

Prolog: Der Mensch hat Vorrang

Erika Schuchardt¹

Die aktuellen Herausforderungen in Bezug auf die steigenden und komplexer werdenden Versorgungsbedarfe führen nicht nur die Pflegeempfangenden, sondern auch die professionellen Pflegefachkräfte, die Akteure in der Gesundheitswirtschaft sowie Staat und Gesellschaft ohne Umkehr in eine sehr gefährliche Situation. Zweifelsohne befinden wir uns auf dem direkten Weg in eine Krise – und diesmal handelt es sich um eine gesellschaftliche Krise von nationaler Tragweite.

Wenn wir Begriffe wie *Pflege* und *Gesellschaft* verwenden, impliziert nicht selten die Betrachtung auf einer höchst individuellen, subjektiven Ebene. Diese Perspektive auf den Einzelnen hat jedoch die potentielle Kraft, sich auf die gesamte Gesellschaft auszuwirken. An vielen verschiedenen Orten und Beispielen wird dies bereits sichtbar und erfahrbar. Dieser Prolog soll ein Anstoß zum Um-Denken sein, welches ein zukunftsoffenes und komplementäres (wechselseitiges) Denken und Handeln impliziert.²

Vom Gesund-/Heilsein kranker Menschen – vom Krank-/Unheilsein gesunder Menschen

Im vorliegenden Sammelband wird – neben vielen anderen – die Frage nach der

Pflegekompetenz gestellt, einer Pflegekompetenz *für die Person* auf der einen Seite und *für die Gesellschaft* auf der anderen. Hier geht es nicht nur um einen Komplex aus Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Können zur Ausübung einer Tätigkeit – es geht vielmehr um eine geistig-physische Kompetenz für Begleitende: für beruflich Pflegenden und pflegende Angehörige, für unterstützende Freunde oder Bekannte, für alle, die Sorge und Pflege übernehmen, egal ob professionell oder Laie. Es kommt auf jeden an. Und weil der Beitrag jedes Einzelnen so bedeutend für das (Über-)Leben der ganzen Gesellschaft ist, dürfen und müssen wir unsere Strukturen des mitmenschlichen Zusammenlebens im salutogenetischen Sinne neu und anders gestalten.

Als Menschen bewegen wir uns ständig in einem Gesundheits- und Krankheitskontinuum, welches höchst flexibel und individuell-subjektiv zu verstehen ist. Dieses Kontinuum hat zwei Pole und zwei gleichzeitige Ausprägungsdimensionen: Gesundheit und Krankheit. Und doch legen wir unseren Fokus zuerst auf die Dimension der Krankheit, des Fehlens und des Nicht-Heilseins. Warum sprechen wir von einem Krankheitslexikon, aber nicht von einem Gesundheitslexikon? Warum gehen wir in Krankenhäuser und nicht in Gesundheits- bzw. Genesendeneinrichtungen? Warum betonen wir im Pflegeprozess die Bedeutung der Ressourcen, aber im gesellschaftlichen Kontext sind sie – wenn überhaupt – eher kompensierend am Rande von Bedeutung (Schuchardt 2018a)?

1 Der Text ist die Zusammenfassung eines Gedankenaustausches mit Erika Schuchardt, verschlüsselt durch Eileen Goller und Cindy Scharrer.

2  Weitere Informationen finden Sie auf der Website von Erika Schuchardt unter www.prof-schuchardt.de/.

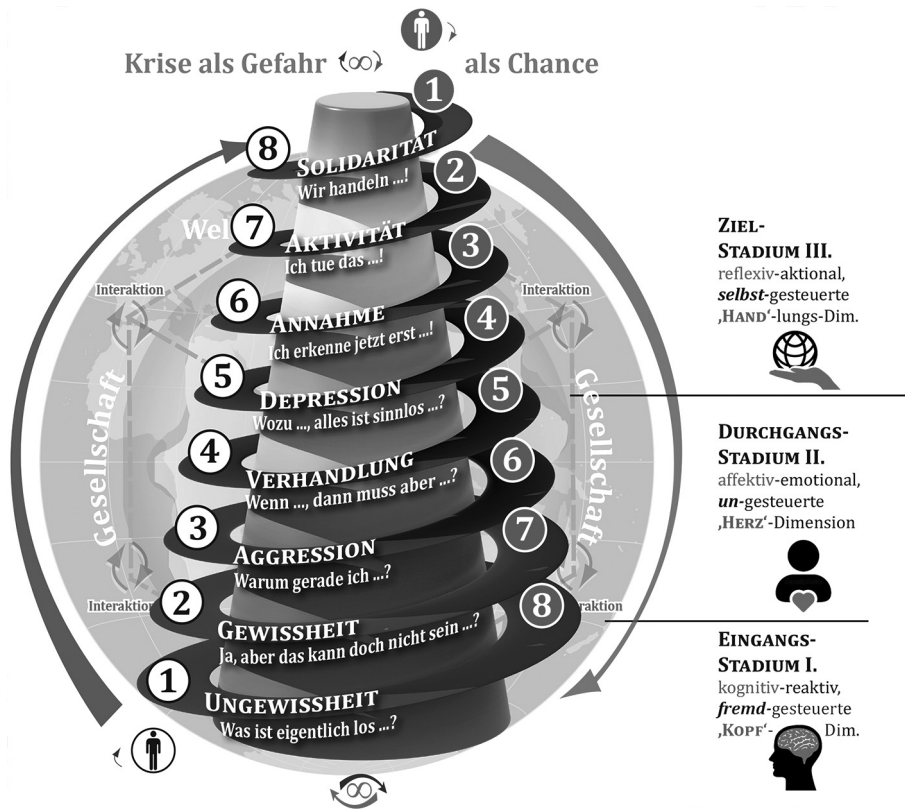


Abb. 1: Das ∞ Schuchardt KomplementärModell KrisenManagement

Haben wir aufgehört, das Gesundsein der Kranken und das Kranksein der Gesunden wahrzunehmen, weil unser Blick eng geworden ist? So vertritt Erika Schuchardt zur Erweiterung unseres Blickwinkels auf Basis ihres KrisenManagement KomplementärModells die These: »Vom Gesund-/Heilsein kranker, pflegebedürftiger Menschen und komplementär dazu vom Krank-/Unheilsein gesunder Mitmenschen«. Dieser Prolog soll auch eine Einladung sein: Machen wir uns auf den Weg zum Gesund- und Heilsein im Unheilsein und nutzen wir diese aktuelle Krise als Chance.

