

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

RESEARCH

Jasmin Lehmann

# Einsatz überwachender Technologien bei Demenz



Springer VS

---

# **Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft**

## **Reihe herausgegeben von**

Ernst-Wilhelm Luthe, Institut für angewandte Rechts- und Sozi, Ostfalia  
Hochschule, Wolfenbüttel/Oldenburg, Niedersachsen, Deutschland

John N. Weatherly, NEWSTAND Management Akademie, Berlin, Deutschland

Der Gesundheitssektor ist in politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Hinsicht eine einzige Herausforderung. In entwickelten Gesellschaften wird er zunehmend zum eigentlichen Motor für wirtschaftliches Wachstum, enthält er als Kostentreiber gleichzeitig viel politischen Sprengstoff und ist er für die Zukunft einer alternden Gesellschaft schlechthin konstitutiv. Vor allem aber ist der Gesundheitssektor viel mehr als bloße Krankenbehandlung: als *Prävention*, *Rehabilitation* und *Pflege* verweist er auf den gesamten ihn umgebenden sozialen Kontext, als *Organisation* auf ein in steter Veränderung begriffenes System der Koordination und Vernetzung von Behandlungsleistungen und als *medizinisches Experimentierfeld* auf die Grenzen dessen, was von Politik und Gesellschaft noch verantwortet werden kann. Der Gesundheitssektor ist nach allem ein Thema, das nicht nur Medizinern vorbehalten sein kann und zweifellos auch Politiker, Juristen, Betriebs- und Volkswirte, Sozialwissenschaftler sowie zahlreiche weitere Disziplinen betrifft. Mit wachsender Einsicht in die Komplexität des Gegenstandes aber ist mittlerweile deutlich geworden, dass auch dies nicht reicht. Wer den Gesundheitssektor verstehen und hier wirksam handeln will, für den ist der isolierte Blickwinkel einer einzigen Fachdisziplin grundsätzlich unzureichend. Mehr denn je ist der kombinierte Sachverstand gefragt. Dies ist für die neue Buchreihe tonangebend. Leitbild ist der *interdisziplinäre Diskurs* auf der Suche nach Lösungen für einen in der Gesamtheit seiner Strukturen und Prozesse nur noch schwer zu durchdringenden Gesellschaftsbereich. In dieser Hinsicht wäre bereits viel gewonnen, wenn es gelänge, einen Blick über den eigenen Tellerrand zu werfen und divergierende Perspektiven zusammenzuführen. Ein Dankesgruß in die Zukunft sei bereits jetzt an alle Leser und Autoren gerichtet, die mit konstruktiver Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschlägen und natürlich eigenen Publikationen einen persönlichen Beitrag zum Gelingen der Buchreihe und damit letztlich zur Fortentwicklung des Gesundheitssektors leisten wollen.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/11770>

---

Jasmin Lehmann

# Einsatz überwachender Technologien bei Demenz



---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	1
1.1	Problemstellung und Relevanz .....	1
1.2	Fragestellung(en) und Zielsetzung .....	4
1.3	Aufbau der Arbeit .....	5
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b> .....	7
2.1	Pflege im 21. Jahrhundert: zur Ausgangssituation in Deutschland .....	7
2.1.1	Entstehung und Entwicklung des deutschen Pflegesystems .....	8
2.1.2	Pflege 2.0: Die „Hightech-Strategie“ des Bundes .....	16
2.1.3	Zur Terminologie und der Bedeutsamkeit perspektivischer Multidimensionalität .....	20
2.2	Aktivitätsmonitoring in Pflege- und Betreuungsprozessen .....	24
2.2.1	Aktivitätsmonitoring: Definition und Erläuterung .....	25
2.2.2	Sogenannte Demenz .....	28
2.2.3	Einblick in die Möglichkeiten der Technik .....	34
2.3	ELSI-Aspekte des Einsatzes von Überwachungstechnologien .....	39
2.3.1	Ethische Fragen .....	39
2.3.2	Rechtslage und Datenschutz .....	49
2.3.3	Soziale Folgen .....	58
2.4	Pflege im Quartier .....	61
2.4.1	Lebenswelt, Sozialraum und Quartier .....	61
2.4.2	Überlegungen zu Terminologie und Konzeptualisierungsbestrebungen .....	69

2.4.3	Nachbarschafts- und Quartierskonzepte .....	73
2.5	Gesellschaftstheoretische Ansätze der Überwachungsthematik .....	84
2.5.1	„ <i>Technik und Wissenschaft als Ideologie</i> “ (Jürgen Habermas, 1968) – Zusammenfassung .....	87
2.5.2	„ <i>Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses</i> “ (Michel Foucault, 1975) – Zusammenfassung .....	93
2.5.3	„ <i>Postskriptum über die Kontrollgesellschaften</i> “ (Gilles Deleuze, 1990) – Zusammenfassung .....	98
2.5.4	Relevanz für die vorliegende Untersuchung .....	101
2.6	Zusammenfassung .....	106
<b>3</b>	<b>Zum Forschungsstand</b> .....	109
3.1	Einschlägige theoretische Abhandlungen .....	109
3.2	Empirische Untersuchungen .....	127
3.3	Zusammenfassung .....	148
<b>4</b>	<b>Qualitative Untersuchung</b> .....	151
4.1	Zielsetzung und Methodik .....	151
4.1.1	Fragestellung(en) .....	151
4.1.2	Erkenntnisinteresse .....	152
4.1.3	Ziel der Untersuchung .....	153
4.1.4	Datengewinnung .....	154
4.1.5	Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse nach Meuser und Nagel .....	160
4.1.6	Zum Begriff der Lebensqualität .....	161
4.2	Darstellung der Ergebnisse der Expertenbefragungen .....	167
4.2.1	Sogenannte Demenz und Freiheitsentzug .....	167
4.2.2	Ethische und rechtliche Aspekte des Einsatzes von Überwachungstechnologien bei sogenannter Demenz ....	169
4.2.3	Technisierung der Pflege .....	175
4.2.4	Überwachung und Gesellschaft .....	178
4.3	Fallstudien .....	181
4.3.1	Familien .....	181
4.3.2	Einrichtungen .....	229

---

<b>5 Diskussion</b> .....	249
5.1 Auswirkungen des Einsatzes von Überwachungstechnologien auf die Lebensqualität von Menschen mit sog. Demenz .....	249
5.2 Ambivalenz von Überwachungstechnologien und Selbstbestimmung .....	259
5.3 Praktiken und Legitimierungsstrategien .....	275
5.4 Quartiersentwicklung in inklusiven Gemeinwesen .....	281
5.5 Limitationen .....	286
<b>6 Ableitung von Implikationen</b> .....	289
6.1 Implikationen für die weitere Forschung .....	289
6.2 Implikationen für die Politik .....	293
6.2.1 Implikationen für die Bundespolitik .....	293
6.2.2 Implikationen für die kommunale Politik .....	295
6.3 Implikationen für Design und Entwicklung .....	297
<b>7 Ertrag und Ausblick</b> .....	303
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	309



# Einleitung

# 1

## 1.1 Problemstellung und Relevanz

Ein großer Teil der wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Alter und Technik weist bereits zu Beginn der Einleitung darauf hin, dass sich aktuell ein demografischer Wandel vollzieht. In der Regel werden die genauen Hintergründe beschrieben und statistische Belege vorgetragen. Zudem wird dann meist auf den Zusammenhang zwischen (hohem) Alter und Pflegebedürftigkeit und auf das sich zuspitzende Problem des Fachkräftemangels verwiesen. Im Weiteren dienen entsprechende Ausführungen zumeist als Basis für die Legitimation einer Technisierung<sup>1</sup> von Alter und Pflege. Sicherlich: Deutschland altert, dies zeigt sich allein schon an der Bevölkerungsfortschreibung, zudem führen die Veränderungen der Altersstrukturen zu ernsthaften Problemen, für die es möglichst schnell tragfähige Lösungen zu erarbeiten gilt. In dieser Arbeit wird dennoch bewusst darauf verzichtet, den demografischen Wandel zum Ausgangspunkt der Argumentation zu machen.

Mit dieser Entscheidung sollen der stattfindende demografische Prozess und die mit diesen verbundenen Konsequenzen nicht verharmlost werden. Alternde

---

<sup>1</sup> Der Begriff der „Technik“ (von gr. τέχνη [technē], zu dt. etwa „Können mit den Händen“, „Können mit dem Geist“, „das, was durch Können entsteht“) und der der „Technologie“ (von gr. τέχνη und λόγος [lógos], zu dt. „Wort“, „Rede“), der im engeren Sinne für die „Lehre von der Technik“ steht, werden in der vorliegenden Arbeit – wie im allgemeinen und im wissenschaftlichen Sprachgebrauch größtenteils üblich – synonym verwendet. Es wird davon ausgegangen, dass die Unterscheidung für den hier gegebenen Forschungszusammenhang nicht wesentlich ist und darüber hinaus an vielen Stellen nicht trennscharf unternommen werden könnte.

