mit der Zeit über eine lokale Reputation als alternativen Qualitätsausweis verfügen.

- Mit der versicherungsrechtlichen Anerkennung erbrachter Leistungen würden diese auch die Qualitätsanforderungen der Pflegeversicherung erfüllen. Durch die Erfüllung objektiver Qualitätskriterien könnte gesichert werden, dass ein möglichst hoher Leistungsstand erreicht und angeboten wird. Dies müsste allerdings ergänzt und flankiert werden durch ein regionales Koordinations- und Bewertungssystem, in das nur Anbieter aufgenommen würden, die bestimmte festzulegende Qualitätskriterien erfüllen. Eine Qualitätssicherung der Angebote wird zukünftig umso unerlässlicher sein, als bei steigender Nachfrage nach Unterstützungsleistungen ein ungebremster Zustrom weiterer Anbieter zu erwarten ist und sich der Markt für die Nachfrageseite (Pflegebedürftige und pflegende Angehörige) als zunehmend intransparent erweisen wird.

### ***Verbesserung der Arbeitsbedingungen***

Es darf nicht übersehen werden, dass gegenüber einer pflegeversicherungsrechtlichen Zulassung (z.B. als „Betreuungsdienst“) Vorbehalte bei den betreffenden Akteuren bestehen, selbst wenn die formalen Qualifikations- bzw. Schulungsanforderungen (gemäß §§ 45a, b 53c SGB XI) hierfür von ihnen bereits erfüllt worden sind.

Die Gründe für solche Vorbehalte sind teils externer Art - Mehrfachrücksichten auf in der jeweiligen Kommune bereits bestehende Angebote und dort gegenläufige Interessen - teils entstammen sie einer Skepsis gegenüber einem Schritt in die berufliche Selbständigkeit.

Diese Skepsis wird noch verstärkt durch die unternehmerischen Risiken, die mit dem Betrieb eines niedrighwelligen Angebots im Hinblick auf die entstehenden Kosten zweifellos verbunden sind, etwa die Refinanzierung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, die Anschaffung von Technik, ein beträchtlicher bürokratischer Aufwand, und das bei einem zu Beginn noch nicht abschätzbaren Umfang der Nachfrage.

Ein weiterer immer wieder genannter Grund sind die erwarteten, besser: befürchteten Arbeitsbedingungen, unter denen die zuvor relativ autonom freiberuflich oder ehrenamtlich Tätigen in einem pflegeversicherungsrechtlich anerkannten Angebot zu arbeiten hätten.

Hierbei wird angenommen, dass die einzuhaltenden pflegeversicherungsrechtlichen Vorgaben maßgeblich die Arbeitsorganisation (Aufbau- und Ablauforganisation, z.B. Tourenplanung) mitbestimmen würden.

Diese Befürchtungen sind ursächlich dafür, dass die einschlägig qualifizierten Einsatzkräfte der dritten Säule weder für die Personalsuche der bereits anerkannten Dienste erreichbar sind noch die Bereitschaft zeigen, sich unter diesen Bedingungen selbst als Einrichtungsgründer unter das „Dach der Pflegeversicherung“ zu begeben.

Wenn heute vonseiten der Politik und der Fachverbände bessere Arbeitsbedingungen in den Pflegeeinrichtungen eingefordert werden, um die Bereitschaft, den Beruf zu ergreifen oder in ihm zu verbleiben, zu befördern, dann wird man sowohl vom Standpunkt der in der Pflege Beschäftigten als auch mit Blick auf das vorhandene Beschäftigungspotenzial genau hinsehen müssen, um zu erfahren, was von einem attraktiven Arbeitsplatz erwartet wird.

Nicht getan ist es alleine mit höheren Gehältern.<sup>152</sup>

Auch die „weichen“ Faktoren, wie ein gutes Betriebs- und Teamklima, Familienfreundlichkeit, geeignete Arbeitszeitmodelle, Wertschätzung und Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind aus Sicht der von SENIOR-FFB Befragten zwar wichtige Bedingungen, die aber eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeits- bzw. Arbeitsplatzzufriedenheit noch längst nicht garantieren.

Verbesserungen würden vielmehr tiefe Eingriffe in die Aufbau- und die Ablauforganisation in den Einrichtungen erfordern, um diese an die Anforderungen der Pflegetätigkeit anzupassen und nicht umgekehrt diese an die Anforderungen der Organisation bzw. der Pflegeversicherung.

Erwartet wird insbesondere eine den pflegerischen Aufgaben entsprechende Organisation, die als „smart“, „agil“, „flexibel“ bezeichnet werden kann und die

- den Mitarbeitenden ein hohes Maß an Autonomie bietet,
- auf hoch detaillierte und präzisierte Formalisierungen von Abläufen verzichtet, weil die Situation vor Ort rasch wechselt und „Überraschungen“ an der Tagesordnung sind,
- die Aufbauorganisation, insbesondere Führungspositionen, an deren Funktionalität bemisst und ggf. in Frage stellt,

---

<sup>152</sup> Oft wird die Forderung nach Gerechtigkeit der Entlohnung (insbesondere einem der Verantwortung der Pflege entsprechenden Gehalt) vorschnell mit einer Rekrutierungserwartung belastet. Auch wenn bei der Entlohnung von Pflegekräften in vielen Einrichtungen sehr wahrscheinlich Nachholbedarf besteht, so ist daraus jedoch nicht zu schließen, dass Gehaltssteigerungen mit einer wesentlich höheren Bereitschaft korrelieren würden, den Pflegeberuf zu ergreifen. Und wenn doch, so ist daraus wiederum nicht auf einen Zuwachs an Bewerbern zu schließen, die für die Pflege auch wirklich geeignet sind.

- generell Strukturfestlegungen auf das erforderliche Maß beschränkt und den Mut zur organisatorischen Lücke aufbringt, um zu verhindern, dass sie an ihrer eigenen Trägheit gegenüber neuen Herausforderungen zugrunde geht.

Die von SENIOR-FFB veranlassten Recherchen haben zwar ergeben, dass mit der dritten Säule ein Potenzial an motivierten Kräften verfügbar ist, die teilweise sogar auf Fachkraftniveau qualifiziert oder wenigstens zu einer Qualifikation unterhalb des Fachkraftniveaus bereit sind. Doch das heißt keineswegs, dass diese Kräfte die Vorteile einer relativ autonomen (ehrenamtlichen, freiberuflichen) Arbeitsweise leichthin und vorbehaltlos aufgeben würden.

Nur wenige der Befragten wären seinerzeit bereit gewesen, die Möglichkeit einer Abrechnung gegenüber den Kassen um den Preis anzustreben, dass sie dafür in das strenge organisatorische Korsett eines pflegeversicherungsrechtlich zugelassenen Dienstes oder anerkannten Angebots hätten schlüpfen müssen.

