

Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg

Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe?

Bearbeitet von
Prof. Dr. Ralf Twenhöfel

1. Auflage 2011. Taschenbuch. 176 S. Paperback
ISBN 978 3 8329 6031 5
Gewicht: 275 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Pflege > Pflegeforschung, Management](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1. Perspektiven der Pflegeberufe in alternden Gesellschaften	16
1.1 Grenzen der Medizin – Chancen der Pflege?	18
1.2 Die These einer Differenzierung von Versorgung und Sorge	20
1.3 Nursing und caring	25
1.4 Vorschläge zur Reform der Berufsausbildung für Pflegekräfte	31
1.5 Herausforderungen der Pflege auf eigenem Terrain	35
2. Die Medizin als gesellschaftliches Funktionssystem	38
2.1 Binäre Schematismen	40
2.2 Krank und gesund	42
2.3 Differenzierungen des Systems der Medizin	43
2.4 Die Medizin und ihre Patienten	46
3. Der medical turn der Altenpflege	50
3.1 Die Verwissenschaftlichung der Pflege	51
3.2 Verwissenschaftlichung als Administrationserfordernis	53
3.3 Medizinalisierung durch Kontrolle	54
3.4 Exklusionseffekte einer verwissenschaftlichten Pflege	56
4. Der medical turn in der pflegerischen Praxis	58
4.1 Das Heim als Schein- und Kunstwelt	58
4.2 Ambulant vor stationär?	67
4.3 Entbürokratisierung der Pflege?	72
4.4 Verbesserungen der Pflegequalität durch Prüfungen	74
4.5 Sinn und Unsinn einer Reform des Pflegestufenkonzeptes	78

Exkurs: Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	82
5. Altenpflege als soziales Hybridsystem	91
5.1 Soziale Hilfe	92
5.2 Das soziale System der Altenpflege im Aufriss	98
5.3 Pflegen als Interaktion unter Anwesenden	102
5.4 Die Person des Pflegebedürftigen	107
6. Familiäre Kommunikation als Vorbild einer sorgenden Pflege?	114
6.1 Familiäre Offenheit und kommunikative „Anteilnahme“	115
6.2 Schranken und Grenzen familiärer Kommunikation	120
6.3 Unterschiede familialer und pflegerischer Kommunikation	123
7. Das einfache System der Pflege und seine Umwelten	130
7.1 Kopplungen der Pflegearbeit mit den Systemen des Fachgesprächs und den Organisationen der Forschung	131
7.2 Psychische und organische Systeme der Pflegearbeit	139
7.3 Altersverwirrtheit und verstehende Pflegeansätze systemisch betrachtet	143
8. Vom ärztlichen Monolog zum pflegerischen Dialog	148
8.1 Sorge als gesellschaftliches Funktionssystem?	148
8.2 Motivationen und Formen der Sorge	152
8.3 Fachlichkeit und Interdisziplinarität der Altenpflege	156
8.4 Die Altenpflege im Korsett der sozialen Pflegeversicherung	164
Verzeichnis der verwendeten Literatur	171

Einleitung

Die nachfolgenden Ausführungen legen aus einer systemtheoretischen Sicht eine Neubewertung von Aufgaben und Herausforderungen der Altenpflege für die Bundesrepublik vor. Titel und Untertitel der Arbeit zeigen an, dass diese Bewertung eine politische Gestaltungs- und Entscheidungsalternative zur Darstellung bringt, die das Verhältnis der Pflegeberufe untereinander sowie ihre Stellung gegenüber den ärztlichen Berufen insgesamt betrifft.

Ausgangspunkt und Hintergrund der Überlegungen ist der paradoxe Umstand, dass die Bundesrepublik als eine „moderne“ Gesellschaft zugleich eine „alternde“ Gesellschaft ist, für die ein wachsender Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung kennzeichnend ist. Ursächlich hierfür ist eine u.a. durch veränderte Lebensgewohnheiten und wissenschaftlich-technische, insbesondere medizinische Errungenschaften bedingte steigende Lebenserwartung, die auf eine gleichzeitig niedrige Geburtenrate trifft.

Nicht minder paradox haben die Erfolge der Medizin bewirkt, dass nicht nur das Durchschnittsalter in diesen Gesellschaften steigt, sondern dass ein zunehmender Anteil der Bevölkerung auch gebrechlich und pflegebedürftig wird. Durch ihre Erfolge werden der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit dadurch laufend Grenzen gezogen, insofern Gebrechen nicht mehr heilbar sind.