Gesellschaften sind in vielerlei Hinsicht ein anzuerkennendes Problem, nicht nur hierzulande, sondern weltweit. Auch stellt es zweifellos eine gravierende Veränderung im Leben einer Person dar, einen Pflegebedarf zu entwickeln. In vielen Fällen ergeben sich schwerwiegende Einschränkungen und ungekannte Abhängigkeiten. Ein personell bedingter Mangel an Unterstützung ist für Menschen mit Pflegebedarf unzumutbar. Dass im Bereich der Pflege zunehmend technische Geräte eingesetzt werden, lässt sich also gut begründen. Doch auch wenn der demografische Wandel und der Pflegenotstand nicht erfunden sind, bleibt festzuhalten, dass es sich bei allen hierzu im Raum stehenden Prognosen lediglich um Vermutungen handelt. Zudem können Hinweise auf die aktuelle und die zu erwartende Situation nicht ohne Weiteres als hinreichende Argumente für eine technische Aufrüstung des Bereichs betrachtet werden. Über die gängigen Legitimationsbestrebungen gerät die Suche nach weiteren Möglichkeiten zur Entschärfung des Problems des Fachkräftemangels zusehends in den Hintergrund.

Da die Integration technischer Innovationen ins Pflegesystem nicht nur mit Chancen, sondern auch mit zahlreichen Gefahren verbunden ist, kann sie nicht selbstverständlich als erstrebenswert betrachtet werden. Stattdessen ist der zur Bewältigung des demografischen Wandels eingeschlagene Weg, d. h. die Technisierung von Alter und Pflege, dringend auf seine ethische Legitimation hin zu überprüfen. Eine solche Überprüfung *muss* stattfinden, darf aber dennoch nicht darauf abzielen, den Einsatz unterstützender Technologien prinzipiell schlecht zu reden oder gar zu verhindern. Der technische Wandel lässt sich nicht aufhalten und ist trotz aller Gefahren, die von ihm ausgehen, auch als Möglichkeit dazu zu begreifen, ein inklusives Miteinander zu gestalten. Es geht also vielmehr darum, ethische, praktische, soziale und ökonomische mit dem Technikeinsatz verbundene Probleme zu erfassen und zu bearbeiten, um Entwicklungs- und Implementierungsprozesse intendiert steuern und soziale Räume zukunftsfähig gestalten zu können. Dazu gehört es auch, von der Förderung solcher Prozesse abzulassen, die offenbar zu unerwünschten Entwicklungen führen und stattdessen weiter nach alternativen Lösungen, auch nicht-technischer Art, Ausschau zu halten. Eine unerwünschte Entwicklung bestünde beispielsweise darin, dass Automatisierungsprozesse dauerhaft fortgesetzt werden und es etwa im Bereich der Pflege auf lange Sicht zu einer vollständigen Loslösung von menschlicher Zuwendung kommt. Eine solche Entwicklung gilt zwar als unwahrscheinlich, es ist aber durchaus denkbar, dass es nachfolgenden Generationen alltäglich erscheint, was heute noch als ethisch problematisch betrachtet wird. Dies betrifft auch andere Situationen, in denen der Einbezug von Technik theoretisch möglich wäre.

Obwohl die Auswirkungen des Einsatzes assistiver Technologien in vielen Fällen noch nicht ausreichend erforscht sind, herrscht in der wissenschaftlichen Literatur tendenziell eine optimistische Grundstimmung. In den meisten Fällen wird bei aller Euphorie auf die Existenz ethischer Fragen aber zumindest hingewiesen. Auffallend skeptisch wird der Einsatz solcher Technologien betrachtet, die speziell zur Überwachung, d. h. zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe personenbezogener Daten konzipiert sind (vgl. Heeg et al. 2007; Sowinski/Kirchen-Peters/Hielscher 2013; Heinze 2018, 22; Lehmann et al. 2018; Quinn et al. 2015, Manzeschke et al. 2013). Der Bereich wirft eine Vielzahl an komplexen ethischen Fragen auf, erstens, weil mit der Überwachung einer Person eine Beeinträchtigung ihrer Privatsphäre einhergeht und zweitens, weil es sich bei den Nutzern technischer Produkte dieser Art häufig um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen handelt. *„Pflege ist zwar grundsätzlich mit Überwachung verbunden, die Tatsache, dass ‚care surveillance‘ [...] durch den Einsatz moderner Technologien in ganz neuem Ausmaß möglich wird, besitzt aber dennoch ethische Relevanz“* (vgl. Lehmann et al. 2018), nicht nur in Hinblick auf die Frage nach der Gestaltung gesellschaftlichen Zusammenlebens, sondern auch auf Ebene von Einzelfallentscheidungen, die insbesondere dann auf Basis differenzierter Betrachtungen und Einschätzungen zu fällen sind, wenn zu überwachende Personen in Hinblick auf den Einsatz von Technik keine informierten Entscheidungen mehr treffen können. Dies ist häufig dann der Fall, wenn eine dementielle Erkrankung besteht, was mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher wird (vgl. DALzG 2020, 1).

Für oder gegen den Einsatz überwachender Technologien bei Demenz wird tendenziell oberflächlich und ohne aussagekräftige empirische Grundlage argumentiert (vgl. Heeg et al. 2007, 11). Dazu passt, dass IKT-basierte Lösungen dieser Art zunehmend Einzug in den Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz halten, obwohl in vielerlei Hinsicht Unklarheiten bestehen. Auf der einen Seite bieten die neuen Technologien zwar enormes Potential, Betroffenen eine selbstbestimmte(re) Lebensweise und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. So können sich beispielsweise Menschen mit eingeschränkter Orientierung unter Zuhilfenahme eines GPS-Tracking-Systems unbegleitet in ihrem Wohnquartier bewegen, ohne dass für sie ein hohes Risiko besteht, nicht mehr zurück nachhause zu finden. Auf der anderen Seite aber können Menschen mit Demenz gerade in fortgeschrittenen Stadien die Konsequenzen eines Technikeinsatzes in vielen Fällen nicht einschätzen. Mitunter werden sie gar nicht erst darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie sich in einer Überwachungssituation

befinden. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Je nachdem, welche Umstände gegeben sind und welche Intentionen hinter der Überwachung stehen, ist ein solches Vorgehen prinzipiell menschenrechtlich bzw. ethisch fraglich.

---

## 1.2 Fragestellung(en) und Zielsetzung

Bisher gibt es kaum empirische Untersuchungen, die sich mit technisch-basierten Überwachungspraktiken in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auseinandersetzen. Auch darüber, welche Auswirkungen sich durch verschiedene Varianten elektronischer Überwachung langfristig für Betroffene ergeben, ist bisher wenig bekannt. Besonders empirisch gestützte Beiträge mit gesellschaftstheoretischem Bezug sind rar, sodass für eine Einschätzung der Situation und Gestaltung von Rahmenbedingungen Anknüpfungspunkte und ethische Maßstäbe fehlen. Die vorliegende Arbeit befasst sich auf Basis einer qualitativen Studie mit den ethischen Rahmenbedingungen elektronischer Überwachung bei Demenz. Folgende Forschungsfragen wurden im Vorfeld formuliert:

1. Welche Auswirkungen hat der Einsatz überwachender Technologien längerfristig auf die subjektiv empfundene Lebensqualität von Menschen mit Demenz?
2. Kann der Einsatz überwachender Technologien tatsächlich zu einer Erhöhung des Maßes an Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz beitragen (oder verringert die permanente Kontrolle dieses letztendlich)?
3. Welche Motive, Auffassungen, Einstellungen und Herangehensweisen werden in Theorie und Pflegepraxis in Bezug auf den Einsatz überwachender Technologien bzw. den bewussten Verzicht darauf vertreten?
4. Welche Voraussetzungen müssen auf Quartiersebene geschaffen werden, damit der Einsatz kontrollierender unterstützender Technik die Möglichkeiten von Menschen mit Demenz zu gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipation erweitern kann?

Die Beantwortung dieser Fragen zielt darauf ab, anhand einer multidimensionalen, die Perspektive Betroffener einschließenden Betrachtung der Potentiale und Risiken des Einsatzes überwachender Technologien für Menschen mit Demenz Aufschluss darüber zu geben, (1) welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit die Etablierung derartiger Technologien den ethischen Grundsätzen der Gesellschaft gerecht werden kann, (2) an welche Bedingungen eine erfolgreiche, d. h. diesen ethischen Maßstäben entsprechende Integration ins

Pflegesystem geknüpft ist, (3) welche bisher nicht bedachten Aspekte dabei berücksichtigt werden müssen und (4) welche Aufgaben eine gezielte Steuerung dieses Prozesses für die wissenschaftliche Forschung, die (kommunale) Politik – hier explizit für eine integrierte sozialräumliche Planung – sowie für das Design und die Entwicklung entsprechender technischer Produkte mit sich bringt.

