

# Entbürokratisierung in der Pflege:

## Ansatzpunkte, die gerne übersehen werden

Will man die Bürokratisierung abbauen, müsste man dort ansetzen, wo sie ihre Wurzeln hat. Christian Müller-Hergl, Deutschlands DCM (Dementia-Care-Mapping) Spezialist, zieht aus seinen Beobachtungen in zahlreichen Heimen folgenden Schluss:

"Ich nenne Heime manchmal ein qualitätsgesichertes KZ: Das Essen ist 60 Grad heiß, es ist sicher, die Hygienevorschriften sind eingehalten, es ist schön sauber. Jemand von der Universität schreibt Pflegepläne. Nach außen hin ist alles in Ordnung, aber menschlich gesehen ist es eine Katastrophe. Es herrscht eine kalte, unberührte und unberührbare Stimmung vor, obgleich formal alles in bester Ordnung zu sein scheint. Das ist nicht überall so. Wenn es nicht so ist, dann liegt es daran, dass es einige Nischen gibt, die von der Qualitätssicherung noch nicht heimgesucht worden sind. Qualitätssicherung geschieht im Interesse der formalen Organisation und stellt eine Fortsetzung bürokratischer Kontrolle unter einem anderen Titel dar. (Gröning) Das ist nichts anderes als ein Machtapparat, dient der Effizienz und Effektivität sowie der Definition und Sicherung eines absoluten Minimums (und nicht der Verbesserung), ist ein Kontrollinstrument für soziale Arbeit. Das heißt praktisch, es gibt am laufenden Band neue Listen, die man ausfüllen muss. Es werden bürokratisch Listen bedient, weil man Listen bedienen muss und nicht, weil dahinter etwas Gehaltvolles steht. Wenn Sie sich die Realität anschauen, dann merken Sie, das 90 % von dem, was in den Konzepten, in den Leitbildern, in den Standards steht, überhaupt nie in der Praxis angekommen ist. Oder wenn doch, dann nur symbolisch oder in einer ganz dünnen, kognitiven Schicht der in einer Einrichtung verantwortlichen Pflegeeliten. Die geistige und sprachliche Entfremdung zwischen dieser Elite und den tatsächlich Betreuenden nimmt beständig zu und verdichtet die „institutionelle Aphasie“. (Gröning) Und letztlich bedient man damit einen immer größer werdenden Apparat, in dem sich Qualitätssicherer und Uni-Leute tummeln. Dieser Apparat wirkt sich sichtbar für die alten Menschen kaum positiv aus, im Gegenteil, er erschwert die Arbeit nach Kräften.. Es werden Vorstellungen von Experten bedient, nicht Angebote verbessert.

Ein Beispiel aus England: Eine Einrichtung wird verurteilt, weil sich eine Bewohnerin an einem Tisch im Snoezelen Raum ein Bein gebrochen hat. Grund: dieser Tisch ist nicht in die formelle Risikobeurteilung aufgenommen worden. Hätte sich die Bewohnerin das Bein am qualitätsgesicherten, „risk assessed“ Kaffeetisch im Aufenthaltsbereich das Bein gebrochen, wäre alles in Ordnung gewesen.- Ich denke, dass dies verrückt ist und nur noch mit Ironie und Zynismus ertragen werden kann." (C.Müller-Hergl, Auszug aus einem Vortrag, gehalten im Okt.03 in Offenburg)