Dass auf keinen Fall die aktuelle Situation in der Profession Pflege als isoliertes Phänomen einer Berufsgruppe und losgelöst von der Gesellschaft betrachtet und ausgesessen werden

darf, beweist das erste duale KrisenManagement KomplementärModell von Erika Schuchardt, das für beide, den Einzelnen und die Gesellschaft, den Weg aus der Gefahr von der Krise zur Chance durch den 8-Phasen-Komplementär-SpiralWeg schafft³. Die Krise eines Einzelnen ist die Krise aller. Sie ist aber auch eine Chance für den Einzelnen, für die Berufsgruppe Pflege und für die ganze Gesellschaft.

In diesem Sammelband haben die Autorinnen und Autoren den Blick auf viele Facetten und Unterstützungssysteme gelegt,

³ Komplementärmodell Krisenmanagement für Person und Gesellschaft unter www.prof-schuchardt.de (Startseite – Top Ten), Zugriff am 08.11.2024)

um gemeinsam einen Weg in der aktuellen Situation zu finden – und das ist gut so. Ein Gedanke soll in diesem Prolog hochgehoben werden – weil dieser Gedanke in der Summe der Beiträge immer lauter geworden und immer klarer hervorgetreten ist. Es ist die zukunftsorientierte, innovative, erweiterte Personen- und Gesellschaftssicht der Autorin Erika Schuchardt, die analog Saint-Exupéry appelliert: »Wenn du Menschen heilen bzw. sie beim Heilwerden, Heilbleiben und Heilsein begleiten willst, dann manage und organisiere nicht Menschen, um Medikamente, Krankenhäuser, Personal oder Robotik zu beschaffen, um Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern wecke in ihnen die Sehnsucht nach einem erfüllten gelingenden *Leben* im Einklang mit sich selbst (dem Ich), mit der Gesellschaft und der Welt (dem Du) und mit einer höheren Instanz, dem Schöpfer, (dem Wir)« (Schuchardt 2021, S. 329 ff.).

Wir alle kennen die Proklamation der World Health Organization (WHO), die in ihren Grundsätzen für das Glück aller Völker in New York am 22.07.1946 (in Deutschland ratifiziert am 19.12.1946) festhält: »Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.« (WHO 1946, S. 1).

»Heilsein ist mehr als Gesundsein – und Gesundheit allein macht noch nicht heil« Schuchardt (2021, S. 112 ff.), leitet hieraus ein Plädoyer für eine komplementär-ganzheitliche Sichtweise und einen Paradigmenwechsel ab und lädt ein zu einer erweiterten komplementär-ganzheitlichen Sichtweise: das »ansteckende Gesund- und Heilsein kranker und das ansteigende Kranksein gesunder Menschen« mitzudenken und als Aufgabe und Ressource zu sehen. Dazu erschließt sie den Weg aus der Krise für Person und Gesellschaft von der Gefahr zur Chance und damit zum eigentlichen Leben und öffnet uns das Tor zur Entdeckung verborgenen Reichtums.

Wir brauchen dringend einen Paradigmenwechsel: Eine Abwendung von der

Kommerzialisierung von Krisen und Kranksein hin zu dem Ziel, wirklich zu gesunden und heil zu werden – als Einzelner und als Gesellschaft. Wir brauchen eine Haltung »für das Heilsein«. Dieses Umdenken und ein Perspektivwechsel sind dringend geboten, um ein neues Verständnis für die wirklichen Bedarfe und Bedürfnisse von betroffenen Pflegeempfängerinnen und -empfängern und chronisch Kranken, aber auch von den Menschen, die Pflege und Unterstützung geben, zu erhalten. Nur so können Versorgung und Angebote weiterentwickelt und den individuellen Anforderungen gerecht werden. Dazu bedarf es jedoch einiger Voraussetzungen:

Empowerment und Selbstbestimmung fördern

Zuerst einmal ist notwendig, die Perspektive von Pflegeempfängerinnen und -empfängern und chronisch Kranken in ihrer Lebenswelt *wirklich* zu verstehen und ihr Empowerment zu fördern. Es ist von elementarer Bedeutung, ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen und sie aktiv in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, um ihre Fähigkeit zur *Selbstbestimmung* zu stärken (Weber et al. 2021).

Holistischer Ansatz und individuelle Bedarfsermittlung

Solch ein neues Verständnis erfordert einen holistischen Ansatz, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse, sondern auch soziale, psychologische und kulturellen Aspekte berücksichtigt. Die individuelle Bedarfsermittlung ist von großer Bedeutung, um maßgeschneiderte Pflege- und Unterstützungsangebote zu entwickeln. Müller und Schmitt (2022) beschreiben eine solche *differenzierte Bedarfsanalyse* als grundlegend für eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung

Ein neues Verständnis der Bedarfe erfordert auch eine verstärkte interdisziplinäre Zusam-

menarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheits- und Pflegesystem. Fischer und Schneider (2023) betonen die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung. Erst die Einbindung aller an der Versorgung Beteiligten ermöglicht eine wirklich ganzheitliche Betrachtung und einen abgestimmten Versorgungsplan.

Kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen

Um die Bedarfe besser zu adressieren, ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen erforderlich. Dies beinhaltet auch die Integration von innovativen Technologien und die Anpassung der Pflegepraxis an sich verändernde Bedürfnisse. Studien von Schmidt et al. (2020) zeigen, dass die Anpassung von Versorgungsmodellen an aktuelle Bedürfnisse zu einer verbesserten Qualität der Pflege führen kann.

Fazit

Ein Umdenken und ein Perspektivwechsel in der Pflege und bei allen an diesem Prozess Beteiligten sind in der aktuellen Situation von entscheidender Bedeutung. Durch die ganzheitliche Wahrnehmung individueller Bedarfe, die Förderung von Empowerment, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen kann eine bedarfsgerechtere Pflege erst ermöglicht werden.

Die aktuelle Krise ist eine Chance – vielleicht die größte, die unsere Gesellschaft je hatte, um eine ungesunde Entwicklung zu korrigieren – weg vom Kommerzialisieren und Aufblasen von Krankheit und Krise, weg von unfreiwilligen Abhängigkeiten aus Unwissenheit und Hilflosigkeit, weg von der Hörigkeit gegenüber selbst konstruierten herrschenden Autoritäten wie Wissen,

Macht, Kommerz, Medien oder Social Networks.

Diese Krise ist vor allem eine Chance und das Tor zum Entdecken verborgenen Reichtums: die Befreiung des Menschen aus der Sklaverei des Kommerzes, des Kadavergehorsams und der Krankheits- und Krisenkultur – hin zu einem wagemutigen freien Leben, zum Heilsein im Unheilsein für den Einzelnen und die ganze Gesellschaft. Vielleicht wird unsere Erde dann ein guter Ort und der Mensch kann seine Aufgabe wieder wahrnehmen: sie zu gestalten und für alle Schöpfungen zu einem lebenswerten Ort zu machen.

Literatur

- Fischer, S. & Schneider, M. (2023). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung*. Gesundheitsmanagement, 19(1), 45–58.
- Müller, P. & Schmitt, A. (2022). *Individuelle Bedarfsermittlung in der Pflege*. Pflege & Versorgung, 12(3), 120–135.
- Schmidt, B., Wagner, J. & Mayer, E. (2020). *Kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen*. Pflege & Technologie, 8(1), 30–45.
- Schuchardt, E. (2004). *Geheilt allein macht noch nicht heil! Das Wagnis der Krisenverarbeitung*. Zugriff am 06.01.2024 unter: http://www.prof-schuchardt.de/images/vortraege/V_92_Geheilt_allein_macht.pdf
- Schuchardt, E. (2018a). *Enquetekommission Recht und Ethik der Medizin - Der Mensch hat Vorrang. Unterwegs zum Gesund- / Heil-Sein im Un-Heil-Sein*.
- Schuchardt, E. (2018b). *Warum gerade ich? - Leben lernen in Krisen. Begleitende als Problem Betroffener. Das Liebesgebot als KomplementärSpiralweg*, 111 ff., 14. Auflage.
- Schuchardt, E. (2021). *Trilogie Gelingendes Leben – Krise als Chance für Person & Gesellschaft*. Bd. I. Bielefeld: Bethel.
- Weber, K., Müller, L. & Fischer, S. (2021). *Empowerment von Pflegeempfängern und chronisch Kranken*. Journal für Pflegeforschung, 7(2), 89–102.
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (1948/2020). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Zugriff am 06.01.2024 unter: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de

1 Die Perspektive der Pflegeempfängerinnen und -empfänger: Einblicke und Einsichten

1.1 Ausgangslage

Cindy Scharrer

1.1.1 Altersstruktur, Bevölkerungsverteilung und Migrationserfahrungen

Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes lebten zum Ende des Jahres 2023 ca. 84,7 Mio. Menschen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2024). Für 2030 liegt die prognostizierte Einwohnerzahl bei 83,6 Mio., ein weiterer Bevölkerungsrückgang wird prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2023a).

22,1 Mio. Menschen in Deutschland (26 %) haben einen Migrationshintergrund im engeren Sinne (d. h., sie selbst oder mindestens ein Elternteil besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt), ca. 13,38 Mio. davon sind ausländische Bürgerinnen und Bürger, also nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Abs. 1 des Grundgesetzes, wozu auch staatenlose Personen und Menschen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit zählen. Diese Zahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich erhöht (um 1,56 Mio., davon 1,05 Mio. Menschen mit ukrainischer Staatsbürgerschaft) (Statistisches Bundesamt 2023b). Die Tendenz ist weiter steigend – nicht zuletzt aufgrund der angespannten weltweiten Situation, die Millionen Menschen vor Krieg, Zerstörung ihrer Lebensräume und ihrer wirtschaftlichen Existenz in andere Regionen der

Erde migrieren lässt. 59,28 Mio. Menschen in Deutschland haben keinen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2023c).

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung beträgt ca. 44,6 Jahre (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2023). Der Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der älter als 65 Jahre ist, ist in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gestiegen. Aktuell sind 22,1 % 65 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2023d), 7,2 % der Bevölkerung (6,11 Mio.) sind 80 Jahre und älter (Statistisches Bundesamt 2023e). Die Altersgruppen sind dabei nicht gleichmäßig in Deutschland verteilt: Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren (gemessen an der Gesamtbevölkerung) – also der eher jungen und leistungsstarken Bevölkerungsgruppe – ist in den alten Bundesländern deutlich höher als in den neuen, die meisten alten und hochaltrigen Menschen leben im Osten Deutschlands: in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (Statistisches Bundesamt 2023f). Das sind gleichzeitig auch die Bundesländer, in denen, gemessen an der Größe der Bundesländer und am Gesamtdurchschnitt der Bevölkerungsmenge, insgesamt weniger Menschen leben als im westlichen Teil der Bundesrepublik – oft sind es ländliche Regionen mit einer insgesamt niedrigeren Bevölkerungsdichte und schlechteren Infrastruktur.

