



Von der Krankheitspflege zur Gesundheitspflege

Adelheid von Stösser

Foto: ppsabay.com

Im Wortsinn verstanden, dient PFLEGE der Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit. Im Alltag erleben wir jedoch eher eine Pflege, die Krankheit behandelt und Gesundwerden erschwert. Vor allem trifft dies auf die berufliche Pflege zu, die eingebunden ist in ein kommerzielles System. Eigentlich müsste man unser Gesundheitswesen, Krankheitswesen nennen, denn es belohnt diejenigen, die den Kranken kränker und den Pflegebedürftigen bedürftiger machen. Das war schon vor Corona so und hat seither eine gefährliche Steigerung erfahren.

Wenn in den Medien und der Politik von PFLEGE gesprochen wird, ist die Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen gemeint, also Situationen in denen die primäre Funktion der Pflege, die Erhaltung der Gesundheit, bereits versagt hat. Gesundheitspflege setzt hingegen bei der Ursache an, so dass Krankheitssymptome verschwinden – ganz ohne Medikamente. Kurze Zeit gab es sogar die Berufsbezeichnung »Gesundheits- und Krankenpfleger/in«, was jedoch in der Praxis keinen Unterschied machte.

Derzeit werden Pflegekräfte generalistisch ausgebildet, wobei der Lehrplan in den ersten beiden Jahren für alle gleich ist. Erst im dritten Jahr können sie wählen zwischen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege. Letzteres hat das geringste Ansehen und Einkommen. Dabei kommt Altenpflege dem ursprünglichen und ganzheitlichen Verständnis am nächsten, da sie weniger medizinisch ausgerichtet ist. Das höchste Ansehen ge-

nießen Intensiv-Pflegefachkräfte. Denn diese kann man nicht so leicht ersetzen. Von ihrem Können hängt das »Überleben« schwerstkranker Menschen ab. Wenngleich viele der mit großem medizintechnischen Aufwand Geretteten nicht mehr aufwachen oder aber zeitlebens auf fremde Hilfe angewiesen sind. Als es die Medizintechnik noch nicht gab, brauchte es keine Patientenverfügung, um Menschen vor lebensverlängernden Maßnahmen und einem langen Dahinsiechen als intensivpflegebedürftiger Versorgungsfall zu schützen.

Was Pflegekräfte (nicht) lernen

In der Ausbildung lernen Pflegende viel über Krankheiten, diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Sie lernen wenig über Gesundheit. Als Krankenschwester mit Zusatzausbildung zur »Lehrerin für Pflegeberufe«, habe ich an einer Krankenpflegeschule (1979 – 1985) unter anderem das Fach Ernährungslehre unterrichtet. Mein Wissen bezog ich zunächst aus den üblichen Lehrbüchern. Dort steht viel über Krankenkost, auch Schonkost genannt. Besonders ausführlich wird die Diabetikerkost behandelt; wie man Kohlenhydrateinheiten (KE) berechnet und was bei der »Einstellung des Diabetes«, beachtet werden muss. Wir orientierten uns an Nährstofftabellen und stellten Menüpläne zusammen, etwa für Patienten die unter Durchfall oder Verstopfung leiden, für Adipöse oder Magersüchtige oder bei Zöliakie und anderen Unverträglichkeiten. In einer dieser Unter-

richtsstunden legte eine Schülerin, die selbst an einer Unverträglichkeit gelitten hatte, eine Broschüre von Dr. Max-Otto Bruker vor. Sie erklärte, dass sie keinerlei Beschwerden mehr habe, seit sie auf »Vollwertkost« umgestellt hat. So lernte ich »Bruker« und seine Bücher kennen und schätzen. Wir schafften es sogar, besagte Schülerin und ich, den Koch des Linzer Krankenhauses zur Teilnahme an einem Bruker-Seminar in der Lahnklinik zu bewegen. Anschließend wurde den Patienten und Personal, neben Frischkornmüsli, ein »Vollwertgericht« zur Auswahl gestellt. Leider gelang es uns nicht, die Chefsärzte von der Heilkraft vollwertiger Ernährung zu überzeugen. Diese setzten weiterhin auf Pharmazie und belächelten die Frischkostangebote eher.