So krass diese Worte klingen, sie drücken auch aus meiner Erfahrung mehr als nur ein Fünkchen Wahrheit aus. Auch ich sehe in der Art wie Qualitätssicherung häufig verstanden und gehandhabt wird, reine Augenwischerei. Die Wenigsten nutzen die Instrumente der Qualitätssicherung im ursprünglich gedachten Sinne, weshalb das, was auf dem Papier steht, mit dem, was in der Praxis läuft, kaum irgendwo zusammenpasst. Nach mehr als 15 Jahren, in denen ich mit der Definition von Qualitätsstandards für die Pflege befasst bin, und als Pflegefachfrau und Qualitätsberaterin, als die ich Einblick in das Innenleben von rund 120 Einrichtungen hatte, war ich zeitweise geneigt, mich resigniert zurückzuziehen, weil sich hier eine Entwicklung verselbstständigt hat, die auch der "Runde-Tisch-Pflege", kaum zu stoppen in der Lage sein dürfte. Doch Jammern und Klagen nützt bekanntlich wenig, zunächst stellt sich die Frage: Was sind die Ursachen dafür, dass der bürokratische Aufwand in den letzten 10 Jahren Dimensionen angenommen hat, die jedes Verhältnis sprengen?

Aus meiner Sicht stellt sich folgender Ursachenzusammenhang dar:

**Ursache 1. Aufwand und Nutzen werden nicht in Relation gesetzt.** Vielmehr ist das bestehende System so angelegt, dass sich jene Leistungsanbieter am besten stehen, die entsprechend viele Leistungen in dokumentierter Form vorweisen können. Inwieweit die erbrachten Leistungen hilfreich waren, spielt keine Rolle. Selbst wenn der Empfänger offensichtliche Schäden erlitten hat, werden die "fehlerhaften oder nur auf dem Papier erbrachten" Leistungen von den Kassen übernommen. Papier ist geduldig. Und die heute üblichen Qualitätssicherungsverfahren, Pflegepläne Durchführungsnachweise etc. beweisen letztlich nicht, ob das Angegebene tatsächlich durchgeführt wurde.

Ursache 2. **Verbesserung von Lebens-/Erlebenssituation der Pflegebedürftigen ist nicht das Ziel** (oder allenfalls ein Ziel auf dem Papier). Was zählt, worauf geachtet wird, ist die formal korrekte Erfüllung der geforderten Formalitäten. Eindeutig wird die Form über den Inhalt gestellt. Auch unsere "Qualitätsstandards in der Altenpflege" stehen in vielen Einrichtungen lediglich parat, um sie im Falle einer Qualitätsprüfung vorlegen zu können. Das Verhältnis von Aufwand und Nutzen stimmt noch nicht einmal, wenn man es nur auf die Form anwendet. Denn häufig stellt die Form ein Konglomerat aus verschiedenen Versatzstücken dar, die an den Schnittstellen Lücken oder Überschneidungen aufweisen. Bei kritischer Betrachtung würde sie in sich zusammenfallen.

Ursache 3. **Statt das Erkennen ursächlicher Zusammenhänge und das Setzen von Prioritäten zu fördern, werden Pflegepläne in einem Wissenschaftsformat gefordert.** Pflegetheorien und wissenschaftliche Studien in einzelnen Teilgebieten besitzen inzwischen einen höheren Stellenwert als gesunder Menschenverstand, gepaart mit einer soliden Fachausbildung sowie regelmäßiger Reflektion von Berufs- und Lebenserfahrung. Der Blick für das Ganze, den pflegebedürftigen Menschen in seiner Lebenslage, ist in dem Maße eingeschränkt, in dem Checklisten eingesetzt werden, die abwechselnd lediglich verschiedene Teilbereiche beleuchten. So kann es vorkommen, dass um einzelne Details ein riesen Aufwand gemacht wird, der dem Kranken zudem noch schadet, weil das Wesentliche durch die Konzentration aufs Detail übersehen wird.