1.1.2 Gesundheitsverhalten, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Die Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell* (GEDA) ist eine Querschnittbefragung der deutschsprachigen erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren, durchgeführt vom Robert Koch-Institut (RKI) als Komponente des bundesweiten Gesundheitsmonitorings (RKI 2022a). Auf dem *Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell* sind die Daten zu Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung einsehbar (RKI 2022b). Demnach haben 49 % der Erwachsenen in Deutschland eine oder mehrere chronische Erkrankungen. Die Altersgruppe mit der höchsten Prävalenz (63 %) ist die der 65- bis 79-Jährigen, gefolgt von den 80-Jährigen (62,8 %). 33 % der Erwachsenen sind mäßig oder stark eingeschränkt und benötigen Unterstützung. Hier sind vor allem die über 80-Jährigen betroffen (61 %). Die höchste Prävalenz bei chronischen Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen besteht in den neuen Bundesländern: Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen. Differenziert nach Bildungsgruppe (untere, mittlere, obere) lässt sich eine Zunahme chronischer Erkrankungen mit abnehmendem Bildungsgrad feststellen, wobei zu vermuten ist, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Gesundheitszustand besteht, sondern weitere Faktoren, wie z. B. Aufbau und Struktur des Bildungssystems, Priorisierung und Bedeutung von Bildungsabschlüssen in der Historie, Infrastruktur der Region (inklusive Zugang zu digitalen Ressourcen) und der Zugang zu Bildungsangeboten, sowie die Möglichkeit, Gesundheitskompetenz (Health Literacy) zu entwickeln, eine Rolle spielen (RKI 2022b).

Laut Statistischem Bundesamt (2025) gibt es in Deutschland knapp 5,7 Mio. pflegebedürftige Menschen. Etwa ein Drittel dieser Pflegebedürftigen ist hochbetagt, der Frauen-

anteil überwiegt. Der größte Anteil – etwa 4,9 Mio. (86 %) – wird zu Hause versorgt, davon 3,1 Mio. (67 %) überwiegend durch die Angehörigen. Etwa 40.000 von ihnen hat den Pflegegrad 1 und bezieht ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. *keine* Leistungen der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste. Es wird prognostiziert, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland weiter zunehmen wird. Laut den Ergebnissen der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird ihre Zahl 2035 auf etwa 5,6 Mio. (+ 14 %) ansteigen, im Jahr 2055 sollen 6,8 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein (Statistisches Bundesamt 2023g). Diese Annahmen sind bereits jetzt überholt.

1.1.3 Zusammenfassung

In diesem ersten Teil des Buches soll die Perspektive auf die Pflegeempfangenden in Deutschland gelegt werden – und die oben angeführten Zahlen und Fakten erlauben, ein erstes Bild der aktuellen Situation zu zeichnen:

Es lässt sich feststellen, dass die Bevölkerung in Deutschland zu mehr als 20 % aus alten und hochaltrigen Menschen besteht. Ein großer Teil von ihnen ist von chronischer Krankheit, verbunden mit gesundheitlichen Einschränkungen, betroffen und benötigt temporär oder ständig Unterstützung verschiedener Art und Intensität. Ein prozentual großer Teil der betroffenen Menschen lebt in den neuen Bundesländern (jedoch nicht ausschließlich dort) – und zwar vor allem in Regionen, in denen gleichzeitig relativ wenige Menschen im jungen und erwerbsfähigen Alter wohnen. Es trifft also eine hohe Zahl an Menschen mit Unterstützungsbedarf auf eine niedrige Anzahl derer, die Unterstützung leisten könnten. Es handelt sich dabei oft um ländliche Regionen mit eingeschränkter Infrastruktur. Die Möglichkeit, professionelle Unterstützung seitens des Gesundheitssektors

in Anspruch zu nehmen, ist eingeschränkt – der größte Anteil an Unterstützung muss durch die eigene Familie bzw. durch Angehörige im weiteren Sinne erbracht werden. Hinzu kommt, dass mehr als ein Viertel der Bevölkerung über Migrationserfahrungen verfügt. Diese Menschen haben aus verschiedensten Gründen ihre Heimat verlassen. Sie tragen Kultur und Geschichte mit sich und sind herausgefordert, sich in einem ihnen mehr oder weniger unbekannten Land zu orientieren – einschließlich der Aufgabe, sich die Gepflogenheiten und Angebote des komplexen deutschen Gesundheitssektors zu erschließen – eine Hürde, die ohne professionelle Unterstützung oft nicht bewältigt werden kann. In Bezug auf die Förderung von Health Literacy benötigen besonders ältere Menschen mit Migrationshintergrund mehr als andere Bevölkerungsgruppen spezielle zielgruppenspezifische Konzepte, die ihren lebensweltlichen und kulturellen Besonderheiten entsprechen (Messer et al. 2017).