Damals, vor 40 Jahren, glaubte ich noch, dass die »Ernährungslehre« nach Dr. M.O. Bruker irgendwann Eingang in die Lehrbücher für Medizin und Pflege finden würde. Inzwischen weiß ich, dass die Gesundheitsbranche von wirtschaftlichen Interessen gesteuert wird. An Gesunden kann man nichts verdienen. Die Kranken sind es, die den Umsatz bringen. Je mehr Kranke und je kränker die Kranken, desto mehr Geld. Der Gesundheitsmarkt boomt und meldet jährlich neue Rekorde. Seit Corona scheinen geschäftstüchtige Interessengruppen und Politiker das Ruder im Gesundheitssystem vollständig übernommen zu haben. Es wurden Panik verbreitet und Ängste geschürt, um der Bevölkerung Impfungen aufnötigen zu können. Wer sich nicht impfen lassen will, darf in der Pflege nicht mehr arbeiten.

Hausgemachte Pflegenotstände

Seit 30 Jahren kennen wir Schlagworte, wie: *Pflegenotstand*, *Pflege am Limit* oder *Pflegeskollaps*. Mal steht der Warnzeiger auf fünf vor zwölf, mal bereits auf fünf nach zwölf. Eine Pflegereform folgt der nächsten. Die Abstände werden immer kürzer, die Lage immer unübersichtlicher und die Unzufriedenheit steigt. 40 Prozent der Altenpflegekräfte erklärten kürzlich, aussteigen zu wollen. Dabei müssten jetzt schon viele Heime schließen, weil sie kein Personal finden. Stattdessen jedoch wurde die Fachkraftquote gestrichen. Heime beschäftigen mehr und mehr ungelerntes oder flüchtig angelerntes Personal, darunter viele Migrantinnen. Letztere werden auch deshalb gerne eingestellt, weil sie keine unnötige Zeit mit den Alten verbringen, da sie die Sprache nicht verstehen. Außerdem sind Ungelernte billiger, während für Fachkräfte demnächst Tariflöhne gezahlt werden müssen. Die Personalbesetzung in den Heimen war schon vor Corona ungenügend, jetzt fällt auch noch die Unterstützung von Ehrenamtlichen und Besuchern weg. Hauptsache alle sind geimpft und lassen sich regelmäßig boostern. Hauptsache alle tragen eine Maske und beachten die Abstandsregeln. Nie wurde so wenig Wert auf eine mensch-

liche und fachlich gute Pflege gelegt, wie jetzt. Vor diesem Hintergrund wirken die Lippenbekenntnisse und das Gerede vom Schutz der vulnerablen Gruppen, wie Spott und Hohn. Ginge es den Verantwortlichen um das Wohl der Menschen, hätten wir keinen Notstand. Unsere Gesellschaft lässt es zu, dass die Alten und Schwachen weggesperrt und medikamentös ruhiggestellt werden.

Von den mehr als 3 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland, lebt rund ein Drittel in Heimen, Tendenz steigend. Bis 2030 rechnet man mit 4 Millionen. Hinzu kommt, dass die geburtenstarken Jahrgänge, die bisher einen Großteil der Pflegearbeit gestemmt haben, ins Rentenalter kommen. Die Politik duckt sich angesichts der Dimension dieses Problems. So muss es nicht wundern, dass Stimmen lauter werden, die eine Legalisierung der Sterbehilfe fordern. Regelmäßig höre ich von Angehörigen und Pflegekräften, sie hätten bereits Vorsorge getroffen, um nicht so zu enden. Wobei diese jedoch eher an Suizid denken, als daran, ihre Gesundheit zu pflegen und so einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Das Tragische an der sich zuspitzenden Lage ist, dass sie mit sehr einfachen Mitteln entschärft und abgebaut werden könnte, was jedoch einen radikalen Gesinnungswandel auf Führungsebene voraussetzen würde. Der Gesundheitstanker müsste eine Kurskorrektur um 180 Grad vollziehen. Im Fahrwasser, in dem er jetzt unterwegs ist, erzeugt er den größten Teil des Pflegebedarfs selbst.