Erlauben Sie mir dies an zwei Beispielen kurz zu erläutern:

#### Beispiel 1: **Pflegeplanung und -dokumentation orientiert an einem theoretischen Modell.**

Seit den 80iger Jahren sind die führenden Köpfe in der Pflege bestrebt, Pflege auf ein eigenständiges wissenschaftliches Fundament zu stellen. Diese Bestrebung, gegen die grundsätzlich nichts einzuwenden ist, hat zunächst dazu geführt, dass das erst beste (ins Deutsche übersetzte) Pflege-Modell (n.Roper), aus Übersee importiert wurde. Von der Fachpresse als Instrument zur Gewährleistung ganzheitlicher Pflege gehandelt, gelangte es über das Krankenpflegelehrbuch "Juchli" in die Köpfe der Krankenpflegeschüler und anderer Studierender; und dort ist es heute kaum noch wegzudenken. Die Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel, adaptierte dieses Modell für den Bereich der Altenpflege, kreierte aus dem ATL das AEDL Modell, und verlieh ihm durch eine vom BMGS geförderte Studie das Gütesiegel "wissenschaftlich geprüft". Seither ist Pflegeplanung nur noch nach diesem Modell zulässig. Andere Formen werden heute nicht einmal an den Unis diskutiert. Dies ist umso bemerkenswerter, bedenkt man, dass es bis heute keine vergleichende Untersuchung gegeben hat, ernsthaft nie ein anderes Modell oder eine praktikablere Alternative, die es durchaus gibt, einbezogen wurde. Die Frage nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen, wurde außer von mir von niemandem öffentlich gestellt. Zwar sorgte mein Artikel: "Die Pflege eines pflegebedürftigen Pflegemodells." 1992 für einiges Aufsehen und brachte auch viel Zustimmung ein, aber dieser Zug war nicht mehr aufzuhalten. Wichtig schien allein das Attribut: Wissenschaftlichkeit.

Bei einer an diesem Modell orientierten Dokumentation des Pflegeprozesses wird nicht danach gefragt, was das Kernproblem in der vorliegenden Situation ist und wie das eine mit dem anderen zusammenhängt. Stattdessen werden 12 - 14 Lebensaktivitäten auf Defizite und Ressourcen abgeklopft, wobei Informationen gleichrangig aufgelistet werden und kein Unterschied gemacht wird zwischen Ursache und Wirkung. Wenn z.B. eine Schlaganfallbedingte Lähmung und Bewegungseinschränkung vorliegt, durch die Bettlägerigkeit und Dekubitusgefahr und andere Gefahren und Abhängigkeiten bestehen, würde es nach meinem Verständnis völlig genügen, die Situation des Kranken kurz zu beschreiben um im weiteren daraus alles Notwendige abzuleiten. Es liegt doch auf der Hand, dass wenn jemand sich alleine nicht mehr zur Seite drehen kann, kein Gefühl in bestimmten Körperregionen hat, Dekubitusgefährdung besteht. Selbst ein Laie kann erkennen, wenn jemand Hilfe bei Verrichtungen braucht, für deren Ausführung eine intakte Körperkoordination erforderlich wäre.

Seit Pflegeplanung nach AEDL-Checkliste gemacht werden "muss", ist das keine Selbstverständlichkeit mehr. Nein, nun müssen Pflegenden das Kernproblem aufspalten, also die Auswirkungen des Schlaganfalls definierten Teilbereichen (den AEDLs) zuordnen, jedem dieser Problemauswirkungen eine Ressource gegenüberstellen, sowie Ziele und Maßnahmen auflisten - wodurch zahlreiche Überschneidungen vorprogrammiert sind. Es ist einfach nur zum verrückt werden, wenn man sich derart unsinnige Pläne anschaut, die vorne und hinten mit der Kneifzange zurechtgebogen sind, und nichts anderes kundtun, als eine Wahnsinns-Fleißarbeit - falls sich denn überhaupt jemand die Mühe macht, alle Lebensaktivitäten durchzudeklinieren. Aus Zeitgründen, weil den Pflegenden auf die Schnelle zu den psychosozialen Bereichen selten etwas Gescheites einfällt, bleiben diese Rubriken in der Praxis meist unausgefüllt. So hat es sich eingebürgert, dass im

Gründe nur noch vier Bereiche Beachtung finden: Bewegung, Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung. Von der Ganzheitlichkeit war Pflege nie weiter entfernt als heute.

