

Eröffnungsrede zum 11. DEVAP-Bundeskongress 2011

Berlin, 21.09.11

Cornelia Coenen-Marx, Oberkirchenrätin, Referatsleitung sozial- und gesellschaftspolitische Fragen, EKD

„Wir sind es wert – vom Wert der Pflege“

1. Ein Platz für die Pflege

Das Thema Pflege nimmt noch zu wenig Platz in der Gesellschaft ein, meinen 71 Prozent der Befragten in Deutschland. Auf diesem Hintergrund hatte die Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen am 12. Mai, dem Internationalen Tag der Pflegenden zu Diskussionsrunden auf dem Berliner Schlossplatz eingeladen. Schließlich sollte 2011, politisch gesehen, das Jahr der Pflege werden, „Pflege in guter Gesellschaft“ hieß das Motto der EAF-Veranstaltung. . Denn alle modernen Gesellschaften stehen vor der Aufgabe, einen guten Platz für immer mehr Ältere, auch pflegebedürftige Menschen zu finden, so die EAF. Wer den Einladungsflyer aufklappte, fand einen hübschen Lehnstuhl, ein Symbol für die Aufforderung, denen, die Pflege brauchen, und denen, die pflegen, mehr Platz zu geben. Aber auch eine Einladung, sich diesen Platz zu nehmen, in die Öffentlichkeit zu gehen und mit zu diskutieren.

Wäre es um Krippenplätze oder KiTas gegangen: der Schlossplatz wäre voll gewesen am 12. Mai von Müttern, Vätern und Erzieherinnen. Buggys sind chic, auch wenn, oder vielleicht gerade weil die Zahl der Geburten in Deutschland kaum steigt. Der Kampf um Lehnstühle und Pflegebetten dagegen wird eher im Verborgenen ausgetragen. Mit Kassen und Heimen, mit der Unterstützung von privaten und professionellen Netzen. Denn was jeder weiß, ist gleichwohl ein Tabu. Der Prozentsatz der unter 20-Jährigen in Deutschland nimmt bis 2050 auf Werte zwischen 15 und 18 Prozent ab. Er lag 1998 noch bei 21,6 %. Der Anteil der über-60-Jährigen dagegen wird dann 2050 zwischen 35 und 42 % liegen. Und die Zahl der Hochbetagten steigt – je nach Höhe der Lebenserwartung von 3,0 Millionen 1998 auf eine Zahl zwischen 9,9 und 13,1 Millionen. Einer Modellrechnung des statistischen Bundesamtes (2010) zufolge wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2050 bei etwa 4,5 Mio. liegen, was einer Verdoppelung innerhalb von 40 Jahren entspricht.

Trotzdem war der Schlossplatz am 12. Mai nicht überlaufen. Denn Pflege spielt sich eben nicht im öffentlichen Raum, sondern im Verborgenen ab. Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen (1,54 Mio.) werden in den Familien versorgt und dies zum Teil rund um die Uhr. Der durchschnittliche Sorgaufwand pflegender Angehöriger beträgt 45,6 Stunden in der Woche – für Pflege und Hilfen im Haushalt, für Gespräche und Alltagsbegleitung. 27 Prozent dieser pflegenden Angehörigen sind Männer – vor 20 Jahren waren es noch 17 Prozent- aber immer noch sind es zu mehr als 70 Prozent Frauen, die pflegen- privat wie professionell. Das wird sich ändern müssen: Angesichts der Tatsache, dass schon in den nächsten 10 Jahren mit zwei Millionen Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zu rechnen ist, muss die Beteiligung der Männer an den häuslichen Care-Aufgaben deutlich wachsen. Wenn

das Gelingen soll, brauchen wir eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, den Aus- und Aufbau einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, Beratungsangebote für pflegende Angehörige und die Förderung von Freiwilligendiensten. Und: Angehörige brauchen die Möglichkeit, Auszeiten von der Pflege nehmen zu können, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben.

