

## **Wandeln sich die Werte? Aspekte zu Ethik, Ökonomie und Pflege.**

Heutzutage ist oft die Rede vom Werteverlust; dies drückt in der Regel ein Unbehagen darüber aus, dass bestimmte Werte scheinbar oder tatsächlich verloren gehen bzw. als nicht mehr anzustrebender Wert angesehen werden. Tatsächlich wird eher übersehen, dass an die Stelle alter Werte neue – andere – treten. Dies sagt noch nichts darüber aus, ob sie besser oder schlechter sind – es konstatiert lediglich einen Wandel. Insofern ist die Eingangsfrage schon teilweise beantwortet: Ja, Werte wandeln sich bzw. die Menschen empfinden heute teilweise anderes als wertvoll wie früher.

**Was sind eigentlich Werte?** *Werte sind definiert als bewusste oder unbewusste Orientierungsleitlinien für das eigene Handeln und Entscheiden. Menschen werden von Werten geprägt und sie prägen neue Werte. Werte sind ganz wesentlich abhängig von dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund eines Landes (manchmal auch Zeitgeist genannt) und das heißt, Werte sind grundsätzlich wandelbar ...*

Wertvorstellungen sind sehr vielfältig und individuell, sie sagen aber noch nichts darüber aus, ob diese Werte im ethischen Sinne auch gut und richtig sind. Das mag jetzt eigenartig klingen, weil „Wert“ dem Wortsinn nach etwas ausdrückt, was einem lieb und teuer ist. Allerdings sind die meisten Werte ethisch neutral, manche sind aus ethischer Sicht sogar negativ, andere positiv. Lassen Sie es mich an einem Beispiel erläutern: Für mich stellen Bücher einen ziemlich hohen Wert dar, einfach weil ich sehr gerne lese. Es gibt allerdings viele Menschen, die nicht gerne lesen – denen zu erzählen, dass Bücher per se etwas Wertvolles seien, ist zwar möglich, aber ich werde sie kaum überzeugen – sowenig wie mich ein Autofreak überzeugen kann, dass ein Auto einen Wert über den reinen Nutzen hinaus hat. Diese Werte sind ethisch neutral.

Dagegen werden die meisten Menschen zustimmen, dass „anderen Menschen helfen“ ein positiver Wert ist, den man bewundert, respektiert und unterstützt. Ein Beispiel für einen aus ethischer Sicht negativen Wert wäre, wenn ich etwa sagen würde: „Für mich ist das Wichtigste, dass ich alles bekomme, was ich will, egal auf welche Weise.“ Hier würden vermutlich viele Menschen protestieren und das als egoistisch bis gefährlich beurteilen. Werte sind also verschieden zu beurteilen.

Dagegen unterliegen ethische Prinzipien zumindest nominal – also dem Namen nach – kaum einem Wandel. Nur ihre inhaltliche Auslegung und ihre konkrete Bedeutung für den Menschen verändern sich. Dazu später mehr.

Ich möchte mich für die heutige Diskussion auf zwei Prinzipien beschränken, die jedoch einen unterschiedlichen Ausgangspunkt haben. Es gibt individualethische Prinzipien und sozialetische Prinzipien. Erstere beziehen sich auf den einzelnen, ganz konkreten Menschen, und hier ist das oberste Prinzip „Die Würde des Menschen“. Sozialetische Prinzipien beziehen sich auf den Menschen als Teil eines sozialen Gebildes. Der Einfachheit halber nehme ich hier das Land Deutschland mit allen in diesem Land lebenden Menschen. Nach meiner Überzeugung ist hier das wichtigste Prinzip die Gerechtigkeit. Sowohl die Würde des Menschen zu schützen und zu fördern als auch Gerechtigkeit immer wieder neu herzustellen ist vorrangig Aufgabe der Staatsgewalt, beides geschieht wesentlich durch die Gesetzgebung. Allerdings brauchen beide die Unterstützung der einzelnen Menschen vor Ort, die diese – oft in Normen gegossenen Prinzipien ganz konkret im Alltag umsetzen. Lassen Sie mich daher die beiden Prinzipien etwas erläutern.