### ***Qualifikation***

In Betracht kommen für die niedrighschwellige Pflege, Betreuung und haushaltsnahe Unterstützung älterer Menschen Personen, die als *Generalisten* in diesen Bereichen gerne tätig werden würden und bereit und fähig sein müssten, fallbezogen mit Spezialisten zu kooperieren.

Abgesehen von der stets gegebenen Möglichkeit der bereits beschriebenen „lokalen“ Rekrutierung, bedarf es hierzu mittelfristig in Anbetracht der Vielzahl der Aufgaben, der sich ständig wandelnden Anforderungen und Bedarfe, der soziografischen Umstände und der Gesetzesreformen eines eigenen Recruitingkonzepts sowie einer passenden Ausbildung bzw. Qualifizierung für die zukünftigen Einsatzkräfte.

Ein Netzwerkpartner von SENIOR-FFB, die „Elf Freunde müsst ihr sein gGmbH“ (kurz: „Elf Freunde“), München, hat hierfür eine

Unterrichtskonzeption (Curriculum) entwickelt und führt auf dieser Basis mindestens 700 Unterrichtseinheiten umfassende Schulungen mit Praktika durch.

Im Berichtszeitraum 01. März bis 30. November 2019 haben 20 Teilnehmer\*innen u.a. vom Jobcenter Fürstentfeldbruck eine solche Schulung erfolgreich absolviert. Fünf von ihnen konnten an Einrichtungen, die in der Modellregion Landkreis Fürstentfeldbruck tätig sind, vermittelt werden.

Eine weitere Schulung mit 19 Teilnehmer\*innen hat im November 2019 begonnen und endet im April 2020. Auch von diesen Teilnehmer\*innen wird nach Abschluss der Maßnahme wieder ein Teil dem lokalen Arbeitsmarkt der Modellregion zur Verfügung stehen.

Bei den Teilnehmer\*innen handelt es sich jeweils um Personen, die Interesse an einer Tätigkeit im Bereich „Gesundheit und Soziales“ haben, berufliche Vorqualifikationen und praktische Erfahrungen in diesem Bereich bereits sammeln konnten und arbeitslos sind oder sich beruflich umorientieren wollen.

Solche Personen aufzuspüren, kann nur mit einem Recruitingkonzept mit regionalen Partnern vor Ort, wie z.B. der Agentur für Arbeit und den Jobcentern, durchgeführt werden.

Die grundsätzliche Eignung und Befähigung der Teilnehmer\*innen für die Aufgabenbereiche wird vorab jeweils im Rahmen von Informationsgesprächen und mittels Kompetenzanalysen festgestellt; die Qualifizierung selbst wird mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Settings durchgeführt.

Vom Standpunkt des Bildungsanbieters betrachtet, ist es das Ziel der Maßnahme, den Teilnehmer\*innen den Einstieg in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt in Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu ermöglichen.

Zusammenfassend und ergänzend ist Folgendes festzustellen:

- Für alle pflegeversicherungsrechtlich zugelassen und anerkannten Angebote müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Andernfalls stehen Bewerber aus dem aufgezeigten Potenzial („Dritte Säule“) weder für die bereits anerkannten Dienste in ausreichender Zahl zur Verfügung, noch werden sie bereit sein, trotz ihres Interesses einen eigenen pflegeversicherungsrechtlich zugelassenen Dienst oder ein anerkanntes Angebot zu gründen.
- Es ist für die in Frage stehenden Angebote jeweils eine wesentliche Aufgabe, ihr Haupteinsatzfeld zu definieren, sich also auf dem Markt fachlich zu positionieren und hierfür ein generalistisches Profil zu entwickeln. „Mehr Zeit für den Pflegebedürftigen auch bei aufwandsintensiven Einsätzen“, „Geringe und refinanzierbare Kosten, dadurch optimale Nutzung des Budgets“, „Einsatzzeiten nach Wunsch und auch spontan“, „Umfassend geschulte Einsatzkräfte“ könnten einige der Slogans lauten, unter denen sich für solche Leistungsangebote werben ließe.
- Diese Angebote könnten zwar nicht nur, aber auch Nischen besetzen, die aus Kostengründen oder Personalmangel von anderen Angeboten nicht versorgt werden: Für nur gelegentlich anfallende kleine pflegerische Aufgaben – etwa: den Blutzucker messen, Kompressionsstrümpfe anziehen, nachsehen, ob das Licht ausgeschaltet ist - fährt, zumal in ländlichen Regionen, kein Pflegedienst eine längere Strecke, wenn auf der Tour nicht noch andere Patienten zu versorgen sind.
- Insbesondere sind die Angebote in der häuslichen Versorgung tätig, einem Segment, das derzeit nicht oder nur wenig abgedeckt und aus Gründen der Wirtschaftlichkeit oft sogar gemieden wird: Hier handelt es sich etwas um die Betreuung und Unterstützung von Pflegebedürftigen, die zwar noch relativ selbständig in ihrer Häuslichkeit leben, deren nahe Angehörige sich aber bereits Sorgen machen, ob man die Betroffenen unbeaufsichtigt über einen längeren Tagesabschnitt alleinlassen kann.

- Ebenso wie für die inzwischen nach § 71 Abs. 1a SGB XI gesetzlich vorgesehenen Betreuungsdienste, die Aufgaben, deren Durchführung bisher Pflegediensten vorbehalten gewesen ist, übernehmen können („pflegerische Betreuung“), ist auch für die hier in Frage stehenden Angebote (der „Dritten Säule“) eine enge Kooperation mit Fachdiensten (Pflegediensten) unabdingbar. Ein Grund hierfür liegt in der nur begrenzten fachlichen Kompetenz der Anbieter, die pflegerisch oder medizinisch anspruchsvolle Leistungen nicht selbst erbringen können, sondern hierfür auf Pflegedienste, ggf. Krankenpflegedienste, angewiesen sind.<sup>153</sup>
- Abgesehen von der fachlichen Positionierung wird eine wichtige Größe für die Marktpositionierung daher die Preisgestaltung für solche Angebote sein. Ebenso wie Betreuungsdienste und Angebote nach §§ 45a, b SGB XI, ggf. Neugründungen, müssten jene ihre Leistungen kostengünstiger als Pflegedienste anbieten können, um gegenüber diesen wettbewerbsfähig zu sein. Laut Richtlinien sind die Betreuungsdienste angehalten, sich mit den weiteren beteiligten Pflegeeinrichtungen (insbesondere Pflegediensten, Tagespflegen etc.) hinsichtlich der Leistungserbringung mit der Zielsetzung abzustimmen, „die jeweils erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedarfe des pflegebedürftigen

---

<sup>153</sup> Umgekehrt verlangt dies von den Pflegediensten die Bereitschaft, eine solche Kooperation einzugehen, die eine Aufteilung der gegenüber dem einzelnen Klienten erbrachten „Leistung“ impliziert. Dies ist keineswegs selbstverständlich und nur dann wahrscheinlich, wenn sich im Einzelfall eine „win-win“-Situation für beide Seiten ergibt. Etwa dadurch, dass Patienten, die eine umfassende, von ihrem Pflegedienst nicht angebotene Betreuung benötigen, nicht zu einem anderen Pflegedienst oder Anbieter wechseln, falls sie von ihrem Dienst – für die benötigte Leistung - an ein mit diesem kooperierendes Angebot vermittelt werden. Der Patient bliebe dem Dienst erhalten, und das Angebot würde einen neuen Klienten gewinnen. Allerdings wird jeder Pflegedienst versuchen, das verfügbare Sachleistungsbudget einschließlich des Entlastungsbetrags so weit wie möglich selbst auszuschöpfen.