Die Versorgungslücke in der Pflege, in die wir sehenden Auges hineinlaufen, stellt eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen unserer Zeit dar. Aber das schlechte Gewissen, die Erschöpfung und die Scham derer, die ihr Bestes geben, hindert eine offene Auseinandersetzung. Dem Rabenmutter-Syndrom, das die deutsche Familienpolitik über Jahrhundert bestimmt hat, entspricht das Rabentöchter-Syndrom in der Pflege. Und die Erwartungen, die über viele Jahrzehnte prägend waren, wirken noch nach und sind wirkmächtiger als die Zahlen, die die Zukunft beschreiben. Aber die Sorge für andere, das Caring, kann eben nicht mehr als selbstverständliche Aufgabe von Frauen, von Müttern und Töchtern gesehen werden. Angesichts der demographischen Wandels und der Veränderung von Familien und Arbeitswelt brauchen wir neue Wege, Erwerbsarbeit und Pflege nicht nur miteinander zu vereinbaren, sondern auch gerechter zu verteilen. Das Care-Defizit in unserer Gesellschaft ist eine Konsequenz der traditionellen Teilung unseres Wohlfahrtsstaats in die männlich geprägte Sphäre der Erwerbsarbeit, an der die Sozialversicherungen hängen, und die weiblich geprägte Sphäre der Fürsorglichkeit, zu der neben Hausarbeit und Erziehungsaufgaben eben auch die Pflegearbeiten gehören. Beziehungsarbeit galt eben lange und gilt zum Teil noch als natürliche Stärke von Frauen. Noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts, als unsere Diakonissenhäuser gegründet wurden, galten diese Aufgaben eben nicht als „Arbeit“, sondern als „Liebe“ – man sprach bei den Pflegeeinrichtungen von Liebesanstalten.

Auch wenn uns eine solche Vorstellung heute ganz fremd ist: Der Begriff erinnert an eine Wahrheit, die bei den politischen Debatten um die Zukunft der Pflege leicht übersehen wird – die Sorge für andere ist nicht nur eine Frage des Geldes. Vielmehr setzt sie eine persönliche Beziehung zwischen den Beteiligten voraus. Es geht nämlich nicht um die Herstellung eines Produkts, sondern um einen Dienst, der ohne Empathie und Zeit füreinander nicht möglich ist. Pflege ist auf das Wohlergehen des anderen ausgerichtet und orientiert sich an seinen oder ihren Bedürfnissen. Sie ist eine soziale Praxis der Anteilnahme, ein gemeinsames Lernen über Schönheit und Grenzen des Lebens, über Älterwerden und Sterben. Zeit bedeutet in diesem Kontext nicht nur Geld, sondern Wahrnehmung und Verstehen. Weil das Gelingen einer persönlichen Beziehung für den Pflegeprozess unentbehrlich ist, können Standards und Module der Pflege nicht gerecht werden.

Pflegende wissen das seit langem. Gleich, ob sie Angehörige oder Profis sind. Daher rührt ihr schlechtes Gewissen, ihre Erschöpfung, ihre Verzweiflung und Resignation angesichts der tatsächlichen Verhältnisse. Denn die Wahrheit ist ja auch: Die kostenlose Beziehungsarbeit ist bei steigender Frauenerwerbstätigkeit in der Erwerbsgesellschaft angekommen. Pflege ist Erwerbsarbeit, sie ist selbst eine Dienstleistung geworden, und sie steht angesichts des Wettbewerbs in der Sozialbranche unter erheblichem Kosten-, Zeit- und Effektivitätsdruck. Es führt kein Weg zurück zu den Diakonissenhäusern, nicht einmal zum Selbstkostendeckungsprinzip, und keiner zum Alleinverdienermodell, in dem die gesamte Fürsorgearbeit umsonst von Familienfrauen geleistet wurde. Der Pflegeberuf muss seine Frau oder seinen Mann ernähren und berufliche Perspektiven eröffnen, die über einige Jahre hinausgehen. Aus dem weiblichen

Heilhilfsberuf hat sich eine anerkannte Profession entwickelt, die selbstverständlich an den Tisch gehört, wenn über den demographischen Wandel oder das Gesundheitssystem der Zukunft gesprochen wird.