### **Würde – Autonomie – Fürsorge**

Das oberste individualethische Prinzip lautet:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie ist zu schützen und zu achten“. So steht es in den Menschenrechtsdeklarationen immer an erster Stelle, noch vor dem Recht auf Leben. Das Leben ist die Voraussetzung für die Ausübung der Menschenrechte, aber es hat nicht einen obersten Wert an sich. Das gilt auch für die christliche Ethik, sonst dürfte es keine Märtyrer geben. Fast überall in der Welt wird es als positiv angesehen, wenn ein Mensch für seine eigene feste Überzeugung Nachteile, evtl. den Tod in Kauf nimmt. Ebenso wird es bewundert, wenn ein Mensch bereit ist, das eigene Leben zu riskieren, um das Leben eines anderen Menschen zu retten. Das heißt, es gibt keine moralische oder religiöse Verpflichtung, das eigene oder auch das andere Leben um jeden Preis zu erhalten. Es gibt aber die moralische Verpflichtung, in jeder Situation die Menschenwürde zu achten und zu schützen. Was aber heißt das tatsächlich? Was ist diese Würde, die wir nicht antasten dürfen, die wir schützen und achten sollen?

Es positiv zu formulieren ist ausgesprochen schwierig, weil wir dann gerne auf verschiedene Eigenschaften zurückgreifen, die immer auch verloren gehen können oder

von anderen Menschen nicht oder nicht mehr erkannt werden. Das Unantastbare an der Aussage liegt letztlich darin, dass jeder Mensch – egal in welcher Verfasstheit er sich befindet – eine Würde hat, einfach weil er Mensch ist. Insofern wird in der Regel davon gesprochen, wann bzw. wodurch die Würde des Menschen verletzt wird, nicht was sie ist.

Wenn wir von einer Missachtung der Würde sprechen, dann meist im Zusammenhang damit, dass Menschen ohne Gesetzesbruch ihrer persönlichen und politischen Rechte beraubt, eingesperrt, aufgrund bestimmter Eigenschaften wie Hautfarbe, Religion, Geschlecht, Status etc. diskriminiert oder misshandelt oder ihnen die Minimalbedingungen zum Überleben oder Bildungschancen vorenthalten werden, wenn sie also an der Entfaltung ihrer Freiheit zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit, ihrer Autonomie, gehindert werden. Nach heute weitgehend anerkanntem Verständnis ist es genau diese Autonomie, die Fähigkeit und das Recht für sich selbst zu entscheiden, die als der stärkste Ausdruck menschlicher Würde gilt. Daher dürfen Freiheitsrechte (Autonomierechte) nur dort und insoweit eingeschränkt werden, wo sie mit den Freiheitsrechten anderer kollidieren.

Die Würde des Menschen zu schützen und zu achten ist auch in vielen pflegerischen Leitbildern die oberste Maxime. Wer dies ernst nimmt, muss den pflegebedürftigen Menschen eine Fürsorge zuteilwerden lassen, die deren Autonomie – als Ausdruck der Menschenwürde - in jedem Fall bis zuletzt schützt und stützt. Fürsorge, die nicht vorrangig diesem Ziel dient, ist eine Art Bevormundung, die zwar manchmal – in Ausnahmefällen – berechtigt sein mag, aber auf jeden Fall begründet werden muss. Auf die Pflege bezogen, bedeutet dies z.B. ganz konkret: Niemand darf einen Menschen waschen, der das strikt ablehnt; und nicht die Ablehnung muss begründet werden, sondern eine pflegerische Fürsorge, die dieses „Nein“ nicht respektiert. Auch kranke, alte, behinderte und sterbende Menschen haben das Recht in den Augen anderer unvernünftig zu sein, ohne sofort mit einer „Zwangsbeglückung“ rechnen zu müssen.

Die Achtung menschlicher Würde ist Aufgabe aller Menschen in allen Positionen. Eine besondere Verantwortung obliegt allerdings – schon aus Gründen der Vorbildfunktion - den Einrichtungsleitungen. Sie müssen ihren Mitarbeiterinnen genügend pflegerische und persönliche Autonomie einzuräumen, dass diese selbst entsprechend danach

handeln können. Zur Verdeutlichung: Wenn eine Pflegedienstleitung anordnet, dass grundsätzlich bis zum Frühstück alle Bewohnerinnen bzw. Patienten gewaschen sein müssen, dann geraten die Pflegenden vor Ort in einen heftigen Zwiespalt, sofern Bewohnerinnen oder Patienten das für sich ablehnen.