Das Verlockende an diesem Modell ist sein Checklistencharakter. Das Tückische daran, das Pflegenden verlernen, Problemzusammenhänge zu erkennen und Prioritäten zu setzen. Doch das wären Fähigkeiten, die zur besseren Alltagsbewältigung in der Praxis verhelfen würden. Eine sinnvolle Pflegeplanung wie sie mir vorschwebt, konzentriert sich auf wenige Problemschwerpunkte und leitet klare Prioritäten ab. Bei richtiger Handhabung bedarf es dazu nur eines Planungsblattes über den gesamten Pflegezeitraum (siehe Veröffentlichungen, u.a. "Pflegestandards", Springer Verlag 1994).

Bis Mitte der neunziger Jahre reiste ich noch durch die Lande, um auf zahlreichen Veranstaltungen an Fallbeispielen zu demonstrieren, dass eine Dokumentation nach dem vom ATL- bzw. AEDL-Modell vorgegebenen Modus, einen etwa 10 fachen Aufwand mit sich bringt, sofern diese fachlich korrekt von Anfang bis zum Ende durchgeführt würde. Das wäre ja vielleicht noch in Ordnung, wenn dieser Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen stünde. Tatsächlich hat die Orientierung an diesem Modell eher dazu geführt, dass heute nur noch körperbezogene Pflegemaßnahmen abgerechnet werden können, und man vielerorts schon froh sein kann, wenn Mindestanforderungen wie "Satt- Sauber- und Dekubitusfrei" in der Praxis gewährleistet werden können. Papierberge wurden seither produziert, die bei näherer Betrachtung nicht einmal den Zweck erfüllen, den theoretischen Anforderungen dieses Modells zu genügen.

Wenn es der Arbeitsgruppe "Entbürokratisierung" nicht gelingt, wenigstens an den Grundfesten dieser Modell-Dokumentation zu rütteln, dann wird die Pflege weiterhin schreiben, einzig und alleine, um wissenschaftlichem Habitus zu genügen.

## **Beispiel 2: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe.**

Aus meiner Sicht handelt es sich dabei um eine wissenschaftliche Arbeit, die man als solche gelten lassen kann. Die Voraussetzungen eines Standards erfüllt diese lediglich dahingehend, dass Dekubitusprophylaxe zur Chefsache erklärt wird, konkret: Heimleiter und Pflegedienstleiter für ausreichend qualifiziertes Pflegefachpersonal und für die notwendigen Materialien zu sorgen haben. Darüber hinaus wird festgelegt, dass Pflegefachkräfte das Dekubitusrisiko an Hand bestimmter Skalen einschätzen müssen, individuelle Bewegungs- und Lagerungspläne zu erstellen haben, alle Beteiligten informieren müssen; und, wie auch immer, dafür zu sorgen haben, dass kein Dekubitus entsteht.

In den vielen Seiten dieses Werkes sucht man vergeblich nach einer einzigen konkreten Aussage darüber, wie denn nun im Falle eines Dekubitusrisikos in der Praxis verfahren werden sollte. Im Gegenteil: An vielen Stellen der Schrift finden sich Hinweise auf die fragwürdige, nicht wirklich erwiesene Effektivität heute gebräuchlicher Antidekubitusmaterialien und -betten. Aber was stattdessen genommen werden sollte, steht nirgendwo. Selbst die Schaumstoffmatratze, die noch am besten wekommt, wird mit Vorbehalt empfohlen. Felle, Eis und Fön, Melkfett und andere zeitweise in Mode geratene Anwendungen, waren bereits vor dem Erscheinen des Expertenstandards out, jedenfalls in der Fachliteratur. Und über die Lagerungsintervalle streiten sich die Gelehrten mehr denn je. Auch dazu keinerlei konkrete, für die Praxis hilfreiche Aussage in dieser Schrift.