Zurzeit sitzen da meist andere: Ende August bereiteten der Wirtschafts- und der Gesundheitsminister die Bevölkerung bei einer Pressekonferenz darauf vor, dass die Beitragssätze zur Pflegeversicherung und die privat aufgebrachtten Kosten für Pflege angesichts der demographischen Entwicklung unausweichlich steigen werden. Gute Pflege gebe es nicht zum Nulltarif, sagte Bahr, und neben der Steigerung der Beitragssätze sei eine Stärkung der ambulanten Dienste, bessere Beratung und Vernetzung in der Nachbarschaft; mehr Rücksicht von Arbeitgebern sei unbedingt notwendig. Das stimmt. Es hat allerdings seine Gründe, dass der Vorrang von ambulanten vor stationären Diensten bislang nur begrenzt gegriffen hat, dass teure Heimeinweisungen leichter umzusetzen sind als die Organisation hauswirtschaftlicher Dienste und dass es zu Drehtüreffekten zwischen Altenhilfe und Krankenhäusern kommt. Sie liegen in der Versäulung des Gesundheitssystems auf der Ebene der Versicherungen wie der Einrichtungen, die zu unproduktiven Reibungen führen. Sie liegen in der mangelnden Kooperation der Professionen, aber vielleicht grundlegend in der Schwierigkeit, Pflege in ihrem Charakter zu begreifen – als Care-Arbeit, die eine Brücke zwischen dem familiären und dem beruflichen System schlagen muss – zwischen Liebe und Erwerbsarbeit. Hätten wir das schon begriffen, säßen eben nicht nur der Wirtschafts- und der Gesundheitsminister am Tisch, sondern auch die Arbeits- und die Familienministerin. Solange die interministeriale Zusammenarbeit nicht gelingt, werden die Eckpunkte aus dem Gesundheitsministerium, auf die wir seit Wochen warten, nur ein Rumpfkonzert sein.

2. Zwischen allen Stühlen

Pflege sitzt zwischen allen Stühlen – wenn sie denn überhaupt die Zeit hat, sich zu setzen. Das beginnt bei den pflegenden Angehörigen selbst: Viele ringen darum, zugleich ihrem Job und ihren Angehörigen gerecht zu werden, Beruf und Familie zu vereinbaren. Aber auch die, die sich entschieden haben, wenigstens zeitweilig auf Berufstätigkeit zu verzichten, möchten nicht auf die Rolle der Pflegenden reduziert werden. Sie wollen weiterhin als Nachbarin, Opern- oder Sportsfreundin oder auch als Gemeindeglied wahrgenommen werden. Sie wollen sich nicht aufgeben und aufopfern. Beruflich Pflegenden kennen das. Sie kennen aber auch die vielen Spannungsfelder in der Organisation: zwischen professioneller und familiärer Pflege im häuslichen Umfeld, zwischen Medizin, Pflege und Hauswirtschaft, zwischen Lebensprozessen und ökonomischer Standardisierung, zwischen Zeittakt und Zuwendung.

Dieses „Dazwischen“ ist nicht der schlechteste Platz für die Pflege – denn das Handwerk der Pflege ist Interaktion¹; als Beziehungsarbeit ist sie ein Kommunikationsgeschehen. Die Absolventinnen und Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge sind allerdings zumeist in Qualitätssicherung und Pflegemanagement tätig.² Herausgefordert durch neue Abrechnungsmodalitäten im Gesundheitssystem, haben sie dafür gesorgt, dass sich einzelne Verfahrensschritte dokumentieren, verfolgen und kontrollieren lassen. Sie lassen

¹ Sabine Kühnert

² Sabine Kühnert, Pflegewissenschaft am Puls der Zeit, in : Thomas Klie u.a.: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen, FFM, 2003

sich nun aber auch abspalten, aufteilen und delegieren. Damit konnte eine ganze Gruppe von Tätigkeiten von Pflegefachkräften an Hilfskräfte abgegeben werden, während die Fachkräfte selbst zunehmend Management- und Dokumentationsaufgaben übernommen haben – auch um die erbrachte Leistung gegenüber den Kostenträgern zu rechtfertigen. Diese lange hoch gehaltene Beziehungspflege tritt immer mehr in den Hintergrund: Die Zeit für Begegnungen und die Gestaltung der Sorgearbeit, die für Heilungsprozesse eine große Rolle spielen, fehlt. Die Unzufriedenheit darüber ist genauso schmerzlich wie die unzureichende Vergütung. Erst in der Arbeit mit Demenzkranken kehren die Erfahrungen aus der Beziehungspflege in den letzten Jahren zurück, gelebt allerdings häufig eher von Hilfskräften als von Fachkräften.

