

Zentrale Herausforderungen und (organisations)ethische Fragen für die stationäre Langzeitpflege

Einschätzungen und Beispiele aus der Praxis



Zertifiziert durch:



Gefördert von:



Mitglied u.a. in:



Zentrale Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege

- **Demografische Entwicklung** (Verknappung verfügbarer Fachkräfte bei steigendem Bedarf an Pflegeplätzen)
- Erhalt der Selbstbestimmtheit bei **veränderten Versorgungsbedarfen** der zu Pflegenden in den Einrichtungen
- (Weiter)Entwicklung von **Ethikkompetenz und Ethikstrukturen** bei Trägern, Einrichtungen und Mitarbeitenden

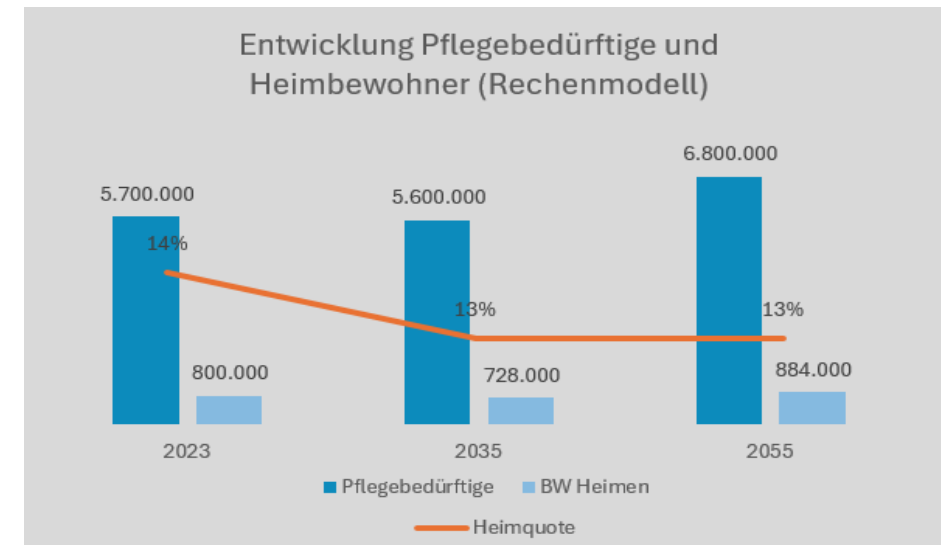
Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung stellt die stationäre Langzeitpflege vor Herausforderungen für die es bis heute noch keine wirklichen Lösungsansätze gibt

- 1. Die Zahl der nicht besetzbaren Fachkraftstellen steigt kontinuierlich weiter an.**
- 2. Selbst bei angenommen leicht rückläufiger Heimquote steigt der Bedarf an Pflegeplätzen**

Zur Veranschaulichung:

- Bis 2049 wird eine Unterbesetzung von 280.000 Stellen in der Pflege prognostiziert (DeStatis)
- Bei leicht rückläufiger Pflegequote, wird bis 2055 ein Anstieg von etwa 84.000 Heimbewohnern prognostiziert (DeStatis), der Pflegeheim-Atlas 2025 von Wuest+Partner geht bereits 2040 von einem Mehrbedarf von 145.000 Plätzen aus.
- Missverhältnis offene Stellen/Stellensuchende bei Fachkräften (2023 100:55; 2015 100:49)
- Zuwachs in der Ausbildung von Pflegefachkräften (2024 59.500 Neuverträge / +9 %) – erfolgreich aber nicht ausreichend



Demografische Entwicklung

Risiken / ethische Fragestellungen:

Auf der Mikroebene (Individuelle Pflegesituation):

- **Risiko** Individuelle Versorgungsbedarfen der Bewohnenden kann zunehmend nicht entsprochen werden: versteckte/offene Rationierung durch Leistungsabsenkung, Problem der Ressourcenallokation / Verteilungsgerechtigkeit, Moral Distress für die Pflegenden, Unterversorgungsrisiken (Autonomie, Nichtschaden)

Auf der Mesoebene (Organisation/Einrichtung):

- **Risiko** Nachhaltiger Personalmangel führt zu unflexiblen Organisationsansätzen: Individualität der Bewohnenden weicht der Uniformität organisatorischer Zwänge, Risiko von Unterversorgungssituationen, Gefährdung des Respekts vor der Selbstbestimmung der Bewohnenden

Auf der Makroebene (System/Rahmenbedingungen):