Diese Feststellung weist auf eine, wenn nicht auf die Schlüsselfrage alternder Gesellschaften hin. Sehr umfassend formuliert, lautet sie: Welche gesellschaftlichen Institutionen und Rahmenbedingungen sind zu stärken bzw. zu schaffen, damit ein würdevolles, als solches im Verfassungsrang stehendes Leben im Alter bei Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden kann?

Die Antworten darauf und ihre Themenschwerpunkte sind mit der sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Entwicklung sowie dem wissenschaftlichen (u.a. medizinischen, pflegerischen) Fortschritt gekoppelt, der jeweils Maßstäbe für das Anzustrebende und Verwirklichbare setzt. Sie sind daher einem ständigen Wandel unterworfen.

Schwerpunktmäßig im Zentrum stehen derzeit die gesellschaftlich mit Nachdruck vorangetriebenen Verbesserungen (und deren Selbstbeschreibungen) der *äußeren* Lebensverhältnisse im Alter. Der vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen mit Inkrafttreten der gesetzlichen Pflegeversicherung beschleunigte Aus- und Umbau der Versorgungslandschaft, die heute durch eine Vielzahl von Einrichtungstypen, Wohnformen, von Hilfe- und Unterstützungsangeboten

und eine nicht mehr überschaubare Fülle einschlägiger Projekte und Modellvorhaben gekennzeichnet ist, trägt vielfach experimentellen Charakter und wird in der Öffentlichkeit als vordringlich erachtet.

Ein zweiter, hiervon nicht unabhängig zu beachtender Schwerpunkt findet sich in den mit dem „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ (vgl. §§ 1901a ff. BGB) vorerst zu einem Abschluss gebrachten Diskussionen zur Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen. „Würde“ wird hierbei unter dem Gesichtspunkt des Rechts auf Selbstbestimmung, bezogen auf den Abbruch oder die Fortsetzung lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen, zum Thema gemacht.

Eine erweiterte Betrachtung ergibt sich durch Verallgemeinerung des Zusammenhangs von Würde und Selbstbestimmung über die Ausnahmesituation hinaus, die jene Diskussionen zum Gegenstand haben, da jede medizinische Behandlung die Gefahr eines Verlusts an Selbstbestimmung in sich birgt.

Denn als Patient vermag der einzelne zwar über das „Ob“, kaum aber über das „Was“ und „Wie“ seiner Behandlung bestimmen, insofern ihm hierfür in der Regel die Fachkenntnisse fehlen. In der ärztlichen Praxis muss Selbstbestimmung des Patienten daher weitgehend durch Information und Vertrauen in die Therapievorschlüsse des Arztes ersetzt werden können. Daraus resultiert eine latente Spannung zwischen ärztlichen Verordnungen und Empfehlungen einerseits und dem Bestreben des Klienten (Patienten), über sich bzw. seinen Körper selber zu bestimmen. Für die Medizin stellt sich daher die Aufgabe, „compliance“ zu sichern.

Was indes für Personen jüngeren und mittleren Alters mit der Perspektive, geheilt zu werden, zumeist nur ein geringes Problem darstellt: als Patient ein medizinübliches Maß an Fremdbestimmung hinzunehmen, lässt sich auf den hoch betagten, oft gebrechlichen Menschen mit fehlenden Heilungsaussichten nicht unbesehen übertragen. Auch werden Einbußen an Lebensqualität durch eine medizinische Behandlung von den Betroffenen oft mit einer begrenzt verbleibenden Lebenszeit verrechnet. Die Stärkung von Patientenautonomie bzw. Selbstbestimmungsrechten hat in alternden Gesellschaften auch deshalb eine hohe Priorität erhalten.

Weder in einer auf die äußeren (baulichen, organisatorischen) Lebensverhältnisse, noch in den Grenzen einer auf ein Grundrecht und dessen rechtlich tragfähige Ausübung (Patientenverfügung) bezogenen Betrachtung lässt sich allerdings die eingangs gestellte Schlüsselfrage auch nur annähernd hinreichend erörtern.