Menschen möglichst optimal auszugestalten ... .<sup>154</sup> Dies dürfte im Interesse des Klienten einen transparenten Preisvergleich zur Voraussetzung haben. Jedenfalls sind die Klienten gut beraten, die von Pflegediensten unumgänglich zu erbringenden Leistungen genau zu identifizieren, um die Mittel ggf. für kostengünstigere Alternativangebote zu verwenden und dadurch ein Mehr an Leistungen zu erhalten.<sup>155</sup>

## **Geschäftsideen im Schnittpunkt von Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft**

### ***„Alltagshelfer\*innen vor Ort“***

Für die Akteure der „Dritten Säule“, insbesondere für Neugründungen, kommt es entscheidend darauf an, für ihr zweckmäßig generalistisches Versorgungsangebot ein geeignetes Organisationskonzept zu entwickeln.

SENIOR-FFB hat mit den „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ eine am älteren Gemeindegewerkschafts-Ansatz orientierte Angebotsform entwickelt und für diese in einer ländlichen Gemeinde der Modellregionen einen Testlauf gestartet.

Die Einsatzkräfte hierfür („Alltagshelfer\*innen“) wurden aus Teilnehmern rekrutiert, die eine vom Netzwerkpartner „Elf-Freunde

---

<sup>154</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, 17.07.2019, Ziffer 3.11.5.

<sup>155</sup> Tarifgebundene Angebote, bei denen bereits eine pflegeversicherungsrechtliche Anerkennung aufgrund der erforderlichen Schulungen (in Bayern mindestens 40 Unterrichtseinheiten) ihrer Einsatzkräfte ggf. zu Kostensteigerungen durch eine tariflich dann erforderliche höhere Vergütung führen würde, sind irgendwann nicht mehr konkurrenzfähig. Deshalb verzichten sie vielfach auf die Anerkennung niederschwelliger Leistungen nach § 45a SGB XI und setzen für entsprechende Leistungen ggf. Ehrenamtliche ein.

gGmbH“ durchgeführte Schulung erfolgreich abgeschlossen hatten (s.o.).

Der Ansatz von SENIOR-FFB, aus dem großen und, wie uns scheint, größer werdenden Potenzial motivierter, natürlich zu vergütender Interessenten für Aufgaben der Pflege, Betreuung und Haushaltsunterstützung geeignete qualifizierte und motivierte Einsatzkräfte für bereits bestehende und/oder neu zu entwickelnde Angebote noch diesseits einer pflegeversicherungsrechtlichen Anerkennung bzw. Zulassung zu rekrutieren, hat sich hier direkt als fruchtbar erwiesen.

Die Angebotsform „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ (s. Tabelle 1) wurde auf der Basis folgender in der Modellregion erhobener Informationen entwickelt:

- Fragt man im Landkreis bei Schlüsselpersonen auf den Ämtern, in den Fachstellen und Einrichtungen nach, ob und ggf. woran es bei aller Vielfalt an Angeboten fehlt, dann kommt relativ schnell der Hinweis auf einen Mangel an „aufsuchenden Angeboten“ noch vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit für Personen im fortgeschrittenen Alter. Denn nur so könnten Prozesse eines schleichenden Anstiegs von Hilfebedürftigkeit, Vereinsamung bis hin zur Verwahrlosung rechtzeitig erkannt und ggf. verhindert werden.
- Aufsuchende Hausbesuche haben in erster Linie Informationen über mögliche präventive, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszögernde Maßnahmen zu geben. In diese Kategorie fallen etwa: Informationen über Möglichkeiten der Wohnraumanpassung, über technische Hilfsmittel, über Angebote für Senioren auf Gemeindeebene sowie über einschlägige pflegeversicherungsrechtliche Bestimmungen etc.
- Alltagshelfer\*innen haben weiterhin die Aufgabe, die in der heutigen älteren und noch rüstigen Generation nicht in jedem Fall ausgeprägte Selbstverantwortung, solche Maßnahmen ggf. zu ergreifen, zu stärken. Denn diese Generation hat in der eigenen

Familiengeschichte das Thema Pflege, wenn überhaupt, seltener mit der gleichen Brisanz erlebt wie die heutige noch rüstige Generation.

- Vonseiten der Alltagshelfer\*innen erfordert es erhebliche Überzeugungsarbeit, das Vertrauen der potentiellen Klienten zu gewinnen und sie von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit vorsorgender Maßnahmen zu überzeugen. Ein einmaliger Besuch genügt dafür nicht. Vielmehr sollten aufsuchende Hausbesuche das Vertrauen des Betreffenden festigen, damit ein etwaiger Hilfebedarf frühzeitig erkannt wird.
- Ein weiterer Punkt, der genannt wurde, war die irritierend große Zahl von Helfern, mit denen es die Pflegebedürftigen vielfach zu tun hatten. Da bereitet eine Pflegeperson die Tabletten vor, eine andere kauft ein und kocht, eine dritte reinigt die Wohnung. Wieder eine andere Person übernimmt die eigentliche Betreuung (Vorlesen, Spazierengehen), und am Abend erscheint dann noch mal der Pflegedienst und gelegentlich jemand, der kleinere Reparaturen im Haushalt ausführt. Dabei tauchen ständig wechselnde Helfer auf, da diese ja auch einmal frei oder Urlaub haben möchten.
- Der Wahlspruch „Alles aus einer Hand“, mit dem manche Dienste für sich werben, sollte daher mehr als eine Floskel sein und ernst genommen werden. Denn das für eine gute pflegerische oder pflegenaher Betreuung erforderliche Vertrauen kann sich nur gegenüber einer überschaubaren Zahl helfender Personen entwickeln und geht bei einem ständigen Personalwechsel schnell verloren. Personenidentität, nicht Trägeridentität, wird soweit wie möglich erwartet.
- Ein weiterer Wunsch der Befragten: Vor allem im ländlichen Raum - aber nicht nur dort - aktive Kräfte sollten möglichst auch dort zu Hause sein, wo sie tätig sind. Sie sollten daher in der oder nahe der betreffenden Gemeinde wohnen und nicht nach Art eines Kundendienstes von auswärts an- und hinterher wieder abreisen. Die

Einhaltung einer Art „Residenzprinzip“ ermöglicht es, schnell erreichbar zu sein und das Vertrauen ihrer Klienten zu festigen. Denn nur Alltagshelfer\*innen „vor Ort“ haben wirklich die Chance, das soziale Umfeld ihrer Klienten kennenzulernen und diese Erfahrung in ihr berufliches Handeln einzubeziehen.