- **Risiko** Der Anteil von Pflegebedürftigen, die keinen Zugang zu stationärer Versorgung erhalten, wird wegen stagnierender Platzzahlen steigen (versteckte/offene Rationierung, Verteilungsgerechtigkeit)
- **Risiko** Verfügbarkeit von Ressourcen werden stärker als Bedarfe der Pflegebedürftigen handlungsleitend f.d. Definition von Qualitätsniveaus/Leistungen (systemat. Unterversorgung; Nichtschaden, Gerechtigkeit, Autonomie)



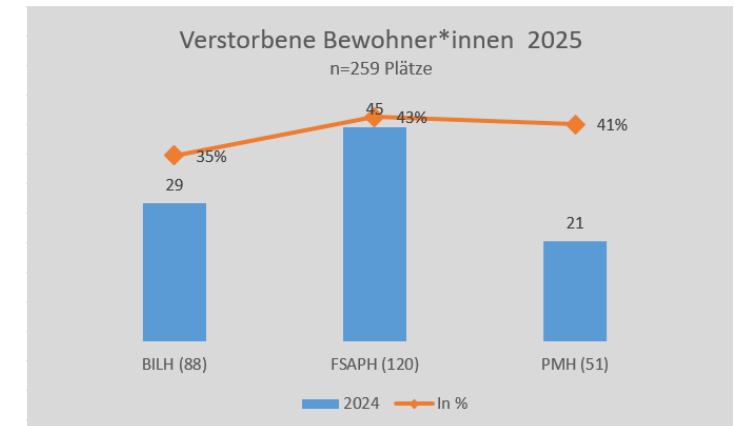
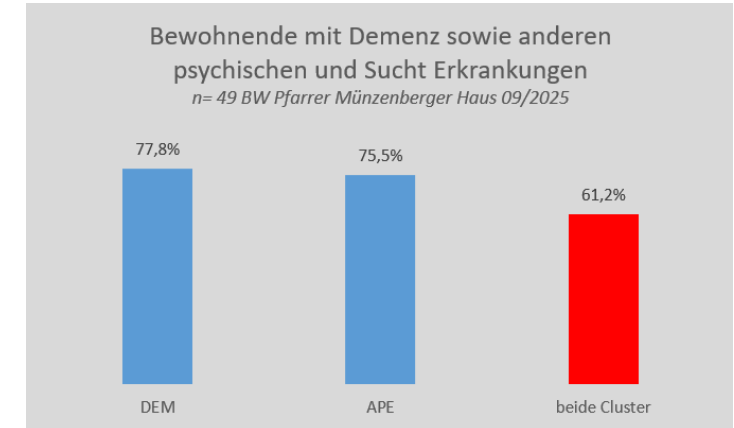
Veränderte Versorgungsbedarfe

Entwicklungen in der Veränderung individueller Versorgungsbedarfe der Bewohnenden

1. **Zunehmender Anteil Bewohnender (BW) mit psychischen, seelischen und Suchterkrankungen**
2. **Zunehmende Hochaltrigkeit und Multimorbidität beim Einzug, Zunahme palliativer Versorgungsbedarfe**
3. **Individuelle Gewohnheiten und Tagesabläufe der Einrichtungen sind zunehmend nicht mehr kompatibel**

Zur Veranschaulichung:

- Etwa 78 % der BW haben eine demenzielle Veränderung aber 75 % der BW haben andere psychische und Suchterkrankungen – und keinen Zugang (mehr) zu Leistungen der Eingliederungshilfe
- Verweildauern der BW liegen bei 25 Monaten; etwa 35-43 % der BW versterben jährlich, davon 52 % nach weniger als 12 Monaten
- Heutige BW waren Fans der Beatles und Rolling Stones, gehörten zu den „68ern“, sangen nicht mehr „Ähnchen von Tharau“, lebten, liebten und feierten anders als ihre Vorgängergenerationen



Veränderte Versorgungsbedarfe

Risiken / ethische Fragestellungen:

Auf der Mikroebene (Individuelle Pflegesituation):

- **Risiko** Komplexe Versorgungssituationen mit hoher fachlicher Anforderung und Ressourcenbindung i.d. Palliativversorgung und gerontopsych. Versorgung: Gerechtigkeitsfragen/Ressourcenallokation, Unter-/Übersorgungsrisiken (Autonomie, Nichtschaden)
- **Risiko** Gefährdung der Achtung des Patientenwillens (60-75 % der BW haben eine Patientenverfügung), weil Konflikte mit Angehörigen und in Teams zur Interpretation der PV'en ohne Ergebnisse bleiben

Auf der Mesoebene (Organisation/Einrichtung):