---

## 1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel, Einleitung und Fazit eingeschlossen.

Nach der Einleitung wird in Kapitel II zunächst der theoretische Rahmen der Arbeit dargelegt und beleuchtet. Hierzu wurden sechs Unterkapitel gebildet. Das *erste Unterkapitel* befasst sich mit dem gesellschaftlichen Bereich der Pflege. Es enthält eine kurze Einführung in die Entstehungsgeschichte des deutschen Pflegesystems, zudem wird der Blick auf die heutige Situation gerichtet. Im Fokus steht dabei die Frage, wie das als *soziales* verstandene „Problem Alter(n)“ vonseiten der Gesellschaft bzw. des Sozialstaates bearbeitet wird. Das *zweite Unterkapitel* trägt den Titel „Aktivitätsmonitoring in Pflege und Betreuungsprozessen“. Neben einer Begriffsdefinition umfasst es eine Einführung zum Thema Demenz, die eine Auseinandersetzung mit dem „Syndrom Demenz“ sowie Überlegungen zur Art und Weise des Umgangs mit Betroffenen enthält. Zudem wird ein Einblick in die Möglichkeiten der Technik gegeben. Im *dritten Unterkapitel* werden die „ELSI-Aspekte“ des Einsatzes von Überwachungstechnologien beleuchtet. Hierbei handelt es sich um die „Ethical, Legal and Social Implications“, die der (systematische) Einsatz mit sich bringt. Der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und der Betrachtung der Rechtslage geht jeweils ein kurzer Exkurs voran, der als für die weitere Bearbeitung der Fragestellung relevant erachtet wird. Im ersten Exkurs wird der Frage nachgegangen, ob bzw. wofür Gesellschaften ethische Prinzipien benötigen, der zweite Exkurs befasst sich mit sog. „natürlichen“ Rechten. Das *vierte Unterkapitel* widmet sich der sozialräumlichen Dimension von Pflege. Es umfasst eine Auseinandersetzung mit den Begriffen „Lebenswelt“, „Sozialraum“ und „Quartier“ sowie Überlegungen zur in der Pflege/der Sozialen Arbeit verwendeten Terminologie und hiermit in Verbindung stehenden Konzeptualisierungstendenzen (anknüpfend an Gronemeyer und Jurk 2017). Außerdem werden drei konkrete Nachbarschafts- bzw. Quartierskonzepte vorgestellt: das der „*Sorgenden Gemeinschaft*“, das der „*KDA-Quartiershäuser*“ und das der „*demenzfreundlichen Kommune*“. Im *fünften Unterkapitel* werden gesellschaftstheoretische Ansätze zur Reflexion der Überwachungsthematik vorgestellt. Drei verschiedene Arbeiten wurden ausgewählt: „*Technik und Wissenschaft als*

*Ideologie*“ (1968) von Jürgen Habermas, „*Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*“ (1975) von Michel Foucault und „*Postskriptum über die Kontrollgesellschaften*“ (1990) von Gilles Deleuze. Es wird jeweils eine Zusammenfassung in enger Orientierung am Originaltext gegeben, anschließend wird die Relevanz der dargelegten Ausführungen für die Bearbeitung der Fragestellung betrachtet. Im *sechsten Unterkapitel* erfolgt eine kurze Zusammenfassung.

Kapitel **III** befasst sich mit dem Stand der Forschung. Es enthält einen Überblick über einschlägige theoretische Abhandlungen sowie empirische Untersuchungen und schließt mit einer Zusammenfassung ab.

Kapitel **IV** widmet sich der durchgeführten qualitativen Untersuchung. Im *ersten Teil* des Kapitels werden die Zielsetzung und die Methodik vorgestellt. Die Untersuchung setzt sich aus Experteninterviews und Fallstudien zusammen. Im Rahmen der Fallstudien kamen problemzentrierte Interviews in Anlehnung an Witzel (1985) zum Einsatz. Die Auswertung sowohl der Experteninterviews als auch der problemzentrierten Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalysen nach Meuser und Nagel (1991). An den Expertenbefragungen nahmen sechs zum Teil ausgewiesene Expertinnen und Experten teil: (1) der Leiter einer geschlossenen Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz und gleichzeitig Vorsitzende einer lokalen Alzheimergesellschaft, (2) die Leiterin einer Tagespflegeeinrichtung und gleichzeitig Vorsitzende einer lokalen Alzheimergesellschaft, (3) einer der beiden Begründer des „Werdenfelser Weges“, der gleichzeitig Betreuungsrichter am Amtsgericht Garmisch-Patenkirchen ist, (4) ein Mitglied des Deutschen Ethikrates, (5) eine Professorin für öffentliches Recht, Rechtsphilosophie, Völkerrecht und Bildungsrecht und (6) ein Wohnberater mit IHK-Qualifikation „AAL-Berater“. An den Fallstudien nahmen vier Familien (Fälle A – D) und zwei stationäre Pflegeeinrichtungen (Fälle E und D) teil. Was die Familien betrifft, so wurden sowohl Betroffene als auch deren Angehörige befragt (bis auf Fall D, hier wurde nur der Ehemann der Betroffenen befragt, da sie selbst nicht mehr über ihre Sprachfähigkeit verfügt). Insgesamt fanden im Rahmen der Fallstudien drei Befragungen pro Person statt, jeweils im Abstand von 6 Monaten. Im *zweiten Teil* des Kapitels erfolgt die Präsentation der Untersuchungsergebnisse.

In Kapitel **V** werden die Untersuchungsergebnisse interpretiert, zu Ergebnissen ähnlicher empirischer Untersuchungen sowie ausgewählter theoretischer Überlegungen in Bezug gesetzt und in Hinblick auf ihre Bedeutung und Relevanz diskutiert. Dabei werden nacheinander die vier Forschungsfragen beantwortet.

Im **VI.** Kapitel werden erste Implikationen formuliert, die sich für die weitere Forschung, die Politik sowie die Entwicklung und das Design von Überwachungstechnologien für den Einsatz bei Demenz ergeben.

In Kapitel **VII** wird abschließend ein Fazit gezogen.



## 2.1 Pflege im 21. Jahrhundert: zur Ausgangssituation in Deutschland

In Deutschland leben aktuell über 4 Millionen Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, 19). Zwar lassen sich hinsichtlich der weiteren Entwicklung keine genauen Prognosen stellen, es ist aber unumstritten, dass die Anzahl in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen wird (vgl. TAB 2018, 9; Krings et al. 2014, 74; BMFSFJ 2016a, 22; Hielscher/Nock/Kirchen-Peters 2015, 9; Manzeschke et al. 2013, 10; Graf 2018, 1). Teil I der Grundlagen befasst sich mit den Herausforderungen, die sich hieraus bereits ergeben haben und noch ergeben werden. Da äußerst vielfältige Faktoren wie z. B. gesellschaftliche Transformationsprozesse, politische Entscheidungen sowie andere Gesellschaftsbereiche die Geschehnisse und Entwicklungen im Bereich der Pflege auf komplexe Art und Weise beeinflussen, können dabei nicht alle Zusammenhänge erfasst bzw. veranschaulicht werden. Die Darstellung hier konzentriert sich daher auf die Frage, wie das seit Langem als *soziales* verstandene „Problem Alter(n)“ vor dem Hintergrund der sich zuspitzenden Situation von gesellschaftlicher bzw. von sozialstaatlicher Seite angegangen wird. Besonderes Augenmerk wird auf die Fragen gerichtet, welche Strategie(n) der Bund zur Lösung des Problems Pflegefachkräftemangel verfolgt und welche alternativen Herangehensweisen denkbar wären.

Da die gegenwärtige Situation als Ergebnis vorangegangener Entwicklungsprozesse zu verstehen ist, wird als Einstieg in die Thematik zunächst eine kurze

Einführung in die Entstehungsgeschichte des deutschen Pflegesystems gegeben<sup>1</sup>. Im Anschluss an die entwicklungsgeschichtliche Einführung wird der Blick auf die Spezifik der heutigen Situation und damit auf die Technisierung des Pflege-sektors gerichtet. Den Abschluss bilden einige Überlegungen zur feldtypischen Terminologie sowie zur Bedeutsamkeit perspektivischer Multidimensionalität.

### **2.1.1 Entstehung und Entwicklung des deutschen Pflegesystems**

Wenngleich die Pflegeversicherung in Deutschland erst im ausgehenden 19. Jahrhundert eingeführt worden ist, basiert das Pflegesystem auf einer langen Vorgeschichte. Diese reicht zurück bis ins Mittelalter und beginnt mit der Errichtung erster Spitäler zur Versorgung armer und/oder kranker Menschen jeden Alters. In den an Klöster und Kirchen angegliederten Einrichtungen konnten Schutzsuchende unterkommen und bei Bedarf bis an ihr Lebensende verweilen. Als Gegenleistung mussten sie mitunter, sofern es ihnen möglich war, anfallende Arbeiten verrichten. Obwohl sich der Großteil der Versorgten in einem höheren Lebensalter befand, galt Alter(n) in dieser Zeit nicht als Problem von gesellschaftlichem Belang. Die Lebenserwartung der breiten Bevölkerung betrug bis ins 18. Jahrhundert hinein durchschnittlich rund 30 Jahre, sodass alte und hochaltrige Menschen lediglich eine vergleichsweise kleine Gruppe darstellten. Ihre Versorgung wurde aus diesem Grund allenfalls als „spezifische Form der Armenpflege“ (Riedel 2007, 30) wahrgenommen, pflegerische Tätigkeiten in begüterten Schichten wurden von einfachen Hausangestellten ohne Ausbildung ausgeführt (vgl. ebd., 30 ff.).