„Alltagshelfer\*innen vor Ort“ sollten aufsuchend bei potentiellen Klienten vorstellig werden, ohne dass eine konkrete Anfrage vorliegt. Denn Prävention beginnt zweckmäßigerweise bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sodass für solche Besuche ein eigenes Finanzierungskonzept außerhalb der Pflegeversicherung zu entwickeln ist.

Ein sicherlich interessanter Vorschlag des seinerzeitigen Pflegebeauftragten der Bundesrepublik greift in diesem Zusammenhang allerdings nicht. Dabei ging es um die Installierung sogenannter „Pflege-Copiloten“, die allerdings nicht präventiv, sondern erst bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit zum Einsatz kommen sollten.

## Teilprojekt: Alltagshelfer\*innen in einer Testgemeinde

<i>Anforderungen an Alltagshelfer*innen. Diese müssen ...</i>	<i>Alltagshelfer*innen sollten in der Lage sein, ...</i>
<i>... in der Gemeinde bekannt, am besten dort sogar zu Hause sein,</i>	einen vertrauensvollen persönlichen Kontakt zu den Klienten in der betreffenden Gemeinde aufzubauen,
<i>... schnell vor Ort sein (kurze Anfahrtswege),</i>	aufsuchend und fallbetreuend tätig zu sein, das Gefühl der Selbstverantwortung ihrer Klienten zu stärken und Verwahrlosung zu verhindern,
<i>... gut geschult, informiert und gemeindlich „vernetzt“ sein,</i>	nach Möglichkeit als „Allrounder“ Rat und Tat anzubieten,
<i>... telekommunikativ schnell erreichbar sein.</i>	ggf. Leistungen Dritter zu organisieren, Veränderungen der Bedarfssituation zu registrieren und die Leistungen weiterer Helfer zu kontrollieren.

Das Bewusstsein der Selbst- oder Eigenverantwortung für die Versorgung im Alter sollte bei den zu Besuchenden ggf. gestärkt und die Realisierung einschlägiger Maßnahmen, soweit erforderlich und erwünscht, rechtzeitig unterstützt werden. Dies ist zu verstehen als ein effektiver (wenn nicht der effektivste) Beitrag zur Entlastung betroffener Angehöriger, die andernfalls bei Eintreten des Pflegefalls die organisatorischen Aufgaben und – zumindest übergangsweise – auch die Pflege und Betreuung in vollem Umfang alleine übernehmen müssten.

Für „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ sind geeignete Schulungen zu entwickeln und anzubieten, damit sie bei ihren Klienten Aufgaben der Pflege, der Betreuung und der Haushaltsunterstützung übernehmen können. Alltagshelfer\*innen sollten diesen mit „Rat und Tat“ zur Verfügung stehen.

Bei einem derart umfassenden Aufgaben- bzw. Tätigkeitsspektrum stoßen „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ natürlich rasch an ihre fachlichen, persönlichen und zeitlichen Grenzen.

Die Funktionsfähigkeit des Konzepts setzt dementsprechend, wie dies generell für Angebote der „Dritten Säule“ gilt, eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegediensten vor Ort, aber auch mit sonstigen gemeindlichen Betreuungs-Angeboten und mit den regionalen Fachberatungen voraus.

An diese Leistungserbringer vermitteln „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ Aufgaben, die sie nicht selbst übernehmen können; sie sollten als Vertrauensperson jedoch weiterhin eine Art Fallbetreuung ihrer Klienten wahrnehmen können.

Das Konzept sieht vor, als „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ zumindest nach dem erwähnten Konzept (s.o.) geschulte Kräfte zum Einsatz zu bringen, da einschlägig qualifizierte Fachkräfte, die die nötigen Anforderungen erfüllen, in ausreichender Zahl schwerlich zu finden sind und für die genannten Aufgaben i.d.R. auch nicht zur Verfügung stehen.

Diese Annahmen sind folgendermaßen begründet:

- Als „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ kommen gemeindenah ansässige Personen in Frage, die bereit sind, die genannten Aufgaben zu übernehmen und die über die erforderliche Qualifikation bereits verfügen oder wenigstens bereit sind, sich hierfür schulen zu lassen. Bereits ausgebildete (Pflege-)Fachkräfte, die diese Anforderungen erfüllen könnten, wird man insbesondere im ländlichen Raum vor Ort nicht finden. Zumindest ist die Wahrscheinlichkeit dafür gering.
- „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ müssen hinsichtlich ihrer Qualifikation Generalisten sein; sie müssen bereit und befähigt sein, u.a. Betreuungsaufgaben und haushaltsunterstützende Aufgaben ebenso wie leichte pflegerische und Informationsaufgaben zu überneh-

men. Fachkräfte hingegen sind Spezialisten und wollen in der Regel auch ausbildungsgemäß eingesetzt und beschäftigt werden.

- Die in einigen wenigen Städten und Landkreisen bereits eingesetzten aufsuchenden Einsatzkräfte sind in der Regel ausgebildete Sozialpädagogen mit einschlägigen Fortbildungen. Sie sind auf dem Arbeitsmarkt nicht minder schwer zu finden als ausgebildete Pflegekräfte. Gut geschulte und einschlägig erfahrene gemeindenah ansässige Kräfte sind für die Gemeinden hingegen auch finanziell tragbar, da die jeweilige Gemeinde nur an den durch die Pflegeversicherung nicht gedeckten Kosten übernehmen müsste.
- Der in der Modellregion festgestellte Bedarf für aufsuchende Hausbesuche ist in den ländlichen Gemeinden, anders als in den Ballungsgebieten, derzeit noch relativ gering. Eine Vollzeit- oder Teilzeitstelle wird damit schwerlich auszufüllen sein. Die Einsätze könnten zunächst stundenweise, etwa mit Kräften, die im Rahmen eines „Midi-Jobs“ beschäftigt werden, durchgeführt werden. Fachkräfte stehen für ein derart geringes Stundenkontingent i.d.R. nicht zur Verfügung.

### **Eine digitale Plattform, die über lokale Angebote in den Bereichen Pflege, Betreuung und Haushaltsunterstützung informiert**

Eine für die Klienten passgenaue Versorgung setzt eine effektive Koordinierung von Angebot und Nachfrage in den Bereichen Pflege, Betreuung und Unterstützung voraus.