Operation gelungen – Patient Pflegefall

Nach Einführung der Fallpauschalen (DRGs) stieg die Zahl der Pflegefälle sprunghaft an. Die Krankenhäuser sorgen für volle Pflegeheime. Sie entlassen die alten Patienten in einem Zustand, in dem diese noch nicht ohne Hilfe zu Hause klarkommen können. Kommt heute ein alter Mensch beispielsweise mit einem Beinbruch ins Krankenhaus, wird den Angehörigen bei der Aufnahme ein Verzeichnis mit Heimen in die Hand gedrückt und geraten, sich um einen Kurzzeitpflegeplatz zu kümmern. Denn gerade alte Menschen, denen früher im Krankenhaus auf die Beine geholfen wurde, landen jetzt im Pflegeheim, weil innerhalb des kurzen DRG-Zeitfensters oft keine Reha oder häusliche Versorgung organisiert werden kann. »Operation gelungen – Patient Pflegefall«, so jedenfalls ein häufiges systembedingtes Schicksal.

Hinzu kommt das falsche Anreizsystem durch die Pflegeversicherung. Je höher der Pflegegrad, desto mehr Geld. Rehabilitation und Aktivierung, die dazu führen, dass ein geringerer Pflegegrad anerkannt wird, werden oft vermieden, weil sie eine Kürzung des Pflegegeldes zur Folge haben. *Das System belohnt jene, die die Kranken in die Betten pflegen. Es bestrafte die, die sie rausholen.*

Die Ergebnisqualität spielt keine Rolle. Leistungsanbieter erhalten auch im Schadensfall ihr Geld, Kassen übernehmen selbst dann sämtliche Behandlungskosten, wenn der Versicherte nachweislich durch den Eingriff verstarb. Das Behandlungsrisiko trägt alleine der Patient. Darum muss es nicht wundern, wenn Ärzte lukrative Behandlungen empfehlen, wohl wissend, dass es weniger riskante gibt. Die lukrativsten Patienten sind die Sterbenskranken, die Intensivpflegebedürftigen. Kliniken kalkulieren mit einer Auslastung von Beatmungsplätzen, Herzkatheterlabors etc. Sie geben Operationsquoten vor und wählen ihre Chef- und Oberärzte entsprechend aus.

Beispiel: Ein Covid-Intensivpatient an der Beatmung kann mit bis zu 30 000 Euro/Tag abgerechnet werden, ohne Beatmung sind es (nur) 5000 Euro.

Wo Zuwendung helfen würde, werden Medikamente gegeben

Die Arztpraxen sind zu 80 Prozent gefüllt mit Patienten im höheren Rentenalter. Nicht selten auch deshalb, weil alte und einsame Menschen oft keine anderen Termine mehr haben. Drei Minuten der Arzthelferin sein Leid klagen, vom Arzt eine verständnisvolle Geste, das ist mehr als gar nichts. Aber es ist zu wenig, und es ist gefährlich, weil Ärzte dazu neigen, gegen jede neue Beschwerde ein neues Mittel zu verschreiben. Wenn das eine Schlafmittel nicht mehr richtig wirkt, probiert man halt ein anderes. Im Laufe der Behandlungsjahre kommt hier einiges zusammen. Bei den vielen verschiedenen Medikamenten können alte Menschen leicht den Überblick verlieren. Kritische Ärzte gehen davon aus, dass die Multimedikation (Fehldosierung, Nebenwirkung, Wechselwirkungen, Verwechslung etc.) sogar an erster Stelle der Todesursachen stünde, würde genauer hingeschaut.