Als der Bedarf an „Pflegeplätzen“ wie denen in den Spitälern im 18. Jahrhundert langsam anstieg, kristallisierten sich speziellere Tätigkeitsanforderungen heraus, und erste Schulungen für entsprechendes Personal wurden konzipiert und durchgeführt (vgl. ebd., 31). Das durch die Aufklärung geprägte Motiv der institutionellen Arbeit in diesem Bereich bestand im Wesentlichen darin, Menschen mit Unterstützungsbedarf fernab der „intakten“ Öffentlichkeit unterzubringen und zu verwahren.

Im Zuge der Industrialisierung, die zu gravierenden sozialen Verschiebungen führte, geriet die Gruppe der Älteren vielfach in eine zunehmend prekäre Lage.

---

<sup>1</sup> Die Basis für die Darstellung bietet die Arbeit „Professionelle Pflege alter Menschen. (Alten-)pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reform der Pflegeberufe“ (Riedel 2007), die einen detaillierten Überblick über die Entwicklung bis zum beginnenden 21. Jahrhundert enthält.

Zum einen gingen mit der Abkehr von den traditionellen, agrarwirtschaftlich geprägten Produktionsweisen strukturelle Veränderungen innerhalb der Institution Familie einher, die auch dadurch mitbedingt wurden, dass die Mitglieder jüngerer Generationen vermehrt in urbane Gebiete umsiedelten. Zum anderen waren die Arbeitsanforderungen in den aufrüstenden Fabriken im Alter kaum noch zu erfüllen, sodass der Großteil alter Menschen aufgrund noch fehlender sozialer Absicherung bald hohen Armutsrisiken ausgesetzt war. Gleichzeitig nahm auch das gesellschaftliche Ansehen älterer und alter Menschen ab; anstelle von Erfahrungswissen waren nun Jugend, Tatkraft und v. a. Leistungsfähigkeit gefragt (vgl. Riedel 2007, 32; Holz 1987, 12; Perrig-Chiello/Höpflinger 2009, 25). Da aber einerseits die Lebenserwartung stetig zunahm und das Problem Altersarmut in der Gesellschaft damit alsbald kollektiv geteilt wurde, andererseits die wachsende Arbeiterbewegung immer wirksamer die Machtfrage stellte, galt die Situation alter, pflegebedürftiger Menschen zusehends als Teil der *Sozialen Frage*, die sowohl durch privat-wohltätiges als auch durch sozialstaatliches Eingreifen zu regeln war (vgl. Riedel 2007, 32; Brakelmann 1966).

Seine Anfänge fand das deutsche System der sozialen Sicherung mit der Einführung von Unfall-, Kranken-, Alters- und Invaliditätsversicherung im ausgehenden 19. Jahrhundert (vgl. Benz et al. 2015). Parallel setzten im Bereich der sozialen Unterstützung Institutionalisierungsprozesse ein, die auch den Bereich der Altenhilfe nachhaltig prägten und ihm dabei ein zunehmend spezifisches Profil verliehen. In den Städten entstanden zahlreiche Altenheime, die sich über die Zeit wiederum zu den drei Einrichtungstypen Wohnheim, Altenheim und Pflegeheim zu spezialisieren begannen (vgl. Riedel 2007, 38). Einen wesentlichen Teil zur Profilierung der stationären Altenpflege trugen die ebenfalls seit Mitte des 19. Jahrhunderts sich gründenden Wohlfahrtsverbände (z. B. Innere Mission 1848, Caritasverband 1897<sup>2</sup>) bei, aus deren Wirken heraus sich auch die ambulante Pflege entwickelte (bis in die 1970er Jahre hinein nahm diese Versorgungsform allerdings keine bedeutsame Rolle ein) (vgl. ebd., 33 ff.).

Nach dem Ersten Weltkrieg nahmen Altersarmut und der Bedarf an Pflegeplätzen drastisch zu. Zudem spitzte sich die Situation für alte Menschen auch durch die altersdemografische Entwicklung bzw. dadurch weiter zu, dass das mit Beginn des Jahrhunderts erstmals verzeichnete Phänomen der Alterung der Gesellschaft sowohl in der Wissenschaft als auch in der Politik auf breites Interesse stieß. Die Angst vor einer „*Schrumpfung und Überalterung des Volkskörpers*“ (Burgdörfer 1932 in Bryant 2011, o. S.) entfachte einen regelrechten Jugendkult, sodass

---

<sup>2</sup> zur Geschichte der Freien Wohlfahrtspflege siehe: Boeßenecker, K.-H. (1998): Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Münster

das Alter(n) aus einem vor allem an Defiziten orientierten Blickwinkel heraus betrachtet wurde. Mit dem Naziregime fand diese Entwicklung ihren Höhepunkt: Pflegebedürftige alte Menschen galten als unerwünschter „Ballast“, der die Gesellschaft unnötig beschwerte (vgl. Bryant 2011, o. S.). Um die Alterung der Gesellschaft auszubremsen, wurden in Pflegeeinrichtungen sogar mitunter Gerontozide unternommen (vgl. ebd.).

Während des Zweiten Weltkriegs wurden stationäre Unterbringungen hauptsächlich zu dem Zweck unternommen, Wohnraum für jüngere Generationen zu gewinnen. Überbelegungen auf der einen und durch den Krieg bedingter Personal-mangel auf der anderen Seite führten dazu, dass sich in den „*Verwahranstalten*“ (Michell-Auli/Sowinski 2012, 15) katastrophale Zustände ergaben (vgl. Michell-Auli/Sowinski 2012, 15; Riedel 2007, 33). Begünstigt wurde diese Entwicklung auch dadurch, dass das *Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege* (1938) in den Einrichtungen keine Gültigkeit besaß, da Pflege hier nicht regelhaft unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle durchgeführt wurde. In einigen Heimen war letzten Endes kaum noch Personal mehr verfügbar, sodass die Bewohner sich selbst überlassen blieben (vgl. Riedel 2007, 44).

In der Nachkriegszeit setzten im Bereich der sozialstaatlichen Unterstützung, so auch im Bereich der Altenhilfe, tiefgreifende Umstrukturierungsprozesse ein. Die 1950er Jahre können dabei als Anfänge einer sozialen Altenpolitik bezeichnet werden (vgl. ebd., 30). Mit der Reform der Rente (1957) und der Verabschiedung des *Bundessozialhilfegesetzes* (1961) sollte eine Abkehr vom Fürsorgegedanken und damit ein grundlegender Paradigmenwechsel in die Wege geleitet werden. Alte Menschen, die noch immer in hohem Maße Diskriminierungen und Stigmatisierungen ausgesetzt waren, sollten stärker in die Gesellschaft einbezogen werden. Während der Fokus der politischen Bemühungen zuvor auf der materiellen Absicherung gelegen hatte, richtete er sich nun zunehmend auch auf pädagogische/sozialarbeiterische Fragestellungen (vgl. Holz 1987, 16). Zugleich wurde das Subsidiaritätsprinzip gesetzlich verankert, das insbesondere die Stellung der Freien Wohlfahrtspflege als Träger der Altenhilfe stärkte, wobei sich bereits mit der Einführung der Vollzeitbeschäftigung erste Schwierigkeiten in der Umsetzung zeigten. Die Frage nach den für die Pflege der alten Generation benötigten Kräften drängte nach wie vor und erzeugte zunehmenden Handlungsdruck, da sich die Ordensschwestern und Diakonissen, die pflegerische Tätigkeiten ehemals in allen Einrichtungsbereichen übernommen hatten, verstärkt auf die medizinisch ausgerichtete Arbeit in den Krankenhäusern konzentrierten und aus der Altenhilfe zurückzogen (vgl. Riedel 2007, 154).

Der Staat, der seiner Funktion als „*steuerndes und regulierendes Element*“ (Holz 1987, 1) der Gesellschaft ab den 1960er Jahren immer umfangreicher nachkam, reagierte auf die gegebenen Umstände mit einer Forcierung der Bemühungen, die Altenpflege zu einem eigenständigen, möglichst attraktiven Beruf zu formen. Die Initiative zur Durchführung erster Lehrgänge ergriff dabei die Wohlfahrtsverbände. 1961 fand die Gründung der ersten Altenpflegeschule in Nürtingen-Obersingen in Württemberg statt (vgl. Riedel 2007, 156). Eine Vereinheitlichung der im Weiteren zahlreich konzipierten Ausbildungen zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger wurde allerdings erst im Jahr 2003 unternommen. Ein weiterer wichtiger Grundstein für die Entwicklung der (stationären) Altenhilfe wurde zunächst 1974 mit der Verabschiedung des Bundesheimgesetzes gelegt, wobei die Heimgesetzgebung (ordnungsrechtlicher Teil) seit der Föderalismusreform 2007 Ländersache ist. Auch der Erlass der Heimmindestbauverordnung im Jahr 1978 hat die Entwicklung des Bereiches maßgeblich beeinflusst (vgl. ebd., 53).