Auch regional vorhandene Angebote müssen von einem Nachfragenden zunächst einmal gefunden werden. Dies ist eine Aufgabe, die auch (oder gerade!) in Zeiten des Internets mit seinen überbordenden Werbeseiten viel Zeit und Geduld erfordert, zumal viele der dort aufgeführten Angebote im Bedarfs- bzw. Ernstfall dann nicht verfügbar sind.

Eine Schlüsselfrage, auf die in der Modellregion Antworten gesucht werden, lautet: „Wie findet die Nachfrage, beispielsweise ein pflegender Angehöriger, ein für den Pflegebedürftigen passendes, qualitätsgesichertes Angebot?“

Zur Optimierung dieser Vermittlungsaufgabe wurde als Desideratum in den von SENIOR-FFB geführten Gesprächen eine digitale Koordinationsplattform für den Landkreis genannt, die ein rasches Auffinden qualitätsgesicherter regional verfügbarer Versorgungsangebote (Pflege, Betreuung, hauswirtschaftliche Unterstützung) ermöglichen soll.

Auf der Abschlussveranstaltung wurden von einem Netzwerkpartner die Eckpunkte einer solchen Plattform vorgestellt, die eine Weiterentwicklung eines sehr erfolgreichen bereits eingesetzten „Matching-Instruments“ darstellt.

Im Kern handelt es sich hierbei um ein datenbankbasiertes Verzeichnis, also um eine Art „Suchatlas“, in dem die Pflege-, Betreuungs- und haushaltsunterstützenden Angebote mit tagesaktuellen Kapazitäten im Landkreis vollständig hinterlegt sind, sodass Pflege- bzw. Unterstützungssuchende schnell über die nachgefragten Informationen verfügen können.

Ein wichtiger Zweck einer solchen Plattform liegt somit in der zeitlichen Entlastung der Fach- bzw. Beratungsstellen im Landkreis und in den Gemeinden - und zukünftig ggf. der betrieblichen Pflegelotsen, die eine derartige Vermittlung derzeit zeitverzögert noch mittels aufwändiger Einzelanfragen (telefonisch, E-Mail) leisten müssen.

Die Recherche von SENIOR-FFB hat ergeben, dass die bereits zahlreich betriebenen Plattformen im Bundesgebiet sich auf Informationen über Standorte und Adressen von Einrichtungen beschränken, die nach SGB XI zugelassen sind (Pflegeheime, Tagespflegen, Ambulante Dienste, niedrigschwellige Angebote nach §§ 45 a, b SGB XI).

Von einigen Gesprächspartnern in der Modellregion wurde darüber hinaus der Wunsch geäußert, dass – und dies als Novum - auf einer zu installierenden Plattform auch tagesaktuelle Informationen über qualitätsgesicherte Angebote von Helferkreisen, Nachbarschaftshilfen, Freiberuflern etc. im Landkreis hinterlegt werden sollten.

Für derartige Informationen auf einer digitalen Plattform besteht Bedarf, weil für Unterstützungs- bzw. Informationssuchende, z.B. Pflegebedürftige, Angehörige, Beratungsstellen und zukünftig betriebliche Pflegelotsen diese Angebote derzeit nur sehr schwer auffindbar sind und die nötige manuelle Suche jeweils teure Arbeitszeit bindet.

SENIOR-FFB hat einschlägige Gespräche mit den Zuständigen auf Landkreisebene und mit möglichen Nutzern aufgenommen, insbesondere Fachberatungsstellen, um herauszufinden, ob dort ein Interesse und ggf. die Bereitschaft besteht, an der Einführung eines solchen Systems mitzuwirken.

SENIOR-FFB hat die für die Realisierung des Projektes erforderlichen Fördermöglichkeiten/ -programme eruiert und wird die anstehenden Aufgaben koordinieren (Stand Januar 2021).

## **Zusammenfassung**

SENIOR-FFB hat es sich zum Ziel gesetzt, für die Bewohner der Modellregion mit den „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ ein Versorgungsangebot zu entwickeln, in der die pflegeversicherungsrechtlich induzierte Trennung von Langzeitpflege in Grundpflege, Betreuen und hauswirtschaftliche Versorgung wieder weitgehend aufgehoben ist. Stattdessen soll eine einheitliche („ganzheitliche“) Leistungserbringung wiederhergestellt werden, die einen gleichsam natürlichen und „familialen“ Charakter der Versorgung gewährleistet.

Als wesentliche Merkmale dieser Versorgungsform sind hervorzuheben:

- eine Minimierung des Fachkräfteeinsatzes durch spezielle Schulung der „Alltagshelfer\*innen vor Ort“, die von einer Fachkraft (der sogenannten Projektleitung) begleitet wurden. Zur Qualitätssicherung wurde flankierend ein engmaschiges Controlling der jeweiligen Versorgungssituation eingeführt, bei Pflegegeldbeziehern zusätzlich durch einen zugelassenen Pflegedienst (§ 37 Abs. 3 SGB 11).
- Subsidiarität: „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ organisieren bedarfsgerecht Hilfeleistungen (sofern Angehörige dazu nicht in der Lage oder nicht verfügbar sind) und leisten Hilfe („Mit Rat und Tat!“), sofern diese Aufgaben nicht auf andere Weise und nicht durch andere Leistungserbringer erfüllt werden können,
- Hilfeleistungen werden, soweit vertretbar, im Sinne der die Unterstützungs- bzw. Pflegebedürftigkeit berücksichtigenden bisherigen Lebensgewohnheiten und sozialen Praktiken des Klienten erbracht. Es erfolgt in diesem Zusammenhang eine Vernetzung mit den bereits bestehenden Angeboten in der Region. Die Klienten werden ermuntert, diese in Anspruch zu nehmen und ggf. zu den Angeboten begleitet.
- Angebote je nach Bedarf bzw. Bedürfnissen: Pflege- bzw. Unterstützungsbedürftige, ggf. Angehörige, wissen zumeist am besten, welche Unterstützung sie wann für was benötigen und welche Hilfe sie annehmen würden. „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ richten sich so weit wie möglich nach diesen Wünschen und loten Verbesserungsmöglichkeiten für jeden ihrer Klienten aus.
- Klientenzentrierung der „Alltagshelfer\*innen vor Ort“. So lässt sich jenes „Kundendienst-Prinzip“ vermeiden (wenige Kräfte/ Pflegekräfte sind für viele „Kunden“ zuständig), das zugelassene oder anerkannte Angebote bzw. Dienste derzeit praktizieren (müssen).