Insbesondere wäre eine freie Entscheidung über den Abbruch lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen schwerlich ohne ein verfügbares Angebot (und Informationen des Einzelnen darüber), Hilfe zu gewähren und Leiden zu

lindern, möglich, da andernfalls die Angst vor einem würdelosen Sterben sie maßgeblich bestimmte, die Entscheidung „frei“ also gar nicht wäre.

Damit kommt – drittens – die Pflege, speziell die Altenpflege, selber in den Blick. Tatsächlich ist es die von Laien (u.a. Angehörigen, Freunden, ehrenamtlich Tätigen) und ausgebildetem Personal erbrachte Beratung, Unterstützung und Betreuung, die ein würdevolles Altern im Einzelfall nicht nur erst ermöglicht, sondern tatkräftig mit verwirklicht.

Das Tätigkeitsgebiet der Altenpflege umfasst, sowohl im Zusammenhang mit Verrichtungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung wie auch abgegrenzt, teilweise sogar im Konflikt zu ihr, Aufgaben der sozialen Betreuung bis zum Lebensende ihrer Klienten, die von ihren Gebrechen nicht mehr geheilt werden können, wohl aber in Würde bis zum Tode leben möchten.

Speziell für die beruflich erbrachte Altenpflege¹ gilt dabei, was für die institutionellen Erfordernisse und Rahmenbedingungen eines würdevollen Lebens im Alter insgesamt bereits festgestellt worden ist: Sie ist mit gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Veränderungen verknüpft, die laufende Anpassungen, z.B. hinsichtlich Qualifikation (Ausbildung) und Leistungsspektrum der pflegerischen Tätigkeit, nach sich ziehen.

Solche Anpassungen zeichnen sich derzeit in einer bemerkenswerten und zum Widerspruch reizenden Weise ab. Ist nämlich einerseits die (berufliche) Altenpflege seit Einführung und dem Ausbau der Pflegeversicherung auf dem Weg, sich zu einem anspruchsvollen Tätigkeitsgebiet mit eigener, Aufgaben der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der sozialen Betreuung umfassender Fachlichkeit zu wandeln, so bestehen andererseits starke Bestrebungen, den noch eigenständigen, von der Krankenpflege unterschiedenen Ausbildungsberuf „Altenpflege“ überhaupt abzuschaffen.

Was seit einigen Jahren in der Bundesrepublik mit dem Ziel einer Modernisierung, nämlich Professionalisierung und damit Attraktivitätssteigerung, des Berufs im Rahmen von Modellprojekten getestet wird, beschreibt in einigen Jahren aller Voraussicht nach das Regelangebot: Eine „integrative“ oder sogar „generalistische“ Ausbildung, die Altenpflege lediglich noch als Teil- bzw. Spezialge-

1 Aufgaben- bzw. tätigkeitsbezogen verstanden, umfasst der Begriff 'Altenpflege' sowohl die „Laienpflege“ (durch Angehörige, Freunde etc.) wie auch die im Folgenden als 'berufliche Altenpflege' bezeichneten Tätigkeiten (auf den Berufsfachschulen) ausgebildeter Pflegekräfte. Der Begriff umfasst darüber hinaus die von den Angehörigen anderer Berufsgruppen, z.B. der Hauswirtschaft, erbrachten einschlägigen Leistungen.

biet eines einheitlichen (generalistischen) Ausbildungsberufes „Pflege“ vorsieht.²

Beachtet man, dass die Altenpflege in der Bundesrepublik auf der (berufs-) politischen Bühne über keine eigene durchsetzungsstarke verbandliche Vertretung verfügt, sondern am Schlepptau von den Verbänden der Krankenpflege sich ziehen lässt, so ist im Ergebnis jener Bestrebungen eine Reduktion der beruflichen Tätigkeit von Pflegekräften auf „Krankenpflege für alte Menschen“, u.U. mit geriatrischer Schwerpunktsetzung, zu prognostizieren.

„Professionalität“ wäre dann in erster Linie an der medizinisch-pflegerischen Qualifikation von Pflegekräften festzumachen, die ihrerseits Voraussetzung für die berufspolitisch (von den Pflegeverbänden) bereits geforderte Übertragung bislang den Ärzten vorbehaltenen Kompetenzen an die Pflege ist.