In den 1970er Jahren differenzierte sich der Pflegesektor auch insofern weiter aus, als dass das Konzept der *ambulanten* Pflege, dem bis dahin wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht worden war, von der Politik wiederentdeckt und systematisch in die Versorgungspraxis integriert wurde. Neben den Leistungen der stationären Pflege berücksichtigte die Krankenversicherung zunehmend auch solche, die in der Häuslichkeit erbracht wurden (vgl. Slotala 2011, 18). Die Idee hinter dem Ausbau der ambulanten Pflege bestand darin, eine Verlagerung der medizinischen Akutversorgung von den Krankenhäusern in die privaten Haushalte anzustoßen (siehe dazu Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981). Bei der Umsetzung dieses Vorhabens wurde jedoch schnell ersichtlich, dass alte Personen mit Pflegebedarf in ihrem Zuhause „*weniger eine kompensatorisch-defizitorientierte Kurzzeitpflege als vielmehr ressourcenorientierte kontinuierliche Pflege in Form von Anpassung und Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags benötigten*“ (ebd., 19) (vgl. ebd., 18 f.). Seit 1984 ist schließlich den offenen Hilfen, d. h. den Hilfen „*außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen*“, Vorrang vor den stationären zu gewähren (§ 3a BSGH).

Da sich die Geburtenrate, die nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst keinen weiteren Anlass zur Besorgnis gegeben hatte, bereits seit Längerem (wieder) rückläufig entwickelte und die durchschnittliche Lebenserwartung kontinuierlich anstieg, kam der Frage nach der Alterszusammensetzung der Bevölkerung in den 1980er Jahren erneut Interesse zu. Zur Beschreibung des Phänomens führte die nach der Wiedervereinigung gegründete *Enquete-Kommission zur Auseinandersetzung mit demografischen Veränderungen* den Begriff des „*demografischen Wandels*“ (vgl. Bryant 2011, o. S.) ein. Dieser fand schnell ein Einzug in den

öffentlichen Sprachgebrauch. Mit dem innerhalb der Gesellschaft wachsenden Bewusstsein für den steigenden Bedarf an altersgerechter Pflege unternahm die Pflegebranche schließlich erste Schritte in Richtung Profession. Initiiert und vorangetrieben wurde der Prozess durch entsprechende berufs- und wissenschaftspolitische Bemühungen, die ihrerseits in Reformen des Gesundheitssystems eingebettet waren (vgl. Krampe 2014, 181 f.). Mit der Akademisierung und der damit einhergehenden Professionalisierung der Altenpflege in den 1990er Jahren erfuhr der gesamte Bereich eine starke soziale Aufwertung (vgl. Slotala 2011, 19).

Auch die Einführung der Pflegeversicherung 1995 wirkte sich positiv auf den Status der Altenpflege aus, wobei das Hauptziel dieses Schritts in einer weiteren Ambulantisierung der Pflege und Senkung der Kosten bestand. Tatsächlich hat sich die Anzahl der ambulanten Dienste in den 1990er Jahren mehr als verdoppelt (vgl. ebd.). Mit der Pflegeversicherung hat das System der sozialen Sicherung, das zuletzt um die Arbeitslosenversicherung erweitert worden war, zwar eine wichtige Ergänzung erhalten, die bereitgestellten finanziellen Mittel sind allerdings seither knapp (bemessen), sodass bestehende Bedarfe nicht ausreichend gedeckt wurden und werden. Als Kernsicherungssystem ist die Versicherung dafür vorgesehen, Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Familienmitglieder, die gemäß dem Subsidiaritätsprinzip zunächst in der Verantwortung stehen, bei der Deckung des Bedarfs *anteilig* zu unterstützen (vgl. ebd., 17). Wenn auf diesem Weg nicht ausreichend (finanzielle) Mittel zusammengetragen werden können, liegt die Verantwortung je nach Bundesland bei den örtlichen oder überörtlichen Sozialhilfeträgern (vgl. Heintze 2015, 20).

In Anbetracht der Tatsachen, dass (1) „*die gesellschaftliche Bindungskraft traditioneller Familienleitbilder [bis heute] stark abgenommen*“ (ebd., 70) hat, (2) innerhalb der Gesellschaft mittlerweile eine höhere, teilweise durch berufliche Anforderungen bedingte Mobilität vorliegt (vgl. Kricheldorf/Tonello 2017, 13) und (3) die Erwerbsbetätigung von Frauen zugenommen hat, scheint die dem Pflegesystem zugrundeliegende „*Teilkaskomentalität*“ (Heintze 2015, 70) nicht mehr zeitgemäß (vgl. ebd.). Der Großteil der Pflegebedürftigen erhält die benötigte Unterstützung zwar noch immer aus familiären Kreisen, es ist aber davon auszugehen, dass sich Hilfsnetze dieser Art zunehmend auflösen (Kricheldorf/Tonello 2017, 12). Prognosen zufolge wird sich die „*Lücke zwischen der Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen und des sogenannten Pflegepotenzials [sic!]*“ (BMFSFJ 2016a, 186) ab 2025 stark vergrößern (vgl. ebd.). Während z. B. die skandinavischen Länder das Problem Fachkräftemangel auch dadurch angehen, dass sie Angehörigen die Übernahme von Pflegeleistungen

durch die Gewährung nahezu vollwertiger Einkommensersatzleistungen ermöglichen, scheut sich der Bund – der in finanzpolitischer Hinsicht eine weitere Staatskostensenkung anpeilt – vehement vor umfassenden Leistungsausweitungen im Bereich der Pflege (vgl. Hintze 2015, 71). Durch die jüngst unternommene Verabschiedung der Pflegestärkungsgesetze I – III hat sich die Situation für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen zwar verbessert – immerhin stehen nun jährlich weitere fünf Milliarden Euro zur Verfügung (vgl. BMG 2016, 1) –, die Kernproblematik wurde mit diesem Schritt aber nicht behoben.

Die Entwicklung, die im Bereich der Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung stattgefunden hat, ist auch deshalb eine problematische, weil die Prinzipien der Leistungsfinanzierung von Beginn an deutlich von einem einsetzenden „Kurswechsel in der Gesundheitspolitik gekennzeichnet“ (Slotala 2011, 12) waren. Dieser wird unter dem Stichwort „Ökonomisierung“ zusammengefasst und diskutiert: Durch eine Marktöffnung, d. h. durch wettbewerbliche Regulierung, soll(t)en die staatlichen Ausgaben im Bereich der medizinischen Versorgung auf ein Minimum reduziert werden (vgl. ebd., 12 ff.). Die Pflegeversicherung knüpft in ihrer Beschaffenheit unmittelbar an diesem Vorhaben an. Ein Ökonomisierungstrend ist zwar auch in anderen Bereichen, z. B. in der Wissenschaft, im öffentlichen Dienst und im Bildungswesen, zu verzeichnen (vgl. ebd.), aber *„während das Wettbewerbsparadigma in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen spätestens nach der Finanzkrise 2009 nicht mehr unhinterfragt als Königsweg politischer Regulierung propagiert wird, scheint es in der Gesundheitspolitik völlig ungebrochen“* (Manzei/Schnabel/Schmiede 2014, 11).

Für den Bereich der Pflege ist die zunehmend marktorientierte Ausrichtung mit weitreichenden Konsequenzen verbunden. So haben sich beispielsweise die Kommunen, die professionelle Pflege lange Zeit (mit)getragen hatten, seit Einsetzen des Ökonomisierungstrends immer weiter aus dem Versorgungsgeschehen zurückgezogen und das Feld privaten Anbietern überlassen. In der ambulanten Pflege liegt der Anteil der unter privater Trägerschaft stehenden Dienste mittlerweile (Stand 2019) bei 66,5 Prozent, nur 1,3 Prozent der Dienste befinden sich dagegen in staatlicher Hand (eigene Berechnungen auf Basis von Angaben der Pflegestatistik 2020 des Statistischen Bundesamtes, 23). Mit 4,5 Prozent machen staatliche Einrichtungen auch im stationären Bereich nur einen kleinen Teil aus, während die privaten Anbieter hier mit einem Anteil von 42,7 Prozent hinter den freigemeinnützigen liegen (eigene Berechnungen auf Basis von Angaben der Pflegestatistik 2020 des Statistischen Bundesamtes, 33). Im Unterschied zu öffentlichen Dienstleistern weisen zumindest die meisten privaten offenkundig eine Gewinnerorientierung auf. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich gezeigt, dass in der Folge hierzu mitunter rigorose Sparmaßnahmen

zulasten der Pflegebedürftigen ergriffen werden. Dass sich nicht nur vereinzelt, sondern in einer Vielzahl an Pflegeeinrichtungen dramatische Szenen abspielen, geht z. B. aus einer durch den Sozialverband VdK unterstützten Verfassungsklage aus dem Jahr 2014 hervor. Angeprangert wurden u. a. Vernachlässigungen, Druckgeschwüre, mangelnde Ernährung, Austrocknung und die Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen ohne richterliche Anordnung (vgl. Aэрzteblatt 2016, o. S.). Zwar lehnte das Bundesverfassungsgericht eine Entscheidung ab (2016), es ist aber offensichtlich, dass das Pflegesystem den bestehenden Bedarfen nicht gerecht wird. So verweist beispielsweise auch der *Siebte Altersbericht* auf die unangemessene Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen, zudem werden Fehlmedikationen mit Psychopharmaka bemängelt (vgl. BMFSFJ 2016a, 184).