Selbstbestimmtes Handeln zu schützen und zu stützen ist allerdings nicht gleichbedeutend damit alle Wünsche zu erfüllen; auch kann diese Unterstützung nur im Rahmen der gesamtgesellschaftlich gegebenen Möglichkeiten erfolgen.

Damit komme ich zu dem wichtigsten **sozialethischen Prinzip, der Gerechtigkeit**. Sozialethische Prinzipien beziehen sich im Gegensatz zu individualethischen Prinzipien nicht (nur) auf den Einzelnen, sondern auf ein jeweiliges Gesamtsystem – in unserem Fall also Deutschland bzw. die 82 Millionen Einwohner in Deutschland. Grundsätzlich ist es Aufgabe der Politik, durch entsprechende Gesetzgebung Gerechtigkeit immer wieder neu herzustellen, da dieses Prinzip generell auch abhängig ist von den entsprechenden Möglichkeiten eines Landes.

Doch was ist gerecht? Gerechtigkeit hat sehr viel mit den ökonomischen – sprich wirtschaftlichen und finanziellen Ressourcen zu tun. Es gibt diverse Unterscheidungsformen, wie Leistungsgerechtigkeit, Besitzstandsgerechtigkeit, Verteilungsgerechtigkeit, Chancengerechtigkeit, Bedürfnisgerechtigkeit, die jeweils eine bestimmte Vorstellung, auch gesellschaftliche Werte zum Ausdruck bringen.

Lange Zeit ging es in Deutschland mit dem Wohlstand überwiegend bergauf und man verstand unter Gerechtigkeit hauptsächlich „möglichst viel für alle“ im Sinne einer (Um-)Verteilungsgerechtigkeit. Der allgemeine Lebensstandard stieg, damit verknüpft war die Erwartung, dass es immer so weitergehen wird.

Allerdings wurde übersehen, dass wir schon Mitte der siebziger Jahre begonnen hatten, über unsere Verhältnisse zu leben, was nichts anderes heißt, als dass über etliche Jahre mehr ausgegeben als eingenommen wurde. Das galt insbesondere für den Staatshaushalt und später auch die Sozialversicherungssysteme, die sich ja aus unseren Abgaben (Steuern, Sozialversicherungen) speisen. Die Kosten der Wiedervereinigung verschärften die Situation.

Mittlerweile steht fest, dass angesichts einer hohen Belastung der Arbeitseinkommen sowie der Staatsverschuldung die staatlichen Ausgaben begrenzt werden müssen. Letztlich stellt sich immer wieder die Frage, wie viel an Gesundheits- und Pflegeleistungen für alle Menschen rein finanziell zu gewährleisten sind, ohne dass das Versorgungssystem zusammenbricht und ohne die Grenzen einer zumindest sicheren Pflege zu unterschreiten. Es wird immer eine Kluft bleiben zwischen dem Wünschbaren und dem Machbaren, darin unterscheidet sich staatliches Wirtschaften nicht vom privaten Haushalt. Auch im persönlichen Leben der allermeisten Menschen stehen den Wünschen der Haushaltsmitglieder begrenzte finanzielle Ressourcen gegenüber.

Im Untertitel meines Vortrags stehen auch ökonomische Aspekte: Diese möchte ich eher kurz halten, aber sie können etwas verstehen helfen. In der Ökonomie gibt es diverse Unterscheidungen, eine davon lautet:

**Es gibt betriebswirtschaftliche Interessen und volkswirtschaftliche Interessen – tatsächlich wirken diese teilweise gegeneinander.** Ich hoffe, dass folgendes Beispiel zu erläutern vermag, was ich damit sagen möchte. Ende der 80ziger Jahre wurde – wegen der hohen Arbeitslosigkeit – die Vorruhestandsregelung eingeführt. Um jungen Menschen den Eintritt in die Erwerbstätigkeit zu erleichtern, schuf man die Möglichkeit, dass ältere Arbeitnehmer vor dem 65. Lebensjahr in Ruhestand gehen konnten, ohne allzu große finanzielle Einbußen in Kauf nehmen zu müssen. Da die Betriebe nicht über Gebühr belastet werden sollten, wurden die Gehaltseinbußen über die Arbeitslosen- und Rentenversicherung ausgeglichen. Der Grundgedanke war gut gemeint, aber das Ergebnis war fatal: Viele – insbesondere der großen Firmen – entledigten sich auf diese Weise mehr oder weniger elegant der älteren teureren Arbeitnehmer auf Kosten der Allgemeinheit, d. h., die Gewinne wurden privatisiert (Aktionäre) und die Lasten sozialisiert (Sozialversicherungen). Betriebswirtschaftlich sinnvoll führte es volkswirtschaftlich zu einer extremen Belastung der Solidarsysteme.