Was in der Ausbildung und vor allem in der Praxis der „Gesundheits- und Krankenpflege“ selber längst eingetreten ist und seit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (§§ 45b, 87b) am 1. Juli 2008 beschleunigt auch für die Tätigkeit von Altenpflegekräften Wirklichkeit wird, würde mit der Umsetzung vorliegender integrativer oder generalistischer Konzepte auf der Ausbildungsebene abgesichert und verstärkt: eine weitgehende Beschneidung um das Aufgabenfeld der sozialen Betreuung, das derzeit noch integraler Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften ist.³

Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ konstatiert bereits, dass in den Modellprojekten aus Sicht von Lehrenden und Schüler/innen die Ausbildung die Belange der Pflege älterer Menschen „weniger gut berücksichtige als die der Gesundheits- und Krankenpflege“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg., 2008:136).

- 2 Die hinsichtlich der Vereinheitlichung schwächere, nämlich „integrative“ Ausbildung ist gegliedert in eine gemeinsame („integrierte“) Unterrichtsphase (von zumeist zwei oder zweieinhalb Jahren und in eine ein- bis eineinhalbjährige differenzierende Phase, die den Auszubildenden zu dem von ihm gewählten und angestrebten Abschluss (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege oder, sofern angeboten, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) führt. Die Trennung der Ausbildungsberufe bleibt hier also, anders als bei der „generalistischen“ Ausbildung, erhalten.
- 3 Zwar ist in diesem Fall zu erwarten, dass die Vermittlung betreuungseinschlägiger Wissensinhalte und Befähigungen verstärkt in den Fort- und Weiterbildungsbereich für Pflegekräfte verlagert würde, jedoch ist auch das nicht zu überschätzen. Denn in den Einrichtungen der Altenpflege findet längst eine Übertragung von Aufgaben der sozialen Betreuung auf gering qualifizierte Betreuungskräfte statt, wenn diese Aufgaben nicht überhaupt durch Laien (z.B. Angehörige, ehrenamtlich Tätige) erbracht werden.

Die Befürworter eines derartigen Wandels finden sich gleichermaßen in Politik und Pflegewissenschaft wie bei den Kostenträgern (u.a. Pflegekassen) und Leistungserbringern. Ihre Begründungen verweisen teils auf wirtschaftliche und fachliche Erfordernisse, teils stehen im Hintergrund berufspolitische Interessen.

Unter Kostengesichtspunkten wird auf eine wachsende Anzahl von Demenzerkrankten mit hohem Betreuungsbedarf hingewiesen, der durch teure (Pflege-) Fachkräfte allein schwerlich erfüllt werden kann.

Fachlich wird der Zusammenhang mit der Reform des Systems der Krankenversorgung herausgestellt, die als Folge einer gesundheitspolitisch gewollten Verkürzung von Liegedauern (Fallpauschalen!) dazu führte, dass vormalig krankenhausspezifische Leistungen verstärkt von den Pflegeeinrichtungen selber erbracht werden müssen. Hierzu spricht die Statistik eine deutliche Sprache und liefert eine Begründung dafür, den Altenpflegeberuf „generalistisch“ hinsichtlich der Tätigkeit als geriatrisch qualifizierte Krankenpflege zu konzipieren, werden im Alter doch vermehrt medizinische Leistungen nachgefragt, die in den Pflegeeinrichtungen bereits heute mangels qualifiziertem Personal oft nicht mehr erbracht werden können.

Schließlich wird von den Befürwortern eine Verbesserung der Ausbildung erwartet und dies mit Hoffnungen auf eine Erhöhung der Attraktivität des Berufsfeldes „Altenpflege“ und für den Einzelnen verbesserte Chancen auf dem Arbeitsmarkt verknüpft (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg., 2008:192f.).⁴

Diesen Begründungen, jedenfalls denen aus wirtschaftlicher und fachlicher Sicht, wird man wenig entgegenhalten können. Natürlich werden zukünftig in hohem Maße Angehörige, ehrenamtlich Tätige und nicht pflegerische Berufsgruppen Aufgaben der sozialen Betreuung übernehmen müssen, weil diese anders gar nicht zu bewältigen sind. Und gewiss ist eine Verbesserung bzw. laufende Anpassung der medizinisch-pflegerischen Qualifikation von Pflegekräften an steigende Anforderungen ihrer Klientel, die optimal versorgt werden wollen, erforderlich.