Abschließend sollen einige Gedanken und Fragen aufgeworfen werden: Jeder pflegebedürftige Mensch schaut auf ein erfahrungsreiches Leben zurück und möchte im Bedarfsfall eine individuell auf ihn abgestimmte Versorgung im Anspruch nehmen. Wenn solch ein Leistungsfall eintritt, sind oft mehrere Komponenten im Leben der Betroffenen aus dem Gleichgewicht geraten – es entstehen Bedarfe, die nicht allein somatischer Natur sind, sich oft aber zuerst als solche äußern. Im Moment nimmt die Zahl an multimorbiden, auch psychisch und sozial herausgeforderten Menschen stark zu. Ihr Leben sowie das Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschehen und -erleben sind hochkomplex. Die Gesundheitseinrichtungen versuchen, der hohen Komplexität durch Standardisierung zu begegnen, die aber naturgegeben mit Reduktion einhergehen muss. Komplexität ist aber weder aufzulösen noch durch Reduktion zu verstehen. Wie erschließen wir uns die *individuellen* Bedarfe der Menschen, wie identifizieren wir die Interventionen, die der Einzelne in seiner

individuellen Lebenssituation braucht? Können Spezialambulanzen, die hochwertige evidenzbasierte und *standardisierte* Diagnostik und Interventionen anbieten, eine Lösung mit Relevanz für das Leben der einzelnen Betroffenen darstellen? Ist eine (vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung durchaus sinnvolle) Standardisierung mit Blick auf den individuellen Einzelfall und die vielfältigen Perspektiven auf ein Phänomen sinnvoll? Sind die aktuellen Protagonisten und Protagonistinnen im Gesundheitswesen in der Lage, diese Individualität der Pflegeempfangenden und ihres sozialen Umfeldes zu berücksichtigen und Diagnostik, Therapie und Versorgung darauf abzustimmen – oder ist das nur eine erwünschte Formulierung in den Qualitätsberichten und Curricula? Was ist das *Wohl des Einzelnen* – und was ist Allgemeinwohl? Gibt es eine *Lösung für alle* in unserer heterogenen und interkulturellen Gesellschaft? Ist das *Richtige* wirklich sinnvoll? Wäre das *Passende* eine denkbare Alternative? Wenn jeder Erkenntnisgegenstand seine Erkenntnis-methode hat – wie erschließen wir uns das Verständnis um den pflegebedürftigen und pflegeempfangenden Menschen?

Florence Nightingale hat ihre Pflege begründet, indem sie Menschen beobachtet und diese Beobachtungen dargestellt und niedergeschrieben hat. Lassen Sie uns dies in den folgenden Kapiteln ebenfalls tun und der Frage nachgehen: Wer ist dieser *Pflegeempfänger*, diese *Pflegeempfängerin*? Wer ist der Mensch, der sich hinter den Zahlen, Daten und Fakten verbirgt und was braucht er?

Literatur

- Messer, M., Vogt, D., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2017). *Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund*. In: Schaeffer, D. & Pelikan, J.M. (Hrsg.) *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*, 189–204. Bern: Hogrefe.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2022a). *Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/*

- 2020-EHIS. Berlin: Zenodo. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7214473>
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2022b). *Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020*. Berlin. doi: <https://doi.org/10.25646/9362>
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2023). *Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland von 2011 bis 2022* [Graph]. In Statista. Zugriff am 13. Juni 2024 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1084430/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023a). *Prognose der Einwohnerzahl von Deutschland von 2022 bis 2070 (in Millionen)* [Graph]. In Statista. Zugriff am 13. Juni 2024 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1446/umfrage/bevoelkerungsvorausberechnung-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023b). *Anzahl der Ausländer in Deutschland (gemäß AZR) von 1990 bis 2022 (in Millionen)* [Graph]. In: Statista. Zugriff am 18.05.2023 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5062/umfrage/entwicklung-der-auslaendischen-bevoelkerung-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023c). *Verteilung der Bevölkerung* in Deutschland im Jahr 2022 nach Migrationshintergrund und Migrationserfahrung (in 1.000)* [Graph]. In: Statista. Zugriff am 18.05.2023 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/161051/umfrage/bevoelkerung-mit-und-ohne-migrationshintergrund-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023d). *Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung in Deutschland von 1991 bis 2022* [Graph]. In Statista. Zugriff am 13. Juni 2024 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/548267/umfrage/anteil-der-bevoelkerung-ab-65-jahren-und-aelter-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023e). *Bevölkerung nach Altersgruppen*. Zugriff am 13.06.2024 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-altersgruppen-deutschland.html>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023f). *Anteil der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren an der Gesamtbevölkerung in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2022* [Graph]. In Statista. Zugriff am 13. Juni 2024, unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/254690/umfrage/anteil-der-bevoelkerung-von-15-bis-64-jahren-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2023g). *Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten*. Zugriff am 13.06.2024 unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2024). *Bevölkerung – Anzahl der Einwohner in den Bundesländern in Deutschland am 31. Dezember 2021 (in 1.000)* [Graph]. In: Statista. Zugriff am 18.05.2023 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71085/umfrage/verteilung-der-einwohnerzahl-nach-bundeslaendern/>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2025). *Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024*. Zugriff am 11.01.2025 unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html

1.2 Die Pflegeempfängerinnen und -empfänger in Gesellschaft und Kultur

Cindy Scharrer und Miriam Koch

1.2.1 Allgemeine Überlegungen

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Die Begegnungen und Behandlungssituationen mit Menschen mit Migrationshintergrund

sind alltäglich und werden zunehmen. Kohlen et al. (2022) stellen dazu fest, dass interkulturelle Begegnungs- und Behandlungssituationen in Deutschland aktuell in der Ausbildung von Pflegefachkräften wenig und in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten so