Auch Einzelhaushalte sind kleine Betriebe. Hier lässt sich Ähnliches feststellen und ich bitte Sie, jetzt nicht sofort zu protestieren, sondern die Aussage auf sich wirken zu lassen. Viele – wenn auch längst nicht alle - Menschen konnten in den letzten Jahrzehnten neben dem täglichen Lebensunterhalt noch etwas sparen und tun dies auch mit Hinweis auf das Alter. Man baut sich ein Häuschen, zahlt in eine Lebensversicherung ein etc. Ist dann das Alter da, braucht man Pflege, dann ist die Verwunderung – und oft auch der

Ärger – groß, dass man trotz Pflegeversicherung noch aus eigener Tasche dazu zahlen soll. Dabei war gerade die Pflegeversicherung von Anfang an darauf ausgerichtet, nur das Allernötigste aus der Solidarversicherung zu finanzieren, alles Andere muss privat bezahlt werden. Das heißt, die persönlichen Ersparnisse für das Alter müssen dann auch für die Pflege im Alter ausgegeben werden.

Viele Menschen halten das für ungerecht, aber was würde es bedeuten, wenn es anders wäre? Gesetzt den Fall, die Pflegeversicherung würde alle Pflegeleistungen zahlen, die zu einer optimalen Pflege zählen – und diese ist tendenziell (wie auch die Behandlungen im Krankheitsfall) den Möglichkeiten nach oben offen – dann würde das bedeuten, dass die Beitragsleistungen zur Pflegeversicherung regelmäßig erhöht werden müssten, wegen der Fülle der Machbarkeiten, aber auch wegen des demografischen Faktors. Konkret: Die Arbeits- und Renteneinkünfte würden wegen der höheren Beitragsleistung für alle geringer, während gerade die vermögenden Menschen immer mehr zu vererben hätten.

Anders gesagt: Die Pflegeversicherung ist das einzige Solidarsystem, das von vornherein zu verhindern sucht, dass die Gewinne (eigenes Vermögen) privatisiert bleiben und die Verluste (Pflegeleistungen) komplett sozialisiert werden. Im Prinzip scheint mir das gerecht, mir ist aber sehr wohl bewusst, dass es auch hier – wie immer bei allgemeinen Regelungen – zu ziemlichen Härten kommen kann.

Die meines Erachtens wichtigste Frage, die es zu beantworten gilt, lautet jedoch: Wo ist die Grenze der Begrenzungen erreicht, wo fängt sparsames Wirtschaften an, die Würde des Einzelnen zu verletzen? Auf der anderen Seite: Wo gilt es einem Anspruchsdenken und –verhalten entgegen zu treten, das die Solidarsysteme und damit den Sicherheitsrahmen für alle Menschen in Deutschland sprengt? Wie Sie wissen, läuft diese Debatte gerade in voller Heftigkeit im Gesundheitswesen – und nicht umsonst ist es hier besonders schwierig.

Ich möchte hier den Bogen schlagen zum Wertewandel bzw. zur Neuinterpretation dessen, was als gerecht oder die Würde verletzend angesehen wird. Erlauben Sie mir dazu einen kleinen Rückblick in die Zeit, als ich in der Pflege zu arbeiten begonnen habe – das war 1975, also vor gut 30 Jahren.

Die Patienten in den Krankenhäusern lagen mit Ausnahme der Privatpatienten (die 2-Klassen-Medizin hat es immer gegeben!) in Drei - bis Achtbettzimmern, über ihre Erkrankungen und deren Wirkungen erfuhren sie wenig bis gar nichts. Es war klar, dass sie den Anweisungen der Ärzte und Krankenschwestern Folge zu leisten hatten und auch nicht allzu viele Fragen stellten, die bloß als lästig empfunden wurden. Mit Material wurde sehr sparsam umgegangen, zum Teil durchaus auf Kosten der Hygiene. Es gab aufgrund begrenzter Ressourcen Altersbegrenzungen für bestimmte therapeutische Maßnahmen, z.B. war die Dialyse auf Menschen bis zum 65. Lebensjahr begrenzt – heute undenkbar. Viele der heute bekannten medizinischen Diagnose- und Therapieverfahren existierten noch nicht, etliche der inzwischen teilweise heilbaren bzw. beherrschbaren Krankheiten führten damals noch relativ bald zum Tod.