Nur wird dadurch nicht bereits eine tragfähige Grundlage geschaffen, auf der über eine zukunftsweisende Ausrichtung des Altenpflegeberufs hinsichtlich

4 Derartige Hoffnungen sind insoweit unsubstantiiert, als eher zu befürchten ist, dass qualifizierte Absolventen sich für eine Tätigkeit in den Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege entscheiden werden, wie umgekehrt erfahrungsgemäß nur die Besten eines Abschlussjahrgangs von den Krankenhäusern übernommen werden. Von Teilnehmern an Modellprojekten zur integrierten Ausbildung nach Ausbildungsende getroffene Berufswahlen bestätigen zudem, dass das Attraktivitätsdefizit der Altenpflege eher eines der beruflichen Tätigkeit und weniger eines der Ausbildung ist.

seiner fachlichen Zuordnung und der Heranbildung des Nachwuchses disponiert werden sollte.

Denn alle aus den genannten Gründen unterstützten Bestrebungen einer Ausbildungsreform beugen sich, und das gilt – überraschend genug – auch und gerade für die berufspolitisch bestimmten Interessen, weitgehend äußerlich auferlegten Zwängen und befördern damit eine Entwicklung, die selber und in ihren gesellschaftlichen Konsequenzen noch weitgehend unbeachtet und unverstanden geblieben ist.

Diese Entwicklung wird im Folgenden als 'Medizinalisierung' der Altenpflege und des Altenpflegeberufs bezeichnet.

„Medizinalisierung“ ist nicht mit „Medikalisierung“ zu verwechseln, deren negative Auswirkungen unter der Bezeichnung „Krankheitserfindung“ (disease mongering) ein Thema kritischer Erörterungen geworden sind.

Im Unterschied zu „Medikalisierung“, welche körperliche, seelische oder geistige Verfassungen, Auffälligkeiten, auch Normabweichungen, Verhaltensweisen oder ganze Lebensphasen dem medizinischen Blick ausliefert (der in ihnen erforschungs- bzw. behandlungsbedürftige Risiken, Symptome oder Krankheiten entdeckt), bezeichnet 'Medizinalisierung' die Formgebung des beruflichen *Handelns* von Nichtmedizinern nach dem Vorbild von Ärzten, die durch Übernahme oder Übertragung ärztlicher Kompetenzen bzw. Handlungsmuster stattfinden kann.

Es ist offensichtlich, dass es hierbei zu Entsprechungen kommt. Denn in dem Maße, in dem die Medizin (Geriatric) altersgebrechliche Menschen als eigene Zielgruppe „multimorbider“ Patienten konstituiert und dadurch das „Alter“ selber medikalisiert, werden auch die Pflegeberufe sich ihrer Klientel durch Medizinalisierung anpassen müssen. Die Medizinalisierung der Pflegeberufe verhält sich so gesehen komplementär zur Medikalisierung des Alters.⁵

Medizinalisierung erfasst und prägt die beruflichen Tätigkeiten von Pflegekräften gleichermaßen wie diejenigen anderer auf dem Gebiet der Altenpflege tätiger Berufe und macht, davon ist auszugehen, auch vor der „Laienpflege“ nicht halt.⁶

Ihre Konturen und maßgebliche Zielrichtung lassen sich aus dem Abstand eines Beobachters deutlicher erkennen, wenn man sie mit einer in früherer (vor-moderner) Zeit noch selbstverständlichen Auffassung konfrontiert, die eine mitt-

5 Beide Entwicklungen (wie auch die im Folgenden vorgeschlagene Alternative) sind ohne den „gouvernementalen“ (Foucault) Vorsorge- und Fürsorgestaat nicht denkbar, der sie in dem Maße befördert, wie er die (u.a. rechtlichen) Voraussetzungen für sie schafft.