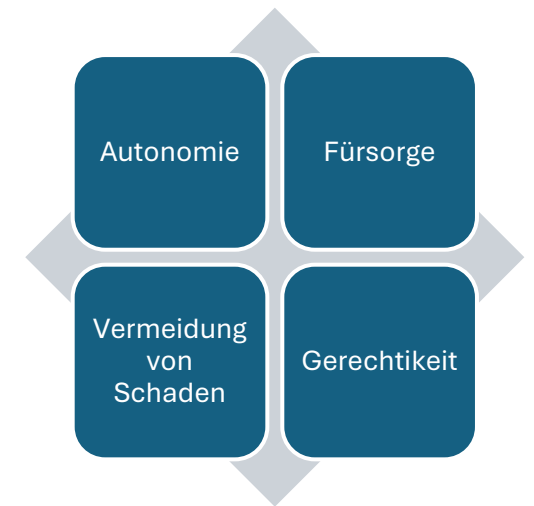
- **Risiko** Fehlende Instrumente zur Wahrnehmung ethischer Fragestellungen in komplexen Versorgungssituationen: individ. Unter-/Übersorgungssituationen, Moral Distress bei Pflegenden
- **Risiko** Starre Tagesabläufe und Organisationskonzepte im Widerspruch zu individ. Bedarfen (z.B. „open End“ im Heimalltag, Hauptmahlzeit am Abend, Intimität): Einschränkung der Selbstbestimmtheit
- **Risiko** Fehlende Prozesse/Konzepte zum Umgang mit und zur Erstellung von PV'en (Autonomie)
- **Risiko** Personalmix bleibt klassisch pflegeorientiert und berücksichtigt Veränderungen der Bedarfe nicht: Unter-/Übersorgungsrisiko (Autonomie, Nichtschaden, Gerechtigkeit ...).
- **Risiko** Zugang zu Leistungen § 132g SGB X (Advance Care Planing) nur für Menschen in Einrichtungen lässt frühzeitige Beratung zu Patientenverfügung nicht zu (Selbstbestimmung)



Ethikkompetenz und Ethikstrukturen

Die bisher angesprochenen Themen stehen beispielhaft für viele Fragestellungen in der stationären Langzeitpflege und zeigen: Sowohl Fragen der Gestaltung der individuellen Pflege- und Betreuungssituationen als auch der Organisationen und des „Systems Pflege“ haben neben der fachlich/sachlichen immer auch eine ethische Dimension – und umgekehrt.

- 1. Ethikstrukturen und systemat. Ansätze zur ethischen Reflexion sind in der stationären Langzeitpflege bisher wenig verbreitet.**
- 2. Ethikkompetenzen und –strukturen sind im „System Pflege“ nicht explizit vorgesehen, Ethische Grundsätze aber in Qualitätsanforderungen und Gesetzen implizit vorgegeben (vgl. Grafik)**



Zur Veranschaulichung:

- Die Akademie für Ethik in der Medizin führt in ihrer Übersicht bundesweit nur 5 Altenpflegeeinrichtungen/-träger sowie 9 Komplexträger, die auch Pflegeeinrichtungen betreiben auf, in denen Ethikstrukturen existieren.
- Die generalistische Pflegeausbildung benennt Ethik als wichtige Dimension zur Reflexion des pflegerischen Handelns. Die Umsetzung i.d. Pflegeschulen ist sehr unterschiedlich / oft oberflächlich (u.a. mangels zum Thema qualifizierter Lehrkräfte)

Ethikkompetenzen und -strukturen

Risiken / ethische Fragestellungen:

Auf der Mikroebene (Individuelle Pflegesituation):

- **Risiko** Fehlende (Beratungs)Kompetenzen und Strukturen: Eth. Versorgungsdilemmata werden (wenn überhaupt erkannt) nicht systematisch bearbeitet: Über-/Unter- oder Ungleichversorgungsrisiken, Selbstbestimmung der BW, Moral Distress bei Pflegegenden

Auf der Mesoebene (Organisation/Einrichtung):

- **Risiko** Fehlende eth. Reflexion laufender Entwicklungen: tatsächliche oder vermeintliche Sachzwänge überlagern unreflektiert veränderte Versorgungsbedarfe (versteckte/offene Rationierung, Unterversorgungsrisiken, Ungleichversorgungsrisiken; Selbstbestimmung, Fürsorge, Nichtschaden)

Auf der Makroebene (System/Rahmenbedingungen):

- **Risiko** Ethik keine explizite Profession sondern implizite Anforderung: Träger/Einrichtungen stellen keine Ressourcen (Fortbildungen, Strukturen, Personal) zur Verfügung („Ethik machen wir ja alle ...“)
- **Risiko** Laufende Entwicklungen bleiben unreflektiert, Gefahr einer Funktionalisierung der Pflege die von Sachzwängen dominiert wird und in der individuelle Bedarfe und Bedürfnisse der BW nicht mehr primär handlungsleitend sind.