Alten- und Pflegeheime gab es Wenige, da über 98 % der alten Menschen bei ihren Familien lebten bzw. von ihnen versorgt wurden, die Kosten trugen allein die Familien. Allerdings war die durchschnittliche Lebenserwartung mit etwa 72 Jahren deutlich niedriger als heute; Menschen, die mit mehreren chronischen Erkrankungen alt wurden, waren die Ausnahme, ebenso wie demenzielle Veränderungen damals (rein altersbedingt) nur Wenige betraf. Die Pflegenden in den Altenheimen hatten in aller Regel keine Ausbildung und es ging damals auch viel mehr um Beschäftigung denn um Pflege. Die Pflegenden in den Krankenhäusern leisteten „Funktionspflege“ und hofften ihre Tätigkeit dadurch aufzuwerten, dass sie immer mehr ärztliche Tätigkeiten übernahmen, weil „Grundpflege“ allgemein als etwas Banales angesehen wurde ... All diese Dinge waren damals „normal“, also die Regel, sie wurden damals nicht als ungerecht oder die Würde verletzend angesehen.

Der größte Wertewandel geschah in den achtziger Jahren: Gesundheit wurde zum höchsten Gut, Geld spielte mehr oder weniger plötzlich keine Rolle mehr bzw. es wurde als unmoralisch angesehen, im Zusammenhang mit der Gesundheit auf begrenzte Ressourcen überhaupt auch nur hinzuweisen. Jede und jeder sollte alles bekommen, jede Klinik wollte alles anbieten und auch aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts stieg die allgemeine Lebenserwartung. Familiäre Strukturen und berufliche Anforderungen veränderten sich, die Familien wurden kleiner, die Generationen wohnen zunehmend jeweils für sich, oft durch große Entfernung getrennt.



Es gab einen sehr deutlichen Individualisierungsschub, es geht jetzt viel mehr um Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung des Einzelnen, der Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Ganzen, die gelebte Solidarität mit dem jeweils Anderen verlor an Wert – und damit an Bindungskraft. Das hängt auch damit zusammen, dass sich immer mehr Menschen immer mehr leisten konnten. Es begann sich allgemein eine gewisse Anspruchshaltung im Sinne einer Käufermentalität zu entwickeln, die in der Zwischenzeit eine breite Entfaltung erfahren hat; sie zeigt sich meines Erachtens am deutlichsten in zwei bekannten Werbeslogans: „Weil **ich** es **mir** wert bin“ und „Geiz ist geil“. Der erste Slogan besagt, es ist gut, wenn ich mir möglichst viel leiste, der Zweite leugnet, das Qualität ihren Preis hat und „kauft“ möglichst viel Leistung für möglichst wenig Geld. Beides sind ichbezogene Werte und hoch im Kurs. Die alte Tugend der Bescheidenheit dagegen hat im Bewusstsein vieler Menschen deutlich an Wert verloren.

Heute gibt ein weitverbreitetes Bild vom Menschen, das da lautet: „Jung, dynamisch und erfolgreich.“ Obwohl dieses Bild nur sehr begrenzt der Wirklichkeit entspricht, wirkt es weit in das Leben der Menschen hinein. Krankheit, Behinderung, Alter und Sterben werden nicht mehr als Teil des Lebens angesehen, sondern als „Unglücksfälle“, die möglichst zu vermeiden bzw. mit allen Mitteln zu bekämpfen sind. Nicht umsonst ist Gesundheit nach diversen Umfragen der höchste Wert. Insofern scheint es durchaus gerechtfertigt, wenn das Geld in diesem Zusammenhang keine Rolle spielen darf. Andererseits gehen mittlerweile über 50 % aller Erkrankungen in chronische Verläufe über und manche Maximaltherapie endet in höchster Pflegeabhängigkeit. Die Angst vor dieser Abhängigkeit wiederum führt in die sehr emotional geführte Diskussion um Sterbehilfe im weitesten Sinne. Da selbstbestimmtes Leben inzwischen zum Allgemeingut gehört, wird auch die Frage nach selbstbestimmtem Sterben immer lauter – gerade angesichts der medizinischen Machbarkeiten.