6 Anzunehmen ist dies insofern, als Medikalisierung aus Pflegebedürftigen Patienten macht, deren Pflege in jedem Fall ärztliche Anordnungen zu berücksichtigen hat.

lerweile bereits fortgeschrittene Medizinalisierung weitgehend überblendet und einem (abzulehnenden) „negativen“ Altenbild zugeordnet hat.⁷

Die Auffassung lautet (vgl. Conrad/ Schneider, 1992; Conrad, 2007): Wer alt und gebrechlich ist, ist nicht notwendig „krank“, ja ist von vornherein überhaupt kein Fall für die Medizin, auch und gerade dann, wenn „Pflegebedürftigkeit“, d.h. Hilfebedarf bei den „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehren Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“, bei dem Betreffenden gegeben ist (vgl. § 14 SGB XI).⁸

Dieser nicht zuletzt in Anbetracht einer tatsächlich verstärkten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Alter leicht übersehene Unterschied ist festzuhalten und im Folgenden mitzuführen, um die Schlüsselfrage nicht von vornherein auf eine medizinlastige, gar medizinzentrierte Sicht festzulegen.

Nur ein (Alten-) Pflegeberuf, so wird im Folgenden postuliert, der Professionalität nicht auf medizinisch-pflegerische Befähigungen beschränkt, wird eine einseitige, überzogene Erwartungen in die ärztlichen Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten interessiert befördernde Entwicklung noch ausbalancieren und im Einzelfall korrigieren können, die in vollem Umfang mit der Aussicht bereits eingesetzt hat, dass die Bundesrepublik als alternde Gesellschaft eine Gesellschaft von Patienten wird.

Mit Nachdruck wird im Folgenden gefordert bzw. bekräftigt, dass „die berufsförmige gesundheitliche und soziale Unterstützung, Betreuung und Pflege alter Menschen ein anderes Qualifikationsfundament benötigt als die Gesundheits- und Krankenpflege“ (Becker, 2003).

7 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, o.J., S. 18. Die Verfasser fordern stattdessen die „systematische Propagierung eines positiven Altenbildes, das von den Ressourcen und Fähigkeiten des alten Menschen ausgeht“ (ebd.). Dass eine einfache Gegenüberstellung von negativem und positivem Altenbild nicht weiterführt, belegen die Verfasser allerdings unfreiwillig selber. Denn das von ihnen propagierte (ressourcenorientierte) „positive Bild“ trifft für den „alten Menschen“ nur insoweit zu, als dieser die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit erfüllt. Tatsächlich aber schließen die aufgeführten Kriterien einen Großteil der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Altenhilfe als „nicht rehabilitationsfähig“ von einer Teilnahme an einschlägigen Maßnahmen aus (vgl. aaO. 41f.). Die Verwendung eines negativen Altenbildes für diesen Personenkreis würde dadurch nachgerade bestärkt.

8 „Natura sanat, medicus curat!“ lautet im vorliegenden Zusammenhang eine andere Fassung dieser Auffassung. Daraus ergibt sich: Wer alt und gebrechlich ist und mit Blick auf seine (altersspezifischen) Leiden nicht mehr Heilung erwarten kann, bräuchte demnach auch eine andere Art der Pflege und ärztlichen Versorgung. Davon ist in den gegenwärtigen Bestrebungen einer „Professionalisierung“ der Pflegeberufe, wenn überhaupt, jedoch nur am Rande die Rede.

Im Widerspruch zur derzeit politisch druckvoll vorangetriebenen Medizinalisierung des Altenpflegeberufs in der Bundesrepublik, d.h. einer weitgehenden Prägung („Formung“) von Ausbildung und beruflicher Tätigkeit von Pflegekräften durch die Medizin⁹, wird im Folgenden das Erfordernis und die Möglichkeit einer alternativen Gestaltung des Berufs dargelegt.

Diese nimmt als Herausforderung an, was vor dem Hintergrund einer Zunahme der Demenzerkrankten in der Bundesrepublik gegenwärtig baulich, organisatorisch und fachlich *andererseits* rasch an Profil gewinnt: die Neuordnung der „Pflegerlandschaft“ durch eine Intensivierung und Ausweitung sozialer Betreuungsangebote, die bei aller Vielfalt vor allem eines auszeichnet: das „ganzheitliche“ Selbstverständnis der Altenpflege zu wahren.

Vor allem die Pflegeheime tätigen hierfür derzeit erhebliche Investitionen in die Fort- und Weiterbildung ihres Personals, in die organisatorische Umsetzung fachlich einschlägiger Pflegekonzepte sowie zur Verwirklichung baulicher Erfordernisse und von Raumprogrammen, die in den neueren Heimen der vierten Generation („Hausgemeinschaftsmodell“) bereits ein Standard sind.