Offensichtlich konnten sich die WissenschaftlerInnen auf nichts festlegen, da sie sich ausschließlich der Wissenschaft verpflichtet fühlten und feststellen mussten, dass die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Studien, die meisten Fragen zur Dekubitusprophylaxe unbeantwortet lassen, beziehungsweise keine eindeutige Antwort zulassen. Eigene Untersuchungen wurden nicht vorgenommen.

*Auch hier wird die Form über den inhaltlichen Aussagegehalt gestellt:*

Fünf von sieben Punkten in der Rubrik Struktur betonen die Notwendigkeit der Qualifikation. Da jedoch im Expertenstandard selbst keine einzige konkrete Aussage darüber zu finden ist: was, wann, wie im Falle eines Risikos getan werden müsste, bleibt die Auswahl der Unterrichtsinhalte (Qualifikationsinhalte) und der Maßnahmen nach wie vor den PflegelehrerInnen überlassen. Schlussendlich mündet der inhaltliche Aussagegehalt dieses Expertenstandards in der Aufforderung: "Besorgen Sie sich die entsprechende Fachliteratur zu diesem Thema" (einer von "10 Tipps für Pflegekräfte" die das KDA nachreicht.)

Mehr als zuvor steht der Praktiker vor Fragen wie:

1. Was ist zu tun bei einem geringen Risiko, was bei einem mittleren, hohen oder sehr hohen Risiko? Kann diese Frage nicht beantwortet werden, nützt auch die seit dem Expertenstandard favorisierte Braden-Skala wenig. Was bringt es zu wissen oder zu dokumentieren, wie viele/wenige Risiko-Punkte der Kranke erreicht, wenn ich nirgendwo bislang nachlesen kann, was bei welchem Punktwert pflegerisch angezeigt wäre. Hier hat man auf Einschätzungsbögen zurückgegriffen, die von

Pflegewissenschaftlern anderer Länder entwickelt worden sind und dort angeblich gute Dienste tun. Eine echte Nützlichkeitsstudie unter den hierzulande vorliegenden Bedingungen hat es bislang nicht gegeben, noch wurde erforscht, welche Methode der Einschätzung mit dem geringsten Aufwand die sichersten Ergebnisse hervorbringt.

**Was wäre die Alternative:** Statt der Bürokratisierung durch derartige Erhebungsbögen Vorschub zu leisten, wären regelmäßige Schulungen in Krankenbeobachtung insgesamt wesentlich hilfreicher. Eine Pflegefachkraft mit einer mehrjährigen Ausbildung erkennt grundsätzlich auch ohne solch ein Hilfsmittel, wer an welchen Stellen dekubitusgefährdet ist. Wenn dennoch in der Praxis häufig zu spät auf die Gefahr reagiert wird, liegt das hauptsächlich daran, dass das Bezugssystem nicht funktioniert, mithin die Verantwortung nicht klar zugeordnet ist. Bei einem funktionierenden Bezugspflegesystem trägt die Bezugspflegerin Sorge für die speziell ihr anvertrauten Patienten/Bewohner. Bezugspflegerinnen zeigen erwiesenermaßen ein weit höheres Engagement und größeres Interesse als Pflegekräfte, die mal hier, mal dort eingesetzt werden, wie es gerade am besten passt. **Um die Dekubitusrate zu senken, benötigt man m.E. keine Checklisten und auch keine Dekubitus-Berater, sondern ein gut funktionierendes Bezugspflegesystem!!!** In Einrichtungen, die nach diesem System arbeiten, findet man insgesamt gesündere Verhältnisse vor, können sich Bewohner eher Zuhause fühlen, freier bewegen und aktiver am Leben teilnehmen. In Einrichtungen mit einer überwiegend funktionalen Organisation sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen in aller Regel deprimierender, liegen die alten Menschen länger in den Betten, findet man deutlich mehr Bettlägerige also auch Dekubitusgefährdete.