Die jüngste Pflegereform verspricht, das Pflegesystem zu einem bedarfsgerechteren zu formen; als Grundlage hierfür sollen die Pflegestärkungsgesetze dienen. Die seit Einführung der Pflegeversicherung zur Differenzierung von Leistungen verwendeten Kategorien „ambulant“ und „stationär“ stehen zwar heute vor der Auflösung, die hinter der Prämisse „ambulant vor stationär“ stehende Aussage ist aber nach wie vor richtungsweisend. Zum einen ist die ambulante Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf die kostengünstigste Variante, zum anderen wünschen sich die meisten Menschen, in ihrer vertrauten Umgebung zu altern und zu sterben (Kruse/Schmitt 2014, 30; BMFSFJ 2016a, 177).

In einigen Punkten hat sich die Situation für Pflegebedürftige und deren Angehörige durch die neue Gesetzgebung tatsächlich verbessert. So ist beispielsweise eine Ausweitung der Leistungen unternommen worden, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erleichtern sollen. Zugleich wurde damit ein Anreiz für den weiteren Ausbau der Angebotslandschaft gesetzt. Außerdem ist ein Zugang zu den Leistungen und damit zum Angebot für Menschen mit Demenz geschaffen worden. Dies war zuvor nur bedingt der Fall. Während hinsichtlich des Ausmaßes einer Pflegebedürftigkeit ursprünglich zwischen drei Stufen unterschieden wurde, ermöglicht die Einteilung in fünf Grade eine individuellere Leistungsbemessung, die nun sowohl körperliche als auch kognitive Beeinträchtigungen berücksichtigt (vgl. BMG 2016). Weiterhin erfolgt die Einstufung nunmehr in stärkerer Orientierung an den Bedürfnissen und vorhandenen Ressourcen (BMFSFJ 2016a, 181), wobei in diesem Zusammenhang von einer wichtigen Veränderung gesprochen werden kann, die sich nicht nur in der Altenhilfe, sondern auch im gesamten Bereich der Hilfen für Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigungen vollzieht.

Während sich entsprechende Hilfen früher hauptsächlich auf die „Defizite“ der Menschen mit Unterstützungsbedarf konzentrierten, werden deren

„*Funktionsfähigkeiten*“ (ICF) sowie Teilhabebedarfe und -wünsche mittlerweile viel stärker in den Blick genommen (vgl. BMFSFJ 2016a, 182). Gesellschaftliche Teilhabe steht ihnen zwar nicht erst seit Inkrafttreten des UN-Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung (2009) zu – es handelt sich vielmehr um ein mehrfach gesetzlich verankertes Menschenrecht –, der Inklusionsgedanke ist aber seither stärker in den Fokus politischer Bemühungen wie auch in den Mittelpunkt des gesellschaftlichen Bewusstseins gerückt. Die Konvention, die einen weitgefassten Begriff von Behinderung zugrunde legt und das Bedürfnis nach gesellschaftlicher Teilhabe in den Fokus rückt, versteht auch Pflegebedürftigkeit als (alterstypische Ausprägung von) Behinderung. In der Eingliederungshilfe ist der Teilhabebegriff spätestens seit Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes im Jahr 2016 zum Schlüsselbegriff avanciert, und auch im Bereich der Altenhilfe nimmt er eine immer wichtigere Stellung ein (vgl. Breuer 2013, 116).

Ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf können nur dann an der Gesellschaft teilhaben, wenn es ihnen möglich ist, ihr Zuhause zu verlassen und am „*Leben im Wohnquartier*“ (van Rießen, Bleck, Knopp 2015, 3) teilzunehmen, d. h. nach Belieben zwischen Privatheit und Öffentlichkeit zu wechseln (vgl. ebd., 2 f.). Die marktwirtschaftliche Logik, der das System in immer stärkerem Ausmaß unterworfen ist, bremst die Verwirklichung des Inklusionsgedankens allerdings tendenziell eher aus, als dass sie an dieser Stelle förderlich wirkt (vgl. Hintze 2015, 70 ff.). Der Bund plant zwar nicht, aktiv in das Pflegemarktgeschehen einzugreifen, ein erklärtes Ziel der Pflegereform besteht aber zumindest darin, die Kommunen (wieder) in die Verantwortung zu ziehen. Darüber, dass ihnen künftig sowohl mehr Aufgaben als auch Mitspracherechte zukommen sollten, besteht unter den politischen Akteuren aller Ebenen (Bund, Länder, Kommunem) Einigkeit. Konsens herrscht auch darüber, dass ihnen die zur Wahrnehmung der neuen Gestaltungsaufgaben benötigten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen (vgl. BMFSFJ 2016a, 217). Die Gesetzgebung sieht hierzu u. a. Kooperationen zwischen den Kommunen und den Pflegekassen vor (vgl. ebd., VII); konkrete Regelungen für die Umsetzung werden mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz allerdings nicht gegeben.

Die Kommunen sollten nicht nur stärker in Planungs- und Steuerungsprozesse einbezogen werden, sondern auch in die „*Entwicklung innovativer, Sektorengrenzen überwindender Strukturen*“ (ebd., 148), wobei dies langfristige Ziel der gesamten Sozialgesetzgebung sein muss (vgl. ebd., 148 ff.). Obwohl die Übergänge zwischen Krankheit, Behinderung bzw. Beeinträchtigung und Pflegebedarf fließend sind, arbeiten die jeweiligen Versorgungssysteme getrennt voneinander und nach eigenen rechtlichen Vorgaben, was einerseits dazu führt, dass Potentiale

nicht voll ausgeschöpft werden und andererseits dazu, dass Lücken im Bereich der Zuständigkeit entstehen (Schädler/Wittchen/Reichstein 2019, 62). Mit der erneuten Reform der sozialen Pflegeversicherung sind zwar auch erste Schritte in Richtung einer Entsektoralisierung getan, inwieweit dem Notstand durch die neue Gesetzgebung tatsächlich entgegengewirkt werden kann und an welchen Stellen das Pflegesystem bzw. die (umlagefinanzierte) soziale Sicherung weiteren Neuerungsbedarf aufweist, wird sich in den kommenden Jahren wohl immer deutlicher zeigen.

### 2.1.2 Pflege 2.0: Die „Hightech-Strategie“ des Bundes

Die schwierigste Herausforderung, der das gestärkte Pflegesystem seit Beginn des neuen Jahrtausends gegenübersteht, besteht nach wie vor im sich verringernenden Pflegepotential. Wie bereits erwähnt, wird sich das Problem Vorausberechnungen zufolge ab 2025 drastisch verschärfen (vgl. BMFSFJ 2016a, 186; Kricheldorf/Tonello 2016, 11). Zur Bewältigung setzt der Bund nicht vorrangig auf eine Steigerung des Potentials an Pflegekräften, sondern verfolgt vielmehr eine kompensatorische Strategie: die Ausstattung von Alter und Pflege mit assistiven Technologien (mit der freilich auch eine Verbesserung der Bedingungen für informell wie professionell Pflegende erreicht werden soll). Zur gezielten Gestaltung der Mensch-Technik-Interaktion wurde z. B. das Forschungsprogramm „*Technik zum Menschen bringen*“ ins Leben gerufen, in dessen Rahmen von 2016 bis 2020 jährlich rund 70 Mio. Euro investiert wurden (vgl. BMBF 2015, 4). Hierüber wurde u. a. die Einrichtung von bundesweit 22 kommunalen Technik-Beratungsstellen gefördert (Projekt „*Besser leben im Alter*“) (vgl. BMBF 2013a), wobei diese Stellen heute nur noch zum Teil existieren.