gut wie gar nicht thematisiert werden – obwohl sie seit den 1980er Jahren Gegenstand der Pflegewissenschaft sind. Dabei können die Wahrnehmung und die Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen des anderen entscheidend für den Behandlungserfolg sein. In Versorgungssituationen werden die Menschen auf beiden Seiten – die Pflegefachperson und der oder die Pflege- bzw. Versorgungsempfangende – mit Fremdheit konfrontiert (ebd.). Diese Fremdheit findet sich jedoch auch unabhängig von einer Migrationshistorie. In Versorgungs- und Pflegesituationen besteht *immer* die Gefahr, den anderen in seinen ihm eigenen Bedürfnissen nicht wahrzunehmen – und zwar nicht allein aufgrund eventuell vorhandener Sprachbarrieren. Ziel dieses Kapitels soll sein, den Blick dafür zu weiten, in welchem kulturellen und gesellschaftlichen Kontext Pflegeempfangende in Deutschland sich befinden und eine Reflexion über Handlungsmöglichkeiten anzubahnen. Auch die Herausforderungen und Sorgen Pflegenden sollen zur Sprache kommen, wenn z. B. Pflegenden (auch Auszubildende) vor Sprachbarrieren stehen, die gefährdend sein können oder kulturell bedingte Handlungsoptionen zur Anwendung kommen, die irritieren.

Voranzustellen ist, dass landläufige Gesellschaftsbegriffe zumeist Eigen- und Zeitdiagnosen darstellen. Längst werden topologische Anknüpfungspunkte zu Gunsten spezifischer Perspektiven aufgegeben. So impliziert ein Blick auf *die deutsche Gesellschaft* einen Blick von außen, während eine Bezeichnung als *Konsumgesellschaft*, *Fortschrittsgesellschaft* oder etwa *Mediengesellschaft* sowohl einen Vergleich als auch eine Wertung impliziert. Hervorzuheben ist, dass solche Bezeichnungen immer eine Dualität beinhalten: Sie umfassen nur das, was Gesellschaft ausmacht und im Umkehrschluss nichts, was sich den aufgemachten Kategorien versagt. Es handelt sich also notwendigerweise um Reduktionen, die immer nur einen Ausschnitt der angesprochenen Gesellschaft beschreiben. Was es

dabei bedeutet, »in guter Gesellschaft« zu sein, ist wiederum unterschiedlich. So können Normen in einer Gesellschaft existieren, in einer anderen gegenteilig gelebt oder gar nicht vorhanden sein – anders als Naturgesetze, die an jedem Ort im Universum gelten. Festzustellen ist, dass der Gesellschaftsbegriff auch zum politischen Kampfbegriff werden kann. Wer etwa in einer *Leistungsgesellschaft* nicht leistet, gehöre nicht dazu – bzw. schaffe eine Polarität. Gesellschaftliches Ansehen genießen *Leistungsträger*. Wer ihre monetären Gewinne hinterfragt, führe eine *Neid-Debatte*, schließlich seien die Einkommen dieser Menschen *leistungsbezogen*. Krankheit und Pflegebedürftigkeit werden zur *Rechtfertigung für fehlendes Beitragen zur Gesellschaft*.

Im Folgenden nähern wir uns dem Gesellschaftsbegriff und der Gesellschaft, in der Menschen mit Versorgungsbedarfen (u. a. die Pflegeempfängerinnen und -empfänger) ihre Versorgung und Pflege (ggf. nicht) empfangen, wir skizzieren grob, was unserem Verständnis nach die Gesellschaft materiell ausmacht und wie Normen auf die Pflegeempfängerinnen und -empfänger zurückwirken.

1.2.2 Begriffsklärung: Gesellschaft und Kultur

Was meinen wir mit dem Begriff Gesellschaft?

Berger und Berger (1967) beschreiben »Gesellschaft als Erfahrung« (S. 11), »als Gebilde« (S. 13) und als indirekte Sinngebung. Die Erfahrung bestehe darin, »nach allen Richtungen von größeren [...] Modellbeziehungen zu Menschen umstellt« (S. 14) zu sein, wodurch Einzelne nicht nur aneinander als Individuen, sondern auch an ihre sozialen Rollen »grenzen« (S. 11) und somit ihre eigene Position, »den eigenen Ort und die Grenzen der eigenen Erfahrungen im Rahmen großer Zusammenhänge« (S. 14) einschätzen lernen. Prämisse hierfür sei, dass

Menschen zu Beginn der Lebenschronologie, ebenso wie in ihrem Verlauf, immer wiederkehrende modellhafte Erfahrungen in diesen »[anonymen] Beziehungen« (S. 14) machen, sodass diese Muster nach der anfänglichen Verblüffung zu einer mentalen Karte werden, durch die rollentypische Verhaltensweisen antizipiert werden können, was dazu führt, dass nicht mehr »die großen Überraschungen«, sondern »die Routinebegegnungen« (S. 11) den Alltag bestimmen. Somit sei es nicht möglich, sich einer Gesellschaft zu entziehen, weder räumlich noch der »gesellschaftlichen Zeitordnung« (S. 17). Gleichzeitig seien sie prägend für »die Bedeutung« (S. 14), die Menschen dem Leben zuschreiben, da diese erst in Interaktionen von Angesicht zu Angesicht generiert wird.

Dies bedeutet für Pflegeempfängerinnen und -empfänger, dass sie durch ihr *Verhalten* Einfluss auf die Versorgungssituation und das Versorgungssystem nehmen können. Sie sind Expertinnen und Experten für ihren Körper und ihr Erleben und Wahrnehmen – und sie können befähigt werden, dies auch für ihre eigene Gesundheit zu werden, was ihnen ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeit und Kontrolle über die eigene Situation ermöglicht bzw. zurückgibt. Wir stellen zudem fest, dass sich das *Hausherrenverhältnis* im stationären und ambulanten Sektor direkt auf die Reichweite des persönlichen Einflusses und auf die Versorgungssituation auswirkt und dass diesem damit eine wichtige Bedeutung zukommt (► Kap. 2.3). Insbesondere in der ambulanten Versorgung bleibt der Einzelne als *Wähler und Koordinator* seiner Termine und Dienstleistungen (z. B. Mahlzeitservice, Notrufsystemen, Physio-, Ergo- und Logopädie) in Kontrolle und kann sie an sein Leben und den eigenen Tagesrhythmus anpassen. Bei Unstimmigkeiten in der Versorgungsbeziehung kann der Anbieter gewechselt werden – sofern genug Therapieplätze zur Verfügung stehen.