Wie alle sozialen Dienstleistungen ist auch Pflege nicht exakt zu planen, weil diejenigen, die gepflegt werden, an der Arbeit mitwirken. Solche Prozesse der Koproduktion zwischen Beschäftigten und Klienten oder Patienten erfordern eine ständige wechselseitige Abstimmung. Wer in diesem Sektor arbeitet, braucht ein hohes Maß an Empathie und Kommunikationsfähigkeit, um situativ angemessen reagieren zu können. Man braucht Fachwissen und Erfahrung, um beurteilen zu können, was jemand in diesem Augenblick und mittelfristig an Hilfe benötigt und wo andere Professionen hinzugezogen werden müssen. Dieses Spannungsfeld von Professionalität und Zuwendung, von Routine und Unmittelbarkeit, wahrzunehmen und fruchtbar zu machen, kostet Kraft. Das moderne Gesundheitswesen organisiert, reglementiert, professionalisiert und rationalisiert die Hilfe und damit auch die Helfenden in ihrem Einsatz. Arbeitswissenschaftlichen Studien (Büssig/Glaser, GEW, DGB-Index-Gute Arbeit) haben eine hohe Arbeitsintensität, häufige Unterbrechungen bei der Arbeit und auch hohe körperliche Belastungen identifiziert. Hinzu kommt die geringe Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit – ein geringes Entgelt, beschränkte Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten und belastende emotionale Erfahrungen.

Denn sich wirklich auf andere Menschen einzulassen, ihre Ängste zu spüren, ihre Sorgen wahrzunehmen, mit ihnen nach dem zu suchen, was gut tut und Hoffnung gibt, und dabei auch von dem eigenen Glauben zu reden, bedeutet immer ein Risiko. Das gilt ganz besonders, wenn der Zeit- und Arbeitsdruck so hoch sind, dass einzig professionelle Distanz ein Durchhalten möglich macht. Aber ohne die eigene Person einzubringen, wird man auf Dauer weder pflegen noch erziehen oder beraten können. Deshalb brauchen Pflegenden eine gute Unterstützung in Konfliktsituationen und ethischen Fragen. Sie brauchen eine Arbeitszeitgestaltung, die private Verpflichtungen der Beschäftigten ernst nimmt und damit dem Ethos der Fürsorge entspricht. Auch eine gute Zusammenarbeit im Team hilft, Durststrecken zu überstehen. Wo allerdings die Personalbemessung so knapp ist, dass jeder Urlaub, jede Weiterbildung oder Krankenschreibungen Löcher in die Personaldecke reißt und nur durch weitere Arbeitsverdichtung oder Überstunden ausgeglichen werden kann, wird es eng. Auch die Unterstützung von Fort- und Weiterbildungen sind wichtig, um die Ressourcen der Mitarbeiterschaft zu stärken. Genauso entscheidend aber ist die Möglichkeit, sich in Veränderungsprozesse einzubringen.