Das jugendlich-dynamische Menschenbild hat auch zu Veränderungen in der Wahrnehmung der älteren Menschen geführt; das frühere Bild vom genügsamen alten Menschen, der sein Alter einfach annimmt und passiv auf das Sterben wartet, wurde abgelöst vom junggebliebenen Alten, der bis zuletzt aktiv am Leben teilnimmt. Ein neuer Wert setzte sich durch und wird heftig durch die Werbung gestützt: Die meisten Menschen möchten alt werden, ohne alt zu sein. Gestützt wird dies durch die weitgehende



Überwindung der Altersarmut; im Verhältnis zu anderen Altersgruppen verfügen die heute 60-80-Jährigen über das meiste frei verfügbare Vermögen.

Letztlich aber hat sich trotz aller Aktivität die Altersgebrechlichkeit nur verschoben in höheres Lebensalter – überwunden ist sie nicht. Im Gegenteil kommen heute wegen des höheren Lebensalters sehr viel häufiger neben der körperlichen Hinfälligkeit auch demenzielle Veränderungen und Multimorbidität hinzu. Durch die Veränderung der familiären und beruflichen Strukturen, wonach die Generationen immer mehr in getrennten sozialen Zusammenhängen leben, braucht es jetzt eine zunehmende Zahl von Einrichtungen, die Menschen hilft, die alleine nicht mehr zurechtkommen.

Heute werden – abgesehen von der zeitlich begrenzten Krankenhauspflege - noch immer knapp 70 % der Menschen von ihren Angehörigen gepflegt, vielfach mit Unterstützung von Pflegediensten, was durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ möglich gemacht wurde. Aber die Pflegezeiten sind deutlich länger geworden - oftmals mehrere Jahre – für die Angehörigen eine enorme Belastung und immer weniger sind in der Lage oder auch willens, diese Belastung auf Dauer zu tragen. Schließlich sind z.B. die „Kinder“ der Hochbetagten selbst auch nicht mehr gerade jung und teilweise gesundheitlich beeinträchtigt.

Es ist wichtig und richtig, dass alle Menschen, die Pflege brauchen, diese auch im Rahmen des Erforderlichen erhalten. Die Frage ist nur, was muss geleistet und finanziert werden, um die Menschenwürde des Einzelnen nicht zu verletzen und gleichzeitig die Solidarsysteme nicht zu sprengen.

Denn der Fortschritt hat seinen Preis:

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes stiegen die Gesundheitsausgaben von 1995 186,5 Mrd. € auf 234 Mrd. € in 2004. Das entspricht etwa 11 % unseres jährlich erwirtschafteten Bruttoinlandsprodukts. Dazu kommen etwa 18 Mrd. € an Ausgaben für Pflegeleistungen (2005) für derzeit knapp 2 Mio. Leistungsempfänger/innen.

Diese Zahlen werden in Zukunft weiter steigen, weil die Bevölkerung im Durchschnitt älter wird und die Wahrscheinlichkeit, mit zunehmendem Alter häufiger krank bzw. pflegebedürftig zu werden, sehr hoch bleibt – verschoben wird lediglich der Zeitpunkt, wann Pflegebedürftigkeit eintritt. Ob und wie viel der medizinisch-technische Fortschritt und auch deutlich verbesserte Pflegeleistungen zu einer weiteren Verteuerung beitragen, ist

noch umstritten. Jedenfalls ist nicht davon auszugehen, dass die Kosten künftig niedriger sein werden als heute – der Streit um die Gesundheitsreform zeigt sehr deutlich, wie schwer es ist, hier kostendämpfende Systemveränderungen einzuführen. Noch viel weniger traut sich die Politik klar zu sagen, was immer offensichtlicher wird: Es kann - relativ gesehen - immer weniger von dem finanziert werden, was machbar oder wünschbar ist.

Wie würdevolles Leben und Sterben angesehen werden, hat sich verändert. Das frühere Prinzip der Altenpflege: „satt – sauber – trocken“ reicht nicht mehr, immer mehr Einrichtungen gehen dazu über, vom Kunden zu sprechen. Allerdings ist der „Kunde“ ein problematischer Begriff. Als „Kunde“ gelte ich soviel, wie ich zu zahlen in der Lage oder bereit bin. Möchte ich als Pflegebedürftiger wirklich Kunde sein? Wenn ich reich bin, dann gefällt mir das vielleicht, weil ich mir jede Pflege leisten kann. Aber wenn ich arm bin? Muss ich dann auf notwendige Pflege verzichten?