Die Politik knüpft mit ihrer „Hightech-Strategie“ (BMBF 2015) unmittelbar an jene gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsprozesse an, die unter dem Begriff „*sozio-technischer Wandel*“ gefasst werden. Das Verhältnis, in dem sich die Menschen heutzutage zu den von ihnen geschaffenen technischen Artefakten sehen, wird an in der Wissenschaft bereits fest etablierten Begriffen wie „Mensch-Technik-Interaktion“ („human-technology interaction“), „Mensch-Computer-Interaktion“ („human-computer interaction“) oder „Mensch-Roboter-Interaktion“ („human-robot interaction“) erkennbar. Von den Menschen wird Technik zusehends als intelligenter, selbstständiger und „*aktiver Partner*“ (BMBF 2013b, 3) verstanden – ihre „*Selbst- und Weltwahrnehmung*“ (Manzeschke et al. 2013, 5) bleibt davon nicht unbeeinflusst (vgl. ebd., 5). Auf der einen Seite

kann der Wandlungsprozess als Errungenschaft betrachtet werden, auf der anderen Seite aber auch als schwierige Herausforderung, die darin besteht, mit ihm einhergehende gesellschaftliche Transformationsprozesse zu beobachten, zu hinterfragen und zu beurteilen, Gefahren zu erkennen und ggf. Maßnahmen zu ergreifen, um negativen Entwicklungen entgegenzuwirken. Dies gilt auch und insofern gerade für den Bereich der technischen Assistenz, als dass es sich bei der Zielgruppe um Menschen mit Unterstützungsbedarf, d. h. um Menschen mit erhöhter Vulnerabilität handelt.

Dass Menschen technische Hilfsmittel bzw. Werkzeuge zur Prozessoptimierung einsetzen, ist kein neues Phänomen. Die Fähigkeit, komplexe Hilfsmittel zu konstruieren und zielgerichtet anzuwenden, ermöglicht ihnen gesellschaftliche Entwicklung. Auch Hilfsmittel für Menschen mit Unterstützungsbedarf, z. B. Gehstöcke, Rollstühle oder Brillen, sind keine Neuerung unserer Zeit. Informations- und Telekommunikationstechnologien finden allerdings erst seit vergleichsweise Kurzem Einzug in dieses Feld. Um Interessierten einen Überblick über die Möglichkeiten innovativer unterstützender Technologien zu geben, hat das BMBF das *Forschungszentrum Informatik (FZI)* des Karlsruher Instituts für Technologie mit der (Weiter)Entwicklung einer Online-Informationenplattform beauftragt. Der im Rahmen des von 2014 bis 2016 geförderten Projekts entstandene „*Wegweiser Alter und Technik*“ (zuvor „*Wegweiser Pflege und Technik*“) ordnet die bereits erhältlichen Produkte folgenden 25 Anwendungsbereichen zu (siehe [www.wegweiseralterundtechnik.de](http://www.wegweiseralterundtechnik.de)):

- Aktivitäten beobachten
- Barrierefreie Umgebung
- Brandschutz
- Einbruchschutz
- Erinnerungshilfen
- Kommunikationshilfen
- Medikationsunterstützung
- Notruf außerhalb des Hauses
- Notruf innerhalb des Hauses
- Schutz vor Überhitzung/Unterkühlung
- Sonstige
- Sturzerkennung
- Sturzprävention
- Telekommunikation
- Telemedizin
- Therapeutische Intervention

- Tür- und Telefonklingel wahrnehmen
- Türen und Fenster schließen und öffnen
- Umfeldsteuerung in der Wohnung
- Unterhalten
- Unterstützung bei Hinlauftendenz
- Vereinfachte PC- und Internetnutzung
- Vitalparameter messen
- Wasserschutz
- Zeitliche und örtliche Orientierung

Anhand der unternommenen Einteilung wird zweierlei ersichtlich: erstens, dass es sich um einen äußerst vielseitigen Markt handelt und zweitens, dass dieser bereits einen beeindruckenden Umfang aufweist. Ein erklärtes Ziel des Bundes besteht nun darin, die Technisierung von Alter und Pflege weiter voranzutreiben (vgl. BMBF 2015, 19). Auffällig ist, dass entsprechende Argumentationslinien – nicht nur im politischen, sondern auch im wissenschaftlichen Diskurs – oftmals einseitig angelegt sind und unhinterfragt in die Aussage münden, dass sich das Problem des zu niedrigen Pflegepotentials mit Voranschreiten des demografischen Wandels unvermeidlich verschärfen werde und daher ohne den Einsatz von Technik nicht zu lösen sei (vgl. Krings et al 2014, 89; TAB 2018, 10). So heißt es etwa im *Achten Altersbericht*, der sich dem Thema „*Ältere Menschen und Digitalisierung*“ widmet: „*Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen, eines schon heute sehr deutlich erkennbaren und sich in Zukunft weiter verschärfenden Fachkräftemangels sowie der Notwendigkeit, eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens zu sichern, wird in der Digitalisierung eine Lösung für zentrale gesellschaftliche Herausforderungen gesehen*“ (BMFSFJ 2020, 120). Das „*Sorgenkind*“ (Bieber 2011) Demografie dient damit ebenso wie in anderen Ländern als Hauptargument und Legitimationsbasis für die Implementierung unterstützender Technologien in die Pflegepraxis. Bei aller Euphorie, zu der die Möglichkeiten der Technik zweifellos Anlass geben, findet die Tatsache, dass das Problem des abnehmenden Pflegepotentials auch durch andere Faktoren als sich verändernde Altersstrukturen (mit)bedingt wird, in den Debatten meist wenig Beachtung (vgl. Krings 2014, 74). Über die Begeisterung darf nicht in Vergessenheit geraten, dass Kompensation zwar die Lösung für viele Probleme sein kann, die Ursachen der Probleme dadurch aber nicht behoben werden. Hinter der Herangehensweise stehenden Ambitionen bzw. Anliegen wird bisher kaum Interesse entgegengebracht.

Mit der Anmerkung, dass der Bund vorrangig auf eine Kompensationsstrategie setzt, soll nicht ausgesagt sein, dass das Problem nicht auch anderweitig angegangen würde. Wichtige pflegepolitische Ziele bestehen z. B. darin, die Potentiale zivilgesellschaftlicher Ressourcen und informeller Pflegestrukturen künftig effektiver auszuschöpfen; hierzu zählen u. a. ehrenamtliche und nachbarschaftliche Hilfenetze, die vor Ort mehr Unterstützung erhalten sollen. Die Stärkung der Kommunen ist insofern auch als Appell an die gesamtgesellschaftliche Verantwortung zu verstehen. Auch durch den neu eingeführten Pflegevorsorgefond soll das Ausmaß des (zu erwartenden) Pflegenotstands verringert werden. Dem Anwachsen des Mangels an *professionellen* Fachkräften – 2016 kamen der Bundesagentur für Arbeit zufolge nur 36 arbeitssuchende Altenpflegefachkräfte auf 100 offene Stellen (vgl. TAB 2018, 10) – soll außerdem durch die Steigerung des Attraktivitätsgrades des Berufes entgegengewirkt werden, wobei sich die Politik der Dringlichkeit dieses Schritts eher zögerlich bewusst wird (vgl. Daum 2017, 2). Obwohl bisher wenig Wirksames unternommen worden ist (vgl. Hintze 2015, 70 ff.), hat die Anzahl der Auszubildenden in den letzten Jahren leicht zugenommen (Krings et al., 73). Es bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen die Verabschiedung des Pflegeberufereformgesetzes (2017) auf diese Entwicklung hat. Insgesamt scheinen die politischen Bemühungen, die zur Aktivierung menschlicher Kräfte für die professionelle Pflege bisher unternommen worden sind, ausbaufähig. Hierfür spricht auch die hohe Unzufriedenheitsrate der Beschäftigten (vgl. Hintze 2015, 63) – eine Tatsache, die mit Blick auf die in vielerlei Hinsicht belastenden Arbeitsbedingungen wenig überrascht. Eine höhere Zufriedenheit könnte z. B. durch angemessene Lohnerhöhungen (vgl. Hintze 2015, 71 f.) oder auch durch die Festlegung auf einheitliche Pflegeschlüssel erreicht werden. Mithilfe solch zentraler Vorgaben ließe sich die Qualität pflegerischer Dienstleistungen maßgeblich beeinflussen, wobei zur Umsetzung von Forderungen wie diesen ein „*Gesamtkonzept der Pflegeversicherung im kooperativen Föderalismus*“ (BMFSFJ 2016a, 217) benötigt wird.

Die genannten und weitere Lösungsansätze werden zwar verfolgt, im Diskurs um die Entwicklung und den systematischen Einsatz altersgerechter Technik finden sie allerdings kaum Beachtung. Vielmehr teilen die meisten aus wissenschaftlicher Perspektive heraus unternommenen Betrachtungen die Ansicht, dass an einer Technisierung der Pflege trotz aller sozialpolitischen Bemühungen kein Weg vorbeiführen wird. Das vorherrschende Bild wird „*dem vielschichtigen, auch ambivalenten und in vielerlei Hinsicht noch völlig unklaren Beitrag*“ (TAB 2018, 10), den die in Diskussion stehenden Hilfsmittel zu leisten vermögen, nicht gerecht (vgl. ebd.). Ein Blick auf die Handlungspraxen anderer Länder offenbart

allerdings, dass die Skepsis hierzulande noch vergleichsweise hoch ist. So werden neue Technologien in den USA bereits seit Langem „*deutlich unbefangener*“ (Heeg et al. 2007, 35) eingesetzt, in Japan werden die Entwicklung und der Einsatz geradezu propagiert (vgl. Wagner 2010, 280), wobei ergänzend anzumerken ist, dass das Land den weltweit größten Mangel an Pflegekräften aufweist (vgl. Braeseke et al. 2019, 7). Moderne Technik zur Unterstützung von Pflegeprozessen kommt aber auch in der Mehrzahl der europäischen Länder immer selbstverständlicher und systematischer zum Einsatz. Einen hohen Technisierungsgrad weist zum Beispiel das finnische Versorgungssystem auf (vgl. Heeg et al. 2007, 40). In Deutschland halten assistive Technologien zwar nur langsam Einzug in die Pflege, doch auch hier wird zunehmend darauf zurückgegriffen, was die Skepsis allmählich zu dämpfen scheint.