Fürsorgearbeit erfordert eine ganzheitliche Arbeitsorganisation, denn nur so kann sich der Sinngehalt der Arbeit entfalten. Auch das setzt der Rationalisierung und Spezialisierung, dem Auf- und Abspalten von Tätigkeiten Grenzen, auch um der Patienten und Bewohner willen. Mit bis zu 14 verschiedenen Beschäftigten hat ein Krankenhauspatient in einer Woche zu tun – und dabei hatte er den intensivsten

Kontakt zu den Reinigungskräften. Die zunehmende Aufspaltung hat ja nicht nur die Ausgliederung von Jobs ermöglicht; sie hat auch die Zahl der prekär Beschäftigten ansteigen lassen, der Mitarbeiterinnen mit Minijobs, der befristet Beschäftigten und Zeitarbeitskräfte. Prekäre Arbeit belastet dabei nicht nur die davon selbst Betroffenen, sondern auch die Kolleginnen und Kollegen, weil sie darin letztlich eine Abwertung ihres eigenen Arbeitsfeldes erleben. Ein Blick zurück in die Diakonissentradition zeigt in scharfem Kontrast die verlorene Ganzheitlichkeit der Pflege – und eine Taschengeld-Gemeinschaft, in der die unterschiedlichen Tätigkeiten gleiche Wertschätzung erfuhren, so dass ein und die selbe Schwester durch ganz unterschiedliche Arbeitsfelder wechseln und den Gesamtzusammenhang erleben konnte.

Wer nämlich den Gesamtprozess vor Augen hat, wer sich getragen und geschätzt fühlt, bekommt Kraft, durchzuhalten, auch wo Erfolg nicht zu sehen ist. Eine Untersuchung der Fachhochschule der Diakonie in Bethel,³ zeigt, dass dabei auch heute Spiritualität eine wichtige Ressource darstellt. Die Kaiserswerther Oberin Charlotte Renner schrieb 1967, der Kern der Pflege sei „ungeteilte Aufmerksamkeit“, die östliche Tradition spricht von „einfühlsamer Präsenz“. Dazu gehören Annahme und Wertschätzung. Pflegende brauchen sie genauso wie die Gepflegten. Nur, wer sich wertgeschätzt weiß, hat auch die Kraft, sich aktiv in die Veränderungsprozesse einzubringen und sich Gehör zu verschaffen.

3. Mischt Euch ein

Qualifizierte Beschäftigte werden der Pflege den Rücken kehren, wenn die Arbeit nicht einmal existenzsichernd und der Arbeitsplatz halbwegs sicher ist. Wer nach 30 Stunden Pflegearbeit mit 1250 Euro nach Hause kommt, wie eine Intensivschwester aus Mecklenburg⁴, wird der eigenen Tochter nicht raten, Pflegekraft zu werden. Es ist ein Armutszeugnis, wenn diese mehrheitlich von Frauen geleistete Arbeit am Ende nicht mehr wert ist als prekäre Beschäftigung. Dabei wird der Bedarf an Pflegedienstleistungen gerade in der ambulanten Pflege weiter steigen. Nach den jüngsten Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (Afentakis, Maier, 2010) bis 2050 um 35 %.

Deshalb ist ein gesellschaftlicher Diskurs darüber, welchen Wert wir der Pflege beimessen, dringend notwendig. Denn je geringer die Zahl der Schulabgänger und der Erwerbstätigen in der älter werdenden Bevölkerung wird, desto mehr steht der Pflegeberuf in harter Konkurrenz zu anderen. Attraktiv sind Berufe, die nicht nur eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit und berufliche Aufstiegsmöglichkeiten versprechen, sondern auch attraktive Löhne bieten. Deshalb wird sich auch die Vergütungsstruktur in der Pflege verändern müssen, d.h. Pflege wird teurer werden. Die bloße Absenkung der Eingangsvoraussetzungen ist das falsche Signal. Notwendig ist ein integriertes, gestuftes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungskonzept mit Möglichkeiten der fachlichen Spezialisierung.

³ Prof. Dr. Tim Hagemann, Lehrstuhl für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der Fachhochschule der Diakonie