Als junge Krankenschwester hatte ich das Glück, einen internistischen Chefarzt erleben zu dürfen, der den umgekehrten Behandlungsweg ging. Dieser erklärte den Patienten: »Wir lassen erst einmal alle Medikamente weg, bis auf ... und schauen dann, wie es Ihnen geht.« Auf diese Weise konnten wir wahre Wunderheilungen beobachten. Patienten, die kaum ansprechbar oder völlig desorientiert kamen, waren nach kurzer Zeit wieder da. Um die Ausscheidung der Stoffe zu beschleunigen, erhielten sie Infusionen, Tee und Wasser. Eigentlich einleuchtend, sollte man meinen. Kosteneinsparend obendrein. Dennoch ist mir bis heute kein zweiter Klinikchef begegnet, der diesen Therapieansatz praktiziert.

Aus meiner Sicht sind Fehlbehandlung und Fehlernährung die Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit. Beispiel Diabetes: Fehlernährung führt zur Überlastung der insulinbildenden Zellen; die medikamentöse Symptom-

behandlung verursacht den chronischen Verlauf. Am Ende der so erzeugten Patientenkarriere steht oft der Pflegefall (Erblindung, offene Beine, Amputation, Rollstuhl u. a. m.)

Umstieg auf Gesundheitspflege

Aus meiner Sicht hat die Krankheit unseres Gesundheitssystems jetzt ein Palliativ-Stadium erreicht. Wobei die Politik bestenfalls Schmerzbekämpfung betreiben kann. Da wir nicht auf staatlichen Schutz hoffen können, sollten wir die Pflege der Gesundheit selbst in die Hand nehmen. Unter den Lesern des Gesundheitsberaters dürfte es niemanden geben, der das nicht längst erkannt hat. Ihnen muss ich nicht erklären, worauf es bei der Ernährung ankommt. Auch zur Haar- und Hautpflege sind Sie informiert. Ebenfalls wissen Sie um die Bedeutung der Pflege guter Beziehungen für die Gesundheit. Im Verkaufsraum des emu-Verlags steht ein umfassendes Buchsortiment zur Verfügung.

Da wir jedoch nicht auf einer Insel mit Gleichgesinnten leben, sondern in einem Land, in dem die Regeln von denen aufgestellt werden, die primär wirtschaftliche Interesse verfolgen, und die aus unserer Sicht auf dem falschen Dampfer unterwegs sind, sollten die hier zu erwartenden Schwierigkeiten ebenfalls bedacht werden.

Wir müssen auch nicht bei null anfangen. Max-Otto Bruker und andere Vorreiter haben den Weg bereitet. Sie haben das Fundament gelegt, auf dem wir ein gesundes Gebäude errichten können. Mich persönlich hat die Corona-Zeit zu einem klaren Schnitt bewogen. Ich will mich nicht länger mit den Akteuren im kranken System beschäftigen, sondern denen helfen, die das System verlassen haben und auf der Suche sind. Mein Ziel: Ich möchte die Pflege als Beruf auf ein präventives Fundament stellen. Dazu müssten die in der Krankheitspflege Ausgebildeten jedoch umgeschult werden. Schließlich soll *Gesundheitspflege* nicht nur auf dem Papier stehen, sondern praktiziert werden.

Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung wurde Anfang Juni bereits gelegt, in Form einer ersten Begegnung zwischen der Gesellschaft für Gesundheitsberatung e.V. und der Stiftung ganzheitlich Gesund. Weitere Informationen dazu erhalten Sie in der nächsten Ausgabe. ●

Zur Person: Adelheid von Stösser ist seit inzwischen 50 Jahren beruflich für die Pflege deutschlandweit aktiv. Zunächst als Krankenschwester, dann als Lehrerin für Pflegeberufe, später als »Referentin für Gesundheits- und Krankenpflege« und in den letzten 17 Jahren als Vorsitzende der Pflegeethik-Initiative Deutschland e.V. Internet: www.pflegeethik-initiative.de