Wird *diese* Entwicklung zur Grundlage einer curricularen Fortschreibung und organisatorischen Reform des Altenpflegeberufs gemacht, so bedeutet das: Der Beruf müsste in Ausbildung und in der Praxis den medizinischen (medizinalisierten) Aufgabenbereich *und* das ehemals „unberufliche“, heute durch Verwissenschaftlichung sich ebenfalls „professionalisierende“ Gebiet einer weitgefassen sozialen Betreuung gleichbedeutend mit umfassen.

Das schließt Überschneidungen (und „Koppelungen“) der Gebiete ein und kann im Einzelfall aus unterschiedlichen Perspektiven zu gegensätzlichen pflegefachlichen Empfehlungen in der Praxis führen. Professionalität von Pflegekräften läge hier nicht zuletzt darin, sich solchen Gegensätzen konstruktiv zu stellen (vgl. Bögemann-Großheim, 2005).

Die Altenpflege in der Bundesrepublik steht – in Anbetracht solcher Entwicklungsperspektiven – am Scheideweg, was sich teilweise einem Zwiespalt ihrer Klientel selbst verdankt.

Verlangt diese einerseits eine Versorgung nach modernsten, den Stand von Wissenschaft und Forschung (abgesehen von der Medizin u.a. auch auf den Gebieten der Ernährung und Hygiene) beachtenden Grundsätzen, so muss sie andererseits die begrenzten kurativen Möglichkeiten oft am eigenen Leibe erfahren.

9 Was einschließt: nach dem methodisch-handwerklichen Vorbilde regelgeleiteten ärztlichen Tuns mit einschlägigen Dokumentationspflichten. In der Konsequenz liegt darin eine Beschränkung dieser Tätigkeiten auf Aufgaben der medizinisch-pflegerischen Versorgung, da nicht alles pflegerische Tun (z.B. Aufgaben der sozialen Betreuung) medizinisch prägnant ist

Gegenläufige Wünsche nach einer gleichsam „entmodernisierten“ Versorgung, speziell der Pflege, gewinnen dann rasch die Oberhand. Das kommt in dem häufig geäußerten Wunsch zum Ausdruck, nicht im Pflegeheim oder Krankenhaus versorgt und betreut zu werden, sondern von Angehörigen zu Hause, dort also, wo die Voraussetzungen für die fachgerechte Einhaltung jener Grundsätze oft gar nicht gegeben sind.

Die nachfolgenden Betrachtungen plädieren mit der Neubewertung für eine Aufwertung des Altenpflegeberufs, für den der Umgang mit solcherart Gegensätzen längst zum Tagesgeschäft gehört. Die Ausführungen werden hierzu schärfer und anders, als es derzeit im professionspolitischen Diskurs geschieht, Altenpflege von Krankenpflege, die als „Gesundheitspflege“ schon dem Namen nach eine andere Zielsetzung verfolgt, unterscheiden müssen.

Die Bundesrepublik als eine moderne und alternde Gesellschaft, so wird argumentiert, bedarf einer Profession, die ihren betagten, gebrechlichen Klienten Orientierung in der Vielfalt der Hilfemöglichkeiten, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und geeignete Hilfeleistungen anzubieten vermag. Erforderlich ist eine Ausbildung, die einschlägige medizinische und für die Betreuungsarbeit erforderliche Fachkenntnisse vermittelt und dadurch den Grund für den Erwerb von Expertise und Erfahrungen legt, welche ihrerseits erst in der Berufsausübung zu gewinnen sind. Zu verhindern ist, dass „moderne“ Ausbildungskonzepte stillschweigend und ohne Rücksicht darauf Belange und Inhalte einer übermächtigen Krankenpflege zum Paradigma auch für die Ausbildung von Altenpflegekräften erheben.

Die vorliegende Abhandlung stützt sich in zentralen Kapiteln auf die Theorie sozialer Systeme Niklas Luhmanns. Mit diesem Hinweis wird hier keineswegs die Warnung verknüpft, dass die Lektüre des Textes mit Informationsgewinn schwerlich ohne einschlägige Vorkenntnisse möglich sei. Vorkenntnisse sind hilfreich, aber nicht zwingend erforderlich. In jedem Fall kann sich der Leser von den Ergebnissen einer Anwendung der Theorie auf die Pflege überraschen lassen.