Fazit

- Stationäre Langzeitpflege bewegt sich immer auf dem **Spannungsbogen zwischen dem Anspruch weitestgehender Individualität/Selbstbestimmtheit und der Gefahr der totalen Institution** (nach Goffman).
 - Die **Herausforderung ist, diesen Spannungsbogen** in allen Entscheidungen – so-wohl zur Gestaltung der individuellen Pflegesituation als auch zu organisatorischen / konzeptionellen Fragen ebenso wie in der Gestaltung der (rechtlichen) Rahmenbedingungen – **im Fokus zu haben**.
 - Die Implementierung von Ethikstrukturen, -kompetenzen und -instrumenten (**Entwicklung einer Ethikkultur**) ermöglicht die **systematische Reflexion** dieses Spannungsbogens sowie das erkennen und **vermeiden von Über-/ Unter- oder Fehlversorgungssituationen** und (**vermeidbarer**) **Einschränkungen der Selbstbestimmtheit** der Bewohnenden (über das ohnehin d.d. institutionellen Rahmen gesetzte Maß hinaus).
- ➔ **Ethikinstrumente und –strukturen müssen explizite Anforderungen an die Qualität der Einrichtungen mit leistungrechtlich geregelter Refinanzierung der erforderlichen Ressourcen (Personal, Fortbildungen) werden.**

Hilfreiche Ansätze - Praxisbeispiele

- **Interdisziplinär besetztes Ethikkomitee der Franziska Schervier Altenhilfe** für die Einrichtungen im Rhein-Main Gebiet: u.a. Entwicklung Ethikstandards, ethische Fallbesprechungen, interne Fortbildungen
- **Frankfurter Ethiknetzwerk e.V.:** u.a. Regionales Ethiknetzwerk, Fortbildungen, ambulante Ethikberatung, Ethik in der generalist. Pflegeausbildung www.ethiknetzwerk-frankfurt.de
- **METAP II – Alltagsethik für die Langzeitpflege:** Stufenmodell zur Implementierung integrierter Ethikstrukturen und -instrumente auf der Mikro- und Mesoebene und dem Aufbau von Ethikkompetenz bei Pflegenden (Universitätsspital Basel Dr. Albisser-Schleger) www.spitalexterne-ethik-metap.ch (*Modular Ethik Therapieentscheidungen Allokation Prozess*)
- **SeLeP 2.0:** Modell zur Förderung selbstbestimmten Lebens im Altenpflegeheim (Universität Augsburg Prof. Schlögl-Vierl / PH Freiburg Prof. Hiestand) www.pflegenetzwerk-deutschland.de/selep-20
- **MHFA Kurse (Mental Health First Aid):** Förderung der seelischen Gesundheit und Umgang mit psychischen Krisen bei Pflegenden und Bewohnenden (Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim) www.mhfa-ersthelfer.de
- **Gesundheitliche Versorgungsplanung für das Lebensende (§ 132g SGB V):** Beratung für ein differenziertes **Advance Care Planning**, das die Umsetzung des Patientenwillens sicherstellt und für alle Beteiligten Handlungssicherheit schafft (u.a. UK Düsseldorf Prof. in der Schmitt / LMU München Prof. Marckmann) www.advancecareplanning.de
- **Pflegekonzepte, die ethische Prinzipien/Grundhaltungen und Pflegepraktische Fragen zusammen denken:** u.a. Psychobiografisches Pflegemodell (Prof. Erwin Böhm) www.enpp-boehm.de; Palliative Geriatrie (u.a. Prof. Koyer, Wien) www.fgpg.eu

➔ **BEI ORGANISATORISCHEN, KONZEPTIONELLEN UND STRATEGISCHEN ENTSCHEIDUNGEN DIE ETHISCHE DIMENSION IMMER MITDENKEN!**



Quellenangaben

Folie 3 Ausbildungsdaten – DeStatis Pressemitteilung Nr. 099 18.03.2025

Arbeitsmarktdaten – DeStatis Pressemitteilung Nr. 033 24.01.2024

Arbeitsmarktdaten – Bundesagentur für Arbeit / Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich Mai 2025 S. 19 ff.;

Diagramm – Franziska Schervier Altenhilfe gGmbH (Daten aus DeStatis Pressemitteilung Nr. 448 18.12.2024, Beitrag auf www.curacon.de vom 07.02.2025 und eigene Berechnung)

Bedarfsentwicklung – Pflegeheim-Atlas 2025 Wuest+Partner

Folie 5 Durchschn. Verweildauern – www.ärztezeitung.de 24.01.2024

Diagramme/Daten zu Demenz/APE – Franziska Schervier Altenhilfe gGmbH

Folie 7 Angaben Ethikstrukturen – www.ethikkomitee.de/einrichtungen 05.01.2026