- Kurze Wege (Quartier!). Aufgrund der geringen Entfernungen zwischen den Beteiligten sind auch anlasslose Kurzbesuche im häuslichen Umfeld eines Klienten möglich, z.B. für ein Gespräch, um schnell etwas einzukaufen oder nach dem „Rechten“ zu sehen (Heizung, Herd, ggf. Fernseher).
- „Generalistische“ Angebotsstruktur: „Alltagshelfer\*innen vor Ort“ bieten eine pflegerische und eine soziale Betreuung sowie die Übernahme administrativer und haushaltsunterstützender Dienste an. Sie entlasten ggf. pflegende Angehörige, die als „Generalisten“ solche Aufgaben laufend und z.T. sogar allein erbringen.
- Der Wahlspruch für Alltagshelfer\*innen vor Ort lautet: „Unterstützung so weit wie möglich aus einer Hand!“, nicht reduziert auf Trägeridentität, worauf oft größere Träger den Grundsatz reduzieren (müssen).
- Geringe Fluktuation der einem Pflegebedürftigen zugeordneten Kräfte durch kontrollierte Vermeidung praxisunangemessener Grenzziehungen zwischen „Pflege“, „pflegerischer“ Betreuung und „sozialer Betreuung“, die bereits für pflegende Angehörige weitgehend theoretisch sind (Wahlspruch: „Alles aus einer Hand!“).<sup>156</sup>

---

<sup>156</sup> Möglich und zweckmäßig ist die Aufhebung solcher Grenzziehungen aus mehreren Gründen: *sachlich*, weil die Aufgaben der Pflege und Betreuung häufig ineinanderfließen und weil pflegerische Verrichtungen auch eine „betreuende“ Qualität haben können. Hinzu kommt, dass die Übernahme solcher Aufgaben durch verschiedene Personen im häuslichen Rahmen schon aus organisatorischen Gründen häufig gar nicht möglich ist (Beispiel: Transferleistungen). In *sozialer Hinsicht* sind solche Grenzziehungen schwierig, weil eine hohe Fluktuation der Betreuungspersonen (d.h. ein ständiges Kommen und Gehen diverser Pflege- bzw. Betreuungskräfte) nicht zuletzt für dementiell erkrankte Personen eine Belastung darstellt und Verwirrtheitszustände noch verstärken kann.

- „Alltagsmanager“ sind auch selbst bei ihren Klienten im Einsatz (Grundsatz: „Mit Rat und Tat“). Pflegende Angehörige werden auf Wunsch bei der Suche nach weiteren Hilfen unterstützt, so dass die Unterstützung bedarfsgerecht zu einem subsidiären Helfernetzwerk („Mikro-Netzwerk“) erweitert werden kann.
- Entwicklung bzw. Fortschreibung bereits vorliegender Curricula zur Schulung künftiger Einsatzkräfte zur Qualitätssicherung. Diese zugleich als Modell für eine „Hegung“ von Angeboten der „Dritten Säule“, deren Qualität derzeit vollkommen intransparent ist.
- Verabschiedung der Vorstellung, es gäbe ein unbegrenztes Potential an Kräften, die für niedrigschwellige Betreuungs- und hauswirtschaftliche Aufgaben rein ehrenamtlich oder gegen eine geringe Aufwandsentschädigung nachfragegerecht (kontinuierlich, zeitbestimmt) zur Verfügung stünden. Ein Potenzial für solche Aufgaben existiert, man muss die betreffenden Personen für ihren Einsatz allerdings angemessen bezahlen, um das Potenzial realisieren zu können.

## VERZEICHNIS DER VERWENDETEN LITERATUR

Aktivieren, „Nähe braucht Grenzen“. In: Magazin der Vincentz Network GmbH & Co. KG, Hannover, 27. Jun 2022, abrufbar unter: [https://www.aktivieren.net/artikel\\_apa/2022\\_06/2022\\_06\\_27\\_naeh\\_braucht\\_grenzen](https://www.aktivieren.net/artikel_apa/2022_06/2022_06_27_naeh_braucht_grenzen) [Internetquelle; Stand 08.01.2023].

Backhaus-Maul, H., Wohlfahrtsverbände als korporative Akteure. Über eine traditionsreiche sozialpolitische Institution und ihre Zukunftschancen, Bundeszentrale für politische Bildung, 26.05. 2002, abrufbar unter: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/25545/wohlfahrtsverbaende-als-korporative-akteure/> [Internetquelle; Stand: 01.01.23].

Becker, S./ Kruse, A./ Schröder, J./ Seidl, U., Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.) Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung, *Z Gerontol Geriat* 38:1–14 (2005), abrufbar unter: [https://www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl1\\_09\\_becker\\_etal.pdf](https://www.nar.uni-heidelberg.de/pdf/newsletter/nl1_09_becker_etal.pdf) [Internetquelle; Stand 04.05.2023].

Brijoux, T./Kricheldorf, C., Zugehende Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum – FABEL, Abschlussbericht, Katholische Hochschule Freiburg, Berichtszeitraum: 01.04. 2012 – 31.03.2015, Freiburg 15.08.2015 (Berichtserstellung).

Brandenburg, H., Gerontologische Pflege braucht Kritische Theorie. Warum die Pflege Horkheimer und Adorno lesen sollte! In: *ProAlter*, 55. Jahrgang, Heft 1/23, S. 14 -19.

Ders., Missstände in der stationären Langzeitpflege Ein kurzer Kommentar für ein abendfüllendes Thema. In: *Pro Alter*, 54. Jahrgang, Heft 3/22, S. 17 - 22.

Brandenburg, H./ Bossle, M./ H.-J. Winter, M., Die (Alten-)Pflege braucht eine Zukunft – Ein dringender Appell an die deutsche Politik. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 67, 2021, S. 77 - 85.

Bundesministerium für Bildung und Forschung, Wie möchten die Deutschen im Alter gepflegt werden? – Ein Interview, Newsletter September 2016, Newsletter 85, abrufbar unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-moechten-die-deutschen-im-alter-gepflegt-werden-ein-interview-7003.php> [Internetquelle, Stand: 21.05.2013].

Bundesministerium für Gesundheit, Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, o.O., 20. Mai 2009, abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Umsetzungsbericht\\_des\\_Beirats\\_zur\\_Ueberpruefung\\_des\\_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Umsetzungsbericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf) [Internetquelle; Stand: 11.01.2023].

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Hrsg., Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 1. Auflage, Berlin, Stand: Mai 2009.

Continental Krankenversicherung a.G., Hrsg., Pflegende Angehörige zwischen Erschöpfung, Liebe und Pflichtgefühl. Eine repräsentative TNS-Infratest-Bevölkerungsbefragung, Dortmund 2016, abrufbar unter: [https://www.continentale.de/documents/1615105/2650580/Continental\\_Studie\\_2016\\_web.pdf](https://www.continentale.de/documents/1615105/2650580/Continental_Studie_2016_web.pdf) [Internetquelle; Stand: 11.01.2022].

dbb Beamtenbund und Tarifunion, 7. Seniorenpolitische Fachtagung: „Pflege zukunftssicher machen – und zwar jetzt“, 18. Oktober 2022, abrufbar unter: <https://www.dbb.de/artikel/pflege-zukunftssicher-machen-und-zwar-jetzt.html> [Internetquelle; Stand: 21.05.2023].