### **2.1.3 Zur Terminologie und der Bedeutsamkeit perspektivischer Multidimensionalität**

Die Maxime, alten Menschen ein selbstständiges und aktives Leben zu ermöglichen, korrespondiert mit den im Konzept des „*Aktiven Alterns*“ verankerten Prinzipien. Die Weltgesundheitsorganisation versteht darunter einen „*Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern*“ (Georgieff 2008, 17 f.). Das in der Gesellschaft vorherrschende Altersbild hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem deutlich positiveren gewandelt – mit den neuen Möglichkeiten sind allerdings nicht nur Freiheiten, sondern auch steigende Erwartungen an die einzelnen Gesellschaftsmitglieder verbunden. Diese stehen zunehmend in der Verantwortung, ihren Alternsprozess gewissermaßen erfolgreich zu gestalten, wobei Erfolg in unserer Gesellschaft an Faktoren wie Aktivität, Leistungsfähigkeit und Produktivität gemessen wird (vgl. Kricheldorf/Tonello 2017, 14). Durch die Sozialgesetzgebung, die gesellschaftliche Normen in immer stärkerem Ausmaß beeinflusst und prägt, werden Maßstäbe wie diese gezielt gesetzt, und auch die „*Hightech-Strategie*“ des Bundes fügt sich in die übergeordnete Zielsetzung, die Bürger zu einem hohen Verantwortungsbewusstsein und einer hohen Leistungsbereitschaft anzuhalten (vgl. ebd.). Um Teilhaberechte langfristig umsetzen und Konzepte wie das der „*Sorgenden Gemeinschaft*“ (BMI 2012, 24) realisieren zu können, bedarf es zweifellos der Aktivierung gesellschaftlicher Potentiale, der Teilhabebegriff darf dabei aber

nicht dafür missbraucht werden, die Gesellschaftsmitglieder zu einem gesunden Lebensstil oder zum Erbringen/Annehmen von Leistungen zu verpflichten.

IKT-basierte assistive Technologien genießen mittlerweile ein „*hohes gesellschaftliches Prestige*“ (Kricheldorf/Tonello 2017, 11). Ausweitungen der Leistungskataloge der Kranken- und Pflegekassen werden folglich diskutiert und in Teilen bereits in Angriff genommen, wobei aufgrund mangelnder empirischer Daten bisher jeweils kaum Aussagen darüber getroffen werden können, welche Effekte Kostenübernahmen langfristig auf die Gesamtausgaben hätten ((vgl. BMG 2017, 36; Manzeschke et al. 2013, 10). Obwohl in vielen Fällen weder die Anschaffungs-, noch die Betriebskosten bezuschusst werden, bedienen Forschung und Entwicklung einen vielseitigen, rasch wachsenden Markt. Der gesamte Lebens-, Forschungs- und Geschäftsbereich wird auch unter dem Akronym AAL zusammengefasst, das für den Begriff „*Ambient Assisted Living*“, zu Deutsch „*umgebungsunterstütztes Leben*“ steht (mitunter ist auch der Begriff „*Active Assisted Living*“, zu Deutsch „*aktiv unterstütztes Leben*“, gemeint – die beiden Konzepte unterscheiden sich inhaltlich kaum voneinander). Einer gemeinsamen Definition der *Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik* (DGBMT) und der *Initiative Mikromedizin des Verbandes der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e. V.* (VDE) zufolge bedeutet *Ambient Assisted Living*, „*in einer durch ‚intelligente‘ Technik unterstützten Umgebung*“ (Georgieff 2008, 25) zu leben, „*die sensibel und anpassungsfähig auf die Anwesenheit von Menschen und Objekten reagiert und dabei dem Menschen vielfältige Dienste*“ (ebd.) mit dem Ziel bietet, „*die persönliche Freiheit und Autonomie über die Förderung und Unterstützung der Selbstständigkeit zu erhalten, zu vergrößern und zu verlängern*“ (ebd.). Obwohl in der Denkeinheit „umgebungsunterstütztes Leben“ kein Hinweis auf den Lebensabschnitt Alter enthalten ist, werden mit dem Begriff hauptsächlich solche Technologien assoziiert, die für die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Lebensqualität im (hohen) Alter konzipiert sind (vgl. ebd., 8). Eine große Bandbreite an technischen „*Life-Style-Produkten*“ (Manzeschke et al. 2013) (z. B. „Alexa“), die sowohl junge als auch alte Menschen unabhängig davon einsetzen können, ob bei ihnen eine Beeinträchtigung besteht oder nicht, existiert ebenfalls.

An dieser Stelle sei auf eine Herausforderung hingewiesen, die sich in Zusammenhang mit der Versprachlichung der Vielseitigkeit und Komplexität technischer Möglichkeiten ergibt. Im deutschsprachigen Raum koexistiert eine Vielzahl an Begriffen bzw. Umschreibungen, die inhaltlich nicht klar voneinander abgegrenzt werden können. So ist zum Beispiel von „*altersgerechte[n] Assistenzsysteme[n] für ein gesundes und unabhängiges Leben*“ (BMBF 2008, o. S.), „*Assistive[n]*

*Systeme[n] und Technologien zur Förderung der Teilhabe für Menschen mit Hilfebedarf*“ (z. B. Kunze/Kricheldorf 2017) oder auch „*Technische[r] Unterstützung für Menschen mit Demenz*“ (z. B. Schultz/Putze/Kruse 2014) die Rede. Überschneidungen mit Forschungs-, Entwicklungs- und Anwendungsbereichen wie diesen weist z. B. auch der Bereich „*Smart Home*“ (z. B. Georgieff 2008, 24) auf, der Technologien zur Unterstützung des Wohnalltags (z. B. sprachgesteuerte Beleuchtungssysteme) für Menschen mit und ohne Unterstützungsbedarf umfasst. Der in Zusammenhang mit der Frage nach guter Pflege zunehmend an Bedeutung gewinnende Bereich der (Pflegeservice)Robotik weist ebenfalls große Schnittmengen mit den genannten Bereichen auf (vgl. Krings et al. 2014, 79).

Unübersichtliche Vielfalt und Unklarheit prägen die Begriffslandschaft nicht nur in Deutschland, sondern auch in der internationalen wissenschaftlichen Forschung. Ein Beispiel hierfür bietet der im Deutschen mit „unterstützende Technologien“ und „assistive Technologien“ übersetzte Begriff der „assistive technologies“, der insofern tautologisch anmutet, als dass Technik im Grunde per se dazu konzipiert wird, Menschen bei der Gestaltung ihrer Umwelt bzw. ihres Alltags zu unterstützen. Da Technik ohnehin einen assistiven Charakter aufweist, ist eine Abgrenzung zu anderen Technologien mit der Formulierung, wengleich intendiert, nicht gegeben. Ob eine solche überhaupt gegeben werden kann oder muss, ist zwar fraglich, zumindest aber ist das begriffliche Chaos insofern als problematisch zu begreifen, als dass es eine Art fachliche Kurzsichtigkeit zu erzeugen bzw. zu fördern scheint. Auch wenn die Konstruktion von Technik nach dem Zielgruppenprinzip erfolgt, muss eine „*breite interdisziplinäre Kooperation von Forschung, Industrie und Nutzern*“ (BMBF 2015, 3) gegeben sein, um die Mensch-Technik-Interaktion aktiv und erfolgreich gestalten zu können – soweit die Theorie. Das Wissen hierum rückt mittlerweile verstärkt ins Bewusstsein der an der Entwicklung assistiver Technologien beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen – zu nennen wären die Ingenieurwissenschaften, die Sozialwissenschaften, die Gerontologie und auch die Philosophie – aber dennoch konzentrieren sich diese nach wie vor mit Vorliebe auf eigene Fragestellungen, Methoden, Zielsetzungen und Zielgruppen (vgl. Kricheldorf/Tonello 2017, 44 f.). Hieraus resultiert, dass an unterschiedlichen Projekten Beteiligte kaum Notiz voneinander nehmen und ein regelmäßiger Austausch in der Regel ausbleibt – auf lokaler wie überörtlicher Ebene. Eine höhere Effizienz der Bemühungen könnte durch Vernetzungsarbeit und *Koproduktion* erreicht werden.

Ein positives Beispiel für praktizierte Interdisziplinarität bietet das Forschungsinstitut *Cluster of Excellence Cognitive Interactive Technology* („*CITE*“) der Universität Bielefeld, das Forschenden unterschiedlicher Disziplinen einen