Kritisch muss allerdings festgestellt werden, dass es sich bei diesen Beispielen allein

um Möglichkeiten handelt, deren Umsetzung oftmals nicht gegeben ist. Die meisten ambulanten Pflegedienste und Therapiezentren haben derzeit einen Aufnahmestopp und können keine weiteren Patientinnen und Patienten betreuen, wodurch die *Kontrolle* zur *Kontrollillusion* wird. Zum anderen setzt es voraus, dass die Nutzerinnen und Nutzer der Leistungen über gute Kenntnisse der Möglichkeiten innerhalb des Gesundheitswesens verfügen und eine adäquate Infrastruktur vor Ort vorhanden ist. Fahrdienste müssen – wie andere Leistungen auch – genehmigt werden. Bei ambulanten Therapien wie auch bei verschreibungspflichtigen Medikamenten müssen ggf. Zuzahlungen geleistet werden. Der Zugang zur Individualisierung der eigenen Versorgung bleibt damit eine Frage des Geldbeutels und des Geschicks, des Wissens und des Durchsetzungsvermögens, an das zu kommen, was rechtens möglich wäre. Auch eine Reintegration in den Arbeitsmarkt – etwa durch das Hamburger Modell – ist nicht voraussetzungslos möglich. Plateaus und Rückschläge im Wiedereingliederungsprozess sind nur im Umfang von kurzer Zeit berücksichtigt, es wird vor allem ein progredienter Genesungsverlauf zugrunde gelegt – was die Realität nur in Teilen abbildet.

Was verbinden wir mit dem Begriff Kultur?

Der Kulturbegriff ist in sich breit gefächert. Kroeber und Kluckhohn (1952) unterteilen in ihrer Sammlung von Kulturdefinitionen deskriptive, normative, psychologische, strukturelle, genetische sowie unvollständige Definitions- bzw. Erklärungsansätze. Die Autoren selbst gehen davon aus, dass alle Kulturen spezifische Antworten auf Fragen sind, die sich allen aufgrund ihrer Menschlichkeit und Biologie stellten. Dieses findet sich auch im strukturellen Ansatz von Herskovitz (1948, S. 625, zit. n. Kroeber et al. 1952, S. 99 f.) wieder. Kultur sei demnach

eine veränderliche und doch der wissenschaftlichen Analyse zugängliche – da regulierte – Form dieser Reaktion auf Lebensumstände. Dabei spielten sowohl Lernen als auch Kreativität eine Rolle.

Der Begriff des Lernens lässt sich in diesem Zusammenhang mit White (1949) präzisieren: Kultur werde entlang der Generationen tradiert und durch Nachbarschaftsverhältnisse diffundiert, sodass Kulturen selbst anpassungsfähig seien, sowohl an veränderte Lebensverhältnisse als auch an Erfindungen und Entdeckungen. Ebenso wie neue Elemente Eingang finden, würden alte Elemente fallen gelassen. Erlernt wird jedoch nicht nur die Ausdrucksweise, sondern auch die ihr inhärenten sozialen Normen, die es ermöglichen, sich in dem so geschaffenen Raum angemessen zu bewegen.

»Dieses Orientierungssystem [...] beeinflusst das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller ihrer Mitglieder und definiert somit ihre Zugehörigkeit zur Gesellschaft. [...] Diese Kulturstandards sind den Mitgliedern einer Kultur meist nicht bewusst, da sie ganz selbstverständlich nach ihnen handeln« (Balde 2016, S. 61).

Ein Begriff, der in diesem Zusammenhang angeschaut werden muss, ist der der *kulturellen Identität*. Dabei wird »nicht selten die Beherrschung dieses Instrumentariums zum Kriterium für Zulassung oder Nichtzulassung zu einer Gruppe gemacht« (Sitta & Tymister 1978, S. 65). Es hat »Schibbolethcharakter« (ebd.), dient also als Erkennungszeichen und beinhaltet somit eine Selbst- und Fremdzuschreibungsperspektive. Dieses gewinnt seine eigene Relevanz durch das Faktum, dass »Kulturgruppen auch nicht selten über Landesgrenzen hinausgehen« (Balde 2016, S. 59), was im Einzelfall auf Grenzverschiebungen in der Historie sowie Migration, Flucht und Aussiedlung zurückzuführen sein kann. Somit kann die Performanz von Kultur sowohl über Distanzen hinweg verbinden wie auch den Einzelnen in einem noch fremden

kulturellen Kontext von diesem trennen. Mead (1925) zufolge sei dies darauf zurückzuführen, dass die gesendeten Symbole dem Adressaten unzugänglich sind, sofern keine gemeinsame Interpretationsmatrix besteht. Sie werden in seinem Sinne somit nicht signifikant.

»Im Idealfall, der mit dem Prozess des interkulturellen Lernens einhergeht, kann man sich irgendwann in beiden Orientierungssystemen, also dem fremden und dem eigenen, zurecht finden.« (Balde 2016, S. 63).