⁴ Geo-Spezialheft 2007 „ Soziale Gerechtigkeit“

Um professionelle Pflege auf Dauer finanzieren zu können und Menschen für diese Berufe zu gewinnen, ist eine Verbreiterung der Einnahmebasis in der Pflegeversicherung unausweichlich. Gleichwohl wird es aber nicht gelingen, den wachsenden Bedarf an Pflege vor allem über Dienstleistungen abzudecken. Wenn wir dem wachsenden Care-Defizit begegnen wollen, muss Pflege deshalb von einer, oft privaten, Frauensache zu einem gesellschaftlichen und politischen Thema werden. Es geht dabei um nicht weniger als einen Wandel unseres Wohlfahrtssystems. Die Zeit, die Männer wie Frauen in Fürsorgezusammenhänge einbringen, muss stärker als bisher auch bei Steuern und Versicherungen anerkannt und gewürdigt werden. Das gilt auch im Blick auf die zeitweilige Freistellung Erwerbstätiger für Pflegeaufgaben in der Familie. Die Übernahme von Pflegeleistungen darf nicht zur Altersarmut des Pflegenden führen. In der Diskussion um den Wert der professionellen Pflege geht es immer auch um die gesellschaftliche Anerkennung der Care-Arbeit. Pflege ist dabei mehr als eine Dienstleistung; sie ist ein öffentliches Gut und für den Zusammenhalt einer älter werdenden Gesellschaft von entscheidender Bedeutung.

Die wachsenden Aufgaben, die mit der älter werdenden Gesellschaft und der wachsenden Zahl Pflegebedürftiger verbunden sind, können nur in einem guten Zusammenspiel von Familien und Dienstleistern, Arbeitgebern und Nachbarschaft geleistet werden. Die Flankierung von Pflegehaushalten und die Stabilisierung von Unterstützungssystemen muss deshalb Priorität haben. Pflegedienste und haushaltsnahe Dienstleistungen müssen möglichst quartiernah vorgehalten und professionelle und lebensweltliche Hilfen müssen verschränkt werden.

Neben dem Ausbau der professionellen Pflegedienste muss stärker darüber nachgedacht werden, wie niedrigschwellige Dienste der sozialen Betreuung eingerichtet werden können, die – gegebenenfalls mit sozial gestaffelten Zuzahlungen – allen Menschen zur Verfügung stehen. Das könnte wesentlich teurere Einweisungen in stationäre Einrichtungen verhindern. Vor allem für die große Zahl von älteren Menschen in Single-Haushalten (es sind über 40 Prozent) ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nur möglich, wenn ein individuell zugeschnittenes Hilfesystem geschaffen wird und der Betroffene durch größere Freiheiten in der Verteilung von Dienstleistungsaufträgen über die benötigten Hilfen selbst entscheiden kann, wie es zum Beispiel im Modellversuch „persönliches Budget“ erprobt wurde.

Wir brauchen eine Auflösung der starren Grenzen zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten durch eine klare Ausrichtung an den Funktionen Wohnen, Haushalt und Pflege und einen neuen Finanzierungsmix aus marktlichen Dienstleistungen und privater, steuerlich gestützter Fürsorglichkeit. Wir brauchen darüber hinaus ein neues Konzept für die Verknüpfung und Verschränkung von Gesetzlicher Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Reha. Die neue EKD-Gesundheitsdenkschrift „Und unseren kranken Nachbarn auch“, die am 17. Oktober erscheinen wird, wird sich dazu noch einmal dezidiert äußern. Es genügt nicht, nur das zuletzt geschaffene Gesetzbuch der Sozialen Pflegeversicherung zu reformieren. Vielmehr sind im Zuge der Entwicklung vielerlei Schnittstellen entstanden, die nicht nur zu unproduktiven Überschneidungen und Drehtüreffekten führen, sondern auch dafür sorgen, dass Menschen, anstatt in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können, in stationäre Einrichtungen aufgenommen werden müssen.