Eigentlich müsste ein Dekubitusprophylaxestandard viel früher ansetzen, nämlich bei der Frage, wie kann man Bettlägerigkeit vermeiden. Damit könnte man viele Probleme in eins lösen, könnte man effektiver und kostensparender den beklagten Missstände in der Pflege entgegenwirken, als mit einem Expertenstandard, der sich einseitig nur auf ein Körpersymptom konzentriert.

## *2. Wie oft sollen wir denn jetzt lagern?*

Woran erkenne ich, ob ein Patient nach 30 Minuten gelagert werden müsste, ein anderer hingegen ruhigen Gewissens 3 Stunden auf dem Rücken liegen bleiben könnte? Auch dies bleibt trotz Expertenstandard weiterhin Ermessenssache, d.h. der Erfahrung und Beobachtung der Pflegekraft vor Ort überlassen.

Im Übrigen geht das bis dato vorgeschlagene Lagerungsintervall nicht auf Florence Nightingale zurück, was in jüngsten Vorträgen gerne zum Besten gegeben wird, sondern wurde lange Zeit begründet mit den Forschungen von K.D. Neander, der sich wie kein anderer hierzulande mit der Untersuchung des Aufgedrucks je nach Unterlage und Zeit beschäftigt hat. Nicht nur im Krankenpflegelehrbuch "Juchli" auch in dem von Bienstein und Schröder herausgegeben und bis dato maßgebenden Lehrbuch "Dekubitus", steht wörtlich und unterstrichen: "Die wirksamste Prophylaxe ist die zweistündliche Umlagerung des Patienten in Rücken-, 30-Grad-Seitenlage oder auch Bauchlage." Das war doch wenigstens eine klare Empfehlung, damit kann man in der Praxis etwas anfangen! Seit der Expertenstandard zum Maßstab aller Dinge erklärt wurde, ist alles offen und die Verunsicherung groß. Wäre es nicht viel sinnvoller gewesen, man hätte verschiedene Standards, u.a. den von uns entwickelten Dekubitusprophylaxestandard, einer Vergleichsstudie in der Praxis unterzogen: Mit der Zielsetzung, herauszufinden, welcher Standard mit dem geringsten Aufwand regelmäßig die besseren Ergebnisse (die wenigsten Druckgeschwüre) hervorbringt? Müsste man nicht überhaupt viel stärker in der Relation Kosten - Nutzen denken, angesichts der angespannten finanziellen und personellen Lage?

Stattdessen versucht man nun einen Standard zu generieren, der Forderungen an Pflegedienste und Einrichtungen stellt, die diese teuer zu stehen kommen. Die geforderten Schulungen und Spezialqualifikationen kosten Geld. Es wäre interessant zu ermitteln, wie viel Mitarbeiterstunden seit Einführung des Expertenstandards alleine dazu verwendet wurden, dieses Werk durchzuarbeiten. "Gründen Sie Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel, und entwickeln Sie einen Stufenplan zur Einführung des Standards in der Praxis.", empfiehlt das KDA. Ebenso interessant wäre die Ermittlung der dabei zustande gekommenen Ergebnisse.

Mehrfach habe ich in den 90iger Jahren anzuregen versucht, Pflegewissenschaftler mögen die vorhandenen Standards einer vergleichenden Überprüfung in der Praxis unterziehen. Stattdessen hat man sich auch diesmal wieder mit Literaturrecherche begnügt und daraus Empfehlungen abgeleitet. Herausgekommen ist der vorliegende Expertenstandard. Dieser wurde vor der Verabschiedung zwar einer praktischen Eignungsprüfung unterzogen, aber was sagt das schon aus, wenn keine Alternativen zur Wahl stehen. Wie hätte dieser Standard die praktische Prüfung nicht bestehen können, bei den hohen Erwartungen, die allseits hineingesetzt wurden und dem Schulungsaufwand im Vorfeld? Wenn Sie als HeimleiterIn oder PflegedienstleiterIn Ihre Mitarbeiter

darauf trimmen, peinlich genau darauf zu achten, dass nur bloß kein Dekubitus entsteht, wenn Sie extra Pflegekräfte dafür abstellen, die nichts anderes tun, als dekubitusberatend von Station zu Station zu wandern, wenn alles andere nicht annähernd so wichtig genommen werden muss, dann wird die Dekubitusrate in Ihrem Haus mit Sicherheit sinken. Doch zu welchem Preis?