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie/ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/ Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg., Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis, 1. Auflage, W. Kohlhammer GmbH Verlag, Stuttgart 2020.

Deutsche Gesellschaft für Qualität, o.J., abrufbar unter: <https://www.dgq.de/fachbeitraege/laesst-sich-pflegequalitaet-messen/> [Internetquelle; Stand: 21.05.2023].

Deutscher Bundestag 11. Wahlperiode, Gesetzentwurf der Abgeordneten Frau Unruh und der Fraktion DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung einer besseren Pflege (Bundespfleugesetz), Drucksache 11 /1790 (neu), 1988, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/11/017/1101790.pdf> [Internetquelle; Stand: 28.04.2023].

Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode, Gesetzentwurf der Fraktion der SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung. Drucksache 12/1156, neu, 1993, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/12/011/1201156.pdf> [Internetquelle; Stand: 28.04.2023].

Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode, Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Drucksache 12/5262, 1993, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/12/052/1205262.pdf> [Internetquelle; Stand: 28.04.2023].

Deutsches Hilfswerk e.V. i.G., Pflegenot Deutschland, o.O, o.J., abrufbar unter: <https://www.pflegenot-deutschland.de/ct/arbeitsbedingungen/> [Internetquelle; Stand 14.01.2023].

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, Aktualisierung 2020 im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI vertreten durch den Verein Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V. Abschlussbericht 30. Oktober 2020 (redigierte Fassung vom 19.11.2020), S. 24, abrufbar unter: <https://md-bund.de/themen/pflegequalitaet/expertenstandards-in-der-pflege.html> [Internetquelle; Stand: 23.01.2023].

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Hrsg., Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, Osnabrück, Mai 2019.

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, o. O., 2020.

F.A.Z., „Altenpflege vor dem Finanzkollaps“, 28. September 2022, Nr. 226, S. 15.

Fichtmüller, F./Walter, A., Pflegen lernen – empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns, V&R unipress (Verlag), Göttingen, 2007.

Fitzgerald A., Zwick G., Grundlage für den Pflegeprozess ist der Aufbau einer sinnvollen Pflegebeziehung. In: Patientenorientierte Gesprächsführung im Pflegeprozess. Springer, Vienna, 2001 [[https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6224-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6224-8_2)].

Fliedner, O., Qualitätskriterien für die Bundesgesetzgebung und für Bundesgesetze. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, herausgegeben von der Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin, 2006.

Glatzer, W./ Zapf, W., Hrsg., Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Campus-Verlag, Frankfurt/New York, 1984.

Garfinkel, H., Studies of the routine grounds of everyday activities. In: Ders.: Studies in Ethnomethodology. Prentice-Hall 1967, S. 35 - 75.

Gestrich, A., Geschichte der Familie im 19. und 20. Jahrhundert, Oldenbourg Verlag, o.O., 2013.

GKV-Spitzenverband, Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019.

GKV-Spitzenverband - Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 21.04.2020.

GKV-Spitzenverband, Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenerstattung zur Vermeidung von durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen in der häuslichen Versorgung nach § 150 Abs. 5 Satz 3 SGB XI vom 27.03.2020 in der Fassung vom 14.07.2021.

Görres, S. / Rothgang, H., Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP), UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik Bremen, 28. Februar 2017.

Hagedorn, J./ Hänselmann, E./ Emunds, B./ Heimbach-Steins, M., Policy Paper: Doppelte Personenzentrierung – Leitidee für den Leistungsmix in der häuslichen Versorgung (ICS AP Nr. 17 / FAgSf Nr. 80). Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung Juli 2022 (DOI: 10.17879/93049463318).

Hegel, G.W.F., Grundlinien der Philosophie des Rechts oder Naturrecht und Staatswissenschaft im Grundrisse. Mit Hegels eigenhändigen Notizen und den mündlichen Zusätzen, Werke in 20 Bänden mit Registerband 7, hrsg. von E. Moldenhauer und Karl Markus Michel, Suhrkamp, Frankfurt, 2013.

Hielscher, V./ Kirchen-Peters, S./Nock, L., Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, Stuttgart 2017.

Hinrichs, S., 2018. Der neue Expertenstandard "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Ein Umsetzungsbericht aus der Praxis", 15.05.2018, abrufbar unter <https://perspektive-demenz.de/wp-content/uploads/2020/02/Beziehungsgestaltung.pdf> [Internetquelle; Stand 06.12.2022].

Kahn, R.L./ Antonucci, T.C., Convoys over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support. In: Baltes, P.B. and Grim, O.G., Eds., Life Span Development and Behavior, Vol. 3, Academic Press, New York, 1980, S. 253 - 286.

Kricheldorff, C., Die Rolle von digitalen Technologien zur Unterstützung von Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen. Expertisen zum Achten Altersbericht der Bundesregierung, herausgegeben von C. Hagen, C. Endter und F. Berner, o.O., 2020, abrufbar unter: <https://www.achter-altersbericht.de/fileadmin/altersbericht/pdf/Expertisen/Expertise-Kricheldorff.pdf> [Internetquelle; Stand 06.04.2023].

Krüger, D. C./ Herma, H./Schierbaum, A., Hrsg., Familie(n) heute - Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2013.

Kumbruck, C., Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke, G./ Bleses, P./ Ritter, W./Schmidt, S., Hrsg., Decent Work'. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2010 [[https://doi.org/10.1007/978-3-531-92572-1\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92572-1_11)].

Lempert, W., Taylorisierung der Verantwortung: der Beitrag großbetrieblicher Arbeitsorganisation zur Ausbildung destruktiver Potentiale, Frankfurter Hefte, 38(8), 1983, S. 13 - 24.

Luhmann, N., Einfache Sozialsysteme. In: Ders., Soziologische Aufklärung Bd. 2, Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft, Westdeutscher Verlag, Opladen 1975, S. 21 - 38.

Ders., Zwei Quellen der Bürokratisierung der Hochschulen. In: Ders., Soziologische Aufklärung Band 4, Westdeutscher Verlag, 4. Beiträge zur funktionalen Differenzierung der Gesellschaft, Opladen 1987, S. 212 - 215.

Ders., Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie, 2. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt, 1988.

Ders., Sozialesystem Familie. In: Ders., Soziologische Aufklärung Bd. 5, Konstruktivistische Perspektiven, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1990, S. 196 - 217.

Ders., Die Gesellschaft der Gesellschaft. Erster Teilband, Suhrkamp, Frankfurt, 1997.