Auch die individuellen Wünsche von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen müssen künftig in den gesetzlichen Grundlagen, aber auch in der Praxis von Einrichtungsträgern und Pflegekassen besser und verbindlicher berücksichtigt werden. Wenn es darum geht, bei Pflegebedürftigkeit und demenzieller Erkrankung einen Verbleib im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen, sind Kommunen die entscheidenden Player. Kommunen sind verantwortlich für die Bebauungsplanung und die Infrastruktur, sie können die unterschiedlichen Dienstleister an einen Tisch bringen. Im Bertelsmann-Modellprojekt SONG haben verschiedene Träger und Anbieter auch aus der Diakonie neue Betreuungsformen und Kooperationen in Wohnquartieren erprobt. Dabei zeigte sich, wie wichtig eine funktionierende Kommunikation und einer Kultur der Zusammenarbeit ist. Das Entscheidende spielt sich zwischen den Beteiligten ab. Eigentlich ist das nicht neu: Pflege lebt von Pflegeketten, von unterschiedlichen Akteuren, die zusammenarbeiten und einander vertrauen. Ganz so wie im Gleichnis vom Barmherzigen Samariter braucht es Leute, die sensibel sind und nicht wegsehen, wo Not ist. Es braucht Menschen, die bereit sind, andere aufzunehmen und zu pflegen und andere, die bereit sind, dafür zu zahlen, wenn der Kranke oder Verletzte es nicht kann. Und es braucht das Vertrauen, dass die Solidarität, die darin zum Ausdruck kommt, tragfähig und verlässlich ist. „Wenn das Geld nicht reicht“, sagt der Samariter zum Wirt, zahl ichs Dir, wenn ich das nächste Mal hier vorbei komme“. Es gilt, die professionelle Verantwortung und das Vertrauen in eine gute Zusammenarbeit zu stärken. Das könnte auch helfen, um die nötigen Schritte in Richtung Entbürokratisierung zu gehen.

Pflege knüpft ein Netz – für die Koordination von Einzelfallhilfen, aber auch auf die Koordination der unterschiedlichen Akteure im Quartier, nicht zuletzt mit den Kirchen, die mit ihren Räumen und mit ihren haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden entscheidend dazu beitragen können, dass Menschen in der Gemeinde zu Hause bleiben. Pflege gehört in die Mitte der Gesellschaft wie die Kirche ins Dorf— nicht nur in Berlin auf dem Schlossplatz. Noch findet sie hinter geschlossenen Türen statt – zuerst in den Privathäusern und dann in den Einrichtungen. Kein Wunder, dass die überlastete und erschöpfte Sandwichgeneration keine Kraft und zu viel Scham hat, um die Dinge beim Namen zu nennen, wenn Vater oder Mutter nach durchschnittlich 8 Jahren häuslicher Pflege endlich in einer Einrichtung untergekommen sind. Aber Pfarrerinnen und Pfarrer und kirchliche Besuchsdienste könnten hier Stimme der Stummen sein und damit etwas von dem Ethos der Gemeindeschwestern lebendig werden lassen, dass die diakonische Pflege geprägt hat.

4. Jeder Mensch zählt

In dem Maße, in dem ein Mensch das, was ihm wichtig ist, nicht mehr selbst durch eigenes Tun verwirklichen kann, wird die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft sogar bedeutungsvoller. Teilhaberechte zu stärken, ist mehr, als über Pflegemodule nachzudenken. Es setzt voraus, dass wir pflegebedürftige Menschen als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft, als Gemeindemitglieder und nicht nur als Versorgungsfälle wahrnehmen. Die Denkschrift der EKD „Im Alter neu werden können“ zitiert dazu Hannah Arendt, die (1960)⁵ in ihrem Werk „Vita activa oder vom tätigen Handeln“ die Teilhabe der Einzelnen an der Öffentlichkeit als einen

⁵ Arendt, H. (1960). *Vita activa oder vom tätigen Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer.

wahrhaftigen, ungestörten Austausch beschrieben hat. Sie benennt darin drei wichtige und grundlegende Voraussetzungen für ein Leben in gerechter Teilhabe:

- Jeder Mensch hat Zugang zum öffentlichen Raum, konkret ausgedrückt: Kein Mensch wird aus der Gemeinschaft ausgeschlossen.
- Jeder Mensch wird in seiner Einzigartigkeit anerkannt und geachtet.
- Jeder Mensch erhält die Gewissheit, sich in seinem Handeln und Sprechen „aus der Hand geben“ zu können, das heißt, von anderen Menschen angenommen zu sein und diesen vertrauen zu können.