Ähnlich einem Soziolekt, der je nach aktuellem Umfeld variieren kann (Sitta & Tymister 1978), und einem Idiolekt, der den sprachlichen »Fingerabdruck« eines Menschen darstellt (Sitta & Tymister 1978), scheint es einen veränderlichen Teil sowie einen unveränderlichen Teil der eigenen kulturellen Identität zu geben. Ausdruck dieser Identität können z. B. »körpernahe Objekte wie Kleidung, Haartracht, Schmuck und Statussymbole« (Balde 2016, S. 46) sein. Durch diese »Kulturelle Vergegenständlichung« (ebd., S. 44) können Werte und Gruppenzugehörigkeit nonverbal widergespiegelt werden (Bose 1929, zit. n. Kroeber et al. 1952).

Den sichtbar in Erscheinung tretenden Anteil von Kultur als einziges Kriterium von Kultur zu werten, wäre eine unzulässige pars-pro-toto-Verzerrung, die bei Übertragung auf Individuen zur Stereotypisierung führte (Balde 2016). Zurückzuführen ist dies auf eine »[kulturelle] Differenz und Fremdheit [...]. [Trotz] der zunehmenden globalen Zirkulation von kulturellen Bildern und Normen sowie intensiver werdender Austauschbeziehungen zwischen Gesellschaften« (Hahn 2011, S. 12) bestünde diese weiter. Während Kroeber und Kluckhohn (1952) noch davon ausgehen, dass Kultur- und Werterelativismus zu einem tieferen Verständnis zwischen den kulturellen Gruppen der gesamten Welt führe, stellt Balde (2016) klar, dass die Furcht vor einer »glo-

balen] Einheitskultur [...] auch gegen den Willen der hiesigen Bevölkerung« einen Teil der Beharrungskraft auf der eigenen kulturellen Identität ausmache. Ursächlich dürften dabei Verdrängungs- und Kolonialerfahrungen sein, die bis in die Gegenwart fortwirken. Denn »die emotionale und materielle Sicherheit in einer Gemeinschaft trägt entscheidend zur Stabilisierung der kulturellen Identität bei« (Baltes 2016, S. 70 f.).

Abschließend lässt sich feststellen: Es gibt verschiedene Faktoren, die identitätsstiftend sind und Einfluss darauf haben, ob Menschen sich einer Gemeinschaft zugehörig fühlen (Gruppenidentität) oder nicht. Zu diesen Faktoren gehören die ökonomische Schicht, der soziale Umgang, der gepflegt wird, die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft oder zu einem »Kulturkreis«, einem Geschlecht, einer Altersgruppe, einer bestimmten Berufsgruppe, aber auch die familiäre (Nicht-)Einbettung oder der gewählte Wohnort: Es wirkt verbindend, wenn Menschen in der gleichen Stadt, dem gleichen Land oder Bundesland leben. Die Frage, wie jemand in einer Kultur oder Gesellschaft sozialisiert worden ist und oder sich sozialisiert, will im umgangssprachlichen Verständnis keine Mechanismen eruieren, sondern fragt nach den sozialen Normen, die eine Person einhält und denen, die sie ablehnt. Beeinflusst wird dies durch Erziehung und Erfahrungen. Auch Geschichten und Gesetze können solche Normen weitergeben, ohne dass eine Person eine Erfahrung selbst durchleben muss. Es bilden sich nicht nur Einstellungen, sondern auch ein Gedächtnis bezüglich der Reaktionen des Umfeldes, das vermittelt, welche Verhaltensweisen von der Gruppe in welchen Situationen als »angemessen« empfunden werden. Wer sich den Gruppenregeln unterwirft, ist Teil der Gesellschaft, wer dies nicht tut, wird sanktioniert, teils bis zum Ausschluss. Deutlich wird auch: Eine Gesellschaft ist niemals homogen. Sie kann und sollte es nie sein.

1.2.3 Pflege- und Versorgungsempfängende in der Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und Bedarfe

Interkulturelle Kompetenz

Im Zusammenhang mit Bedürfnissen und Bedarfen von Pflegeempfangenden in einer pluralistischen Gesellschaft ist es sinnvoll, im Vorfeld den Begriff der *interkulturellen Kompetenz* zu betrachten. Die Bertelsmann Stiftung & Fondazione Cariplo (2008, S. 4) hebt die Bedeutung interkultureller Kompetenz als *Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts* hoch und bemerkt, dass das

»[...] Bewusstsein für das Konflikt- und Chancen-Potenzial, das der kulturellen Vielfalt in der Gesellschaft, im professionellen und privaten Umfeld immanent ist [, wächst]. Angesichts des aus der Internationalisierung resultierenden Pluralisierungsprozesses werden die ethnische, religiöse und kulturelle Heterogenität unserer Gesellschaften wie auch die Kontakte zwischen Menschen mit verschiedenen kulturellen Werten und Normen zunehmen. Umso bedeutender wird [...] die Fähigkeit auf zwischenmenschlicher Ebene, mit kultureller Vielfalt und verschiedensten Einstellungen, Werten, Normen, Glaubenssystemen und Lebensweisen konstruktiv umgehen zu können. Diese Fähigkeit, mit kultureller Vielfalt positiv umzugehen, ist eine Schlüsselkompetenz [...] für jeden Einzelnen, um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, einen Beitrag zur sozialen Integration und Kohäsion zu leisten sowie dem Ausschluss von Menschen aus der Gemeinschaft entgegenzuwirken. Sicherlich kann interkulturelle Kompetenz Konflikte zwischen Individuen und Gruppen nicht vollständig verhindern; sie können jedoch, soweit sie unvermeidbar sind, erkannt und mit dem entsprechenden Einfühlungsvermögen angegangen werden.«

Die Autoren der Stiftung heben hervor, dass der Begriff *interkulturelle Kompetenz* auslebensbedürftig bleibt; seine Bedeutung und Implikationen sind im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen und aufgrund praktischer Erfahrungen immer wieder überarbeitet