Der Kundenbegriff im Pflegesektor scheint mir einer der schlimmeren Auswüchse der sog. „Ökonomisierung aller Werte“ zu sein. Er rückt nämlich eine Käufer-Verkäufer-Beziehung in den Vordergrund – diese ist abhängig davon, wie viel jemand zahlen kann und verdrängt die Leidenszustände, die in den Begriffen „Patient“ oder „Pflegebedürftiger“ sehr wohl enthalten sind. Es wird eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Helfenden und Pflegebedürftigen suggeriert, die mit der Wirklichkeit wenig zu tun hat. Umgekehrt verführt dieser Begriff manche Menschen, die auf Pflege angewiesen sind dazu, von Pflegenden eine Art Hotelservice (= jeden Wunsch erfüllen) zu erwarten, der aber im Pflegeberuf keinesfalls enthalten ist. In diesem Fall erlaube ich mir allerdings, die Kritik überwiegend an Heimleitungen und Pflegedienstleitung zu richten, die oftmals von ihre Mitarbeiter/innen genau diesen Hotelservice verlangen, statt auf genuin pflegerische Qualität zu achten.

Warum ich das alles erzähle? Ich möchte das Spannungsfeld aufzeigen, in dem sich Pflege befindet – leider habe ich Ihnen keine Lösung anzubieten:

1. Das Recht auf Selbstbestimmung, auf Autonomie hat generell einen sehr viel höheren Stellenwert als in früheren Jahren – ohne dass schon immer deutlich

- wäre, welche Konsequenzen das langfristig haben wird. Auf jeden Fall ist eine – im Vergleich zu früher – deutlich höhere Anspruchshaltung zu konstatieren.
2. Durch die demografische Veränderung sowie die medizinisch-technischen Möglichkeiten nimmt die Zahl chronisch kranker, alter und multimorbider Menschen kontinuierlich und überproportional zu, der allgemeine Pflegebedarf steigt.
  3. Die Familienpflege wird aus verschiedenen Gründen zunehmend abgelöst werden durch professionelle Pflege in spezialisierten Einrichtungen.
  4. Die öffentlichen und privaten Mittel zur Finanzierung des sich deutlich erhöhenden Pflegebedarfs sind begrenzt, es kann – auch aus Gerechtigkeitsgründen – nicht alles finanziert werden, was als wünschenswert angesehen wird.
  5. Durch die Begrenzung öffentlicher Gelder wird es vermehrt zu einer Mehr-Klassen-Pflege kommen, das heißt, wer sich aus eigener Tasche mehr als die notwendige Grundversorgung leisten kann, der wird auch mehr pflegerische Leistung erhalten – was dem Gleichheitsideal vieler Pflegenden zutiefst widerspricht.
  6. Wie in der Medizin gibt es auch in der Pflege viele neue Erkenntnisse und Verfahren, die hilfreich sind, ohne in jedem Fall notwendig zu sein. Auch die Pflege wird mehr noch als bisher lernen müssen, das Notwendige vom Wünschbaren zu unterscheiden, ohne sich allzu sehr in ihrem pflegerischen Selbstverständnis beeinträchtigt zu fühlen.
  7. Eine der wirklich negativen Auswirkungen ist in meinen Augen die Neigung, aus Gründen der Kostenersparnisse ausgebildete Pflegekräfte wieder verstärkt durch Hilfskräfte zu ersetzen und damit gefährlicher Pflege Vorschub zu leisten.

Die Grundfrage der Ethik lautet: Was soll ich tun, um gut und richtig zu handeln? Im Hinblick auf den einzelnen Menschen gilt als höchstes Prinzip die Achtung vor der Würde des Menschen, vorrangig der Achtung seiner Autonomie. Bezogen auf das Gesamtsystem Deutschland mit all seinen Institutionen, ist das oberste Prinzip die Gerechtigkeit, wobei der bisherige Schwerpunkt der Verteilungsgerechtigkeit aus meiner Sicht abgelöst werden wird von einer Bedarfsgerechtigkeit, die nur noch notwendige Grundbedürfnisse abdecken wird.