Vor einigen Jahren hat der Zentralkomitee des Ökumenischen Rates der Kirchen eine Erklärung zum „Europäischen Jahr der behinderten Menschen“ herausgegeben. Sie trägt den Titel „Kirche aller“ und betont, dass in Christus alle Gottes Ebenbild sind – ganz gleich, mit welchen Grenzen und Beeinträchtigungen wir leben. „Ohne die uneingeschränkte Integration von Menschen mit Behinderungen.. kann die Kirche nicht für sich in Anspruch nehmen, Leib Christi zu sein“, heißt es in „Kirche aller“: Ohne die Erkenntnisse derer, die mit Behinderung (leben) werden die tiefsten, ureigensten Elemente der christlichen Theologie verfälscht oder verloren gehen.“

Einige Sätze in dieser Erklärung, die von einer Gruppe von behinderten Menschen und ihren Betreuern geschrieben wurde, haben mich besonders beeindruckt: „Menschen mit Behinderungen wissen, was es bedeutet, dass sich das Leben unerwartet von Grund auf verändern kann. Wir waren in jenem Grenzbereich zwischen dem Bekannten und dem Unbekannten, in dem wir nur zuhören und abwarten konnten...Wir sind Gott in jener leeren Dunkelheit begegnet, in der uns bewusst wurde, dass wir „die Kontrolle“ über uns verloren haben, und wir haben gelernt, auf Gottes Gegenwart und Fürsorge zu vertrauen... Wir wissen, was es bedeutet, im Zwiespalt und inmitten von Paradoxen zu leben, und wir wissen, dass einfache Antworten und Sicherheiten uns nicht tragen...“

Das ist eine Lektion, die wir irgendwann alle lernen müssen. Manche von Geburt an, andere bei einem Unfall, wieder andere bei einer Krebserkrankung, einem Herzinfarkt oder eben im Alter. Wir alle leben mit Brüchen und Verletzungen, mit Wunden und Narben, auch wenn es den meisten lange Zeit gelingt, sie vor den Augen der Öffentlichkeit zu verbergen. Genau deshalb ist es aber auch so schwer, Pflegebedürftige in die Mitte der Gesellschaft zu stellen. Sie zeigen uns: Wir müssen lernen, mit Einschränkungen, Schmerzen und Verlusten zu leben. Die Theologin Gunda Schneider-Flume spricht in diesem Zusammenhang von der „Tyrannei des gelingenden Lebens“, die unsere Gesellschaft beherrsche. Unsere Gesellschaft sei so sehr von Machbarkeitsvorstellungen bestimmt, dass suggeriert werde, wir hätten unsere Gesundheit und unser Glück selbst in der Hand.

Noch scheint die neue Inklusionsbewegung für die Rechte behinderter Menschen die der Pflegebedürftigen und Demenzkranken nicht im Blick zu haben, noch sehen wir sie vielmehr als Objekt der Hilfe, als zu Versorgende, und weniger als Subjekt von Rechten. Es genügt, sich die unterschiedlichen Ausstattungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe anzuschauen oder die Entwicklung der Behindertenhilfe hin zur Ambulantisierung anzusehen, um zu verstehen, was ich meine. Älteren, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen traut diese

Gesellschaft noch nicht zu, über ein eigenes Budget zu verfügen – oder wir fürchten, das könnte die Rücklagen der Pflegeversicherung sofort verzehren. Aber längst ist in der Literatur und in den Medien eine Angehörigenbewegung im Gange, die diese Schranke aufbricht– von Stella Braam bis zu Arno Geiger. Sie begreifen Demenzerkrankte als Gegenüber, von dem wir lernen können, wie sehr die Gesellschaft auf Beziehung und Zusammenhalt, auf Einfühlung und Respekt angewiesen ist– nicht nur in der Pflege.

Ich warte deshalb sehnlich auf den Tag, an dem der Schlossplatz mit Menschen aller Generationen gefüllt ist, mit pflegenden Angehörigen, Älteren mit Rollatoren, Mitarbeitervertretungen und Gewerkschaften, Kirchenvorständen und Einrichtungsträgern , VDK und Sozialverband und vor allem mit Ihnen. Ihre Arbeit ist es wert – Sie sind es wert.