Ders., Die Gesellschaft der Gesellschaft. Zweiter Teilband, Suhrkamp, Frankfurt, 1997.

Medizinischer Dienst o.J., o.O., abrufbar unter: <https://www.medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/medizinischer-dienst-gesundheitssystem/> [Internetquelle; Stand 24.01.2022].

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Hrsg., Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, 3. aktualisierte Auflage, Essen, Mai 2021.

Meyer, D., „Das teure Wohlfahrtskartell“, F.A.Z, 30.12.1995, Nr. 303, S. 13.

Ders., Das System der Freien Wohlfahrtspflege aus ordnungspolitischer Sicht. In: ORDO, Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, Band 49, 1998, S. 341 - 377.

Naegele, G., 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht; Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn, 2014.

Nolan, M. R./Brown, J./ Davies, S./Nolan, J./Keady, J., The Senses Framework: Verbesserung der Versorgung älterer Menschen durch einen beziehungsorientierten Ansatz. Getting Research into Practice (GRiP) Bericht Nr. 2. Projektbericht, Universität Sheffield 2006.

Nolting, H.-D. / Beikirch, E. / Braeseke, G./ Rieckhof, S., Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis (Anhang A3 zum Abschlussbericht zu Los 1), IGES Institut GmbH Friedrichstraße 180, 10117 Berlin, 08. Oktober 2019.

Nolting, H.-D./ Rellecke, J., Pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der Praxis, Leitfaden für den GKV-Spitzenverband, IGES Institut, Berlin, Februar 2020.

OdASanté, Definition Akutpflege, abrufbar unter: [https://sigafsia.ch/files/Beruf/Definition\\_Akutpflege.pdf](https://sigafsia.ch/files/Beruf/Definition_Akutpflege.pdf) [Internetquelle; Stand: 10.05.2023].

Pflegeethik Initiative Deutschland e.V., Hrsg., Sterbezahlen in Pflegeheimen. In: Pflegeprisma. Das Magazin, 31. März 2020, <https://pflege-prisma.de/2020/03/31/sterbezahlen-in-pflegeheimen/> [Internetquelle; Stand: 07.01.2023].

Pillen, A., Psychotraumatologie in der Bezugspflege, Psych Pflege 17, Georg Thieme Verlag kG Stuttgart, New York, 2011 [DOI 10.1055/s-0031-1287910].

Portal Sozialpolitik, Chronik Pflegeversicherung. Wesentliche Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung, Internetportal, abrufbar unter: <http://www.portal-sozialpolitik.de/index.php?page=pflegeversicherung#PV2018BRStG> [Internetquelle; Stand 11.01.2023].

Pühl, H., Hrsg., Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009.

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019 mit Änderung vom 08.02.2021.

Rothgang, H./ Kalwitzki, T./Cordes, J., Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar,

Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform, Bremen, November 2019, abrufbar unter: [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2.\\_Gutachten\\_AAPV\\_-\\_Langfassung.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf) [Internetquelle; Stand 15.12.2022].

Rothgang, H./ T. Kalwitzki, T., Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, o.J., o.O., abrufbar unter: [https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user\\_upload/Gutachten\\_Rothgang\\_Kalwitzki\\_-\\_Alternative\\_Ausgestaltung\\_der\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf) [Internetquelle; Stand: 15.12.2022].

Rubeis, G., Adiphorisation and the digital nursing gaze: Liquid surveillance in long-term care, *Nursing Philosophy*, 31 March 2022, abrufbar unter: <https://doi.org/10.1111/nup.12388> [Internetquelle; Stand: 09.01.2023].

Saul, S./ Jürgensen, A., Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflegeschule: Erläuterungen des PflBG, der PflAPrV und des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach § 53 PflBG, Umsetzungshilfe für schulinterne Curricula. Version 1.0 Bonn, 2021.

Schicka, M./ Schroeter, K. R., Unterstützungsressourcen älterer Menschen in der Nordwestschweiz Erste Ergebnisse aus einer Strategischen Initiative. In: Burzan, N. (Hg.), *Komplexe Dynamiken globaler und lokaler Entwicklungen*. Verhandlungen des 39. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Göttingen 2018 (veröffentlicht 2019-11-04).

Schmid, J./ Mansour, J., Wohlfahrtsverbände. Interesse und Dienstleistung. In: Winter, T. von/ Willems, U., Hrsg., *Interessenverbände in Deutschland*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2007.

Schütz, A., *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*, Suhrkamp, Frankfurt, 1974.

Schniering, S., *Sorge und Sorgenkonflikte in der ambulanten Pflege – Eine empirisch begründete Theorie der Zerrissenheit*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden, 2021.

Sozialverband VDK Baden-Württemberg, *Pflegende Angehörige werden vergessen*, 19. Mai 2022, abrufbar unter: [https://www.vdk.de/bawue/pages/aktuelles/presse/presse/84845/lpk\\_pfleigestudie\\_pflegende\\_angehoerige\\_vergessen?dsc=essenc](https://www.vdk.de/bawue/pages/aktuelles/presse/presse/84845/lpk_pfleigestudie_pflegende_angehoerige_vergessen?dsc=essenc) [Internetquelle; Stand: 05.05.2023].

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hrsg.), *Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege. Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Besondere Abschlüsse der Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger*, 1. bis 3. Ausbildungsdrittel, München, Juli 2020.

Statistisches Bundesamt, *Haushalte und Familien. Lebensformen*, o.J., abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Glossar/lebensformen.html> [Internetquelle; Stand: 05.01.2023].

Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung. Mehr Pflegebedürftige*, 2023, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html#:~:text=Im%20Dezember%201999%20gab%20es,waren%20es%204%2C96%20Millionen.> [Internetquelle; Stand: 06.05.2023].

Theunissen, M., *Selbstverwirklichung und Allgemeinheit. Zur Kritik des gegenwärtigen Bewußtseins*, Walter de Gruyter, Berlin-New York, 1982.

Tresolini, CP and the Pew-Fetzer Task Force, *Health Professions Education and Relationship-centered Care*. CA: Pew Health Professions Commission, San Francisco, 1994.

Walter, A., Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. In: bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich, hrsg. v. Weyland, U./Kaufhold, M./Nauerth, A./Rosowski, E., 19.11.2015, S. 1-22, abrufbar unter: [http://www.bwpat.de/spezial10/walter\\_gesundheitsbereich-2015.pdf](http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf) [Internetquelle; Stand: 06.01.2023].

Weber, M., Die ›Objektivität‹ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Ders., Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tübingen, 1988. S. 146 - 214.

Weidekamp-Maicher, M., Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege. In: K. Jacobs et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2018 [[https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_8)].

Wingenfeld, K./Th. Klein/ S. Franz (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld) und Engels, D./ Mehla, S./ Engel, H. (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH), Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Bielefeld/Köln, März 2011.