### 3. Welches Spezialbett sollen wir benutzen?

Laut Expertenstandard muss die Einrichtung innen 12 Stunden ein Spezialbett besorgen! Doch Spezialbetten sind bekanntlich teuer, sehr teuer sogar. Die stehen deshalb nicht reihenweise bevorratet zur Verfügung. Wenn ich mich an das Prozedere erinnere, an den Zeitaufwand und den Stress, welches mit der Besorgung von Spezialbetten verbunden ist, dann dürfte diese Forderung, zumindest im Altenpflegebereich und in der häuslichen Pflege in den seltensten Fällen umzusetzen sein.

Bei welchen Zustandsbildern muss ein Spezialbett angeschafft werden und welches wäre hier geeignet? Auch diese Fragen bleiben im Expertenstandard unbeantwortet. Nach wie vor werden PflegedienstleiterInnen über Messestände pilgern müssen, werden den Angaben der Hersteller vertrauen müssen, die natürlich allesamt die Vorzüge ihre Matratze, ihres Bettes herausstellen und sich dabei auf selbst erhobene Studien berufen.

*Was wurde also gewonnen, mit dem Expertenstandard - frage ich Sie?*

In der Fachpresse häufen sich derweil die Klagen, dass fast drei Jahre nach seiner Einführung dieser Nationale Expertenstandard in der Praxis immer noch viel zu wenig genutzt werde. Auch die Dekubitusrate ist trotz des in allen Medien und auf allen Fachveranstaltungen erhobenen Zeigefingers, trotz der Dringlichkeit und Nachdrücklichkeit mit der Pflegeverbände, das KDA und andere zur Umsetzung des Standards aufrufen, nur minimal rückläufig. Eine stärkere Rückläufigkeit kann nur in Regionen festgestellt werden, die große Anstrengungen unternahmen, wie in Hamburg, nach dem es dort in 2000 eine zusätzliche Dekubituspräventions-Offensive gegeben hatte. Nach der Offensive sei die Rate wieder angestiegen, wengleich nicht bis zu der davor liegenden Marke, berichtete der Rechtsmediziner Dr. Axel Heinemann, auf einer Fachtagung im Juni 2003 in Düsseldorf. Bemerkenswert auch das Schlusswort seines Vortrags: "Abschließend ist zu unterstreichen, dass Dekubitushäufigkeiten nicht als Marker von Qualität schlechthin postuliert werden dürfen, nur weil sie vergleichsweise zu anderen "weicheren", weniger optisch greifbaren Qualitätskriterien guter Pflege einfach messbar sind. Die Einhaltung von Lagerungsplänen und entsprechenden Dokumentationspflichten dürfen nicht zu Lasten z.B. (...) der menschlichen Zuwendung gehen." Das kann man nur unterstreichen, denn die Dekubitusgefahr ist eine von vielen Gefahren, denen pflegeabhängige Menschen ausgesetzt sind. In dem Maße, wie die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte auf einzelne Punkte fokussiert wird, geht sie für die Bedürfnislage des ganzen Menschen verloren. Nicht minder wichtig wäre eine **Prävention institutionsbedingter seelischer Wunden, seelischer Schmerzzustände und Traumen**. Auch diese kann man sehen, ja, man könnte sie sogar messen: Seelische Verwahrlosung, Wesensveränderungen, Verwirrtheit, Angstzustände, Wahnvorstellungen, Depression, alles das ist sichtbar. Nur scheut man sich bislang offiziell, den Zusammenhang zwischen dem Mangel an menschlicher Zuwendung, an Verständnis und Interesse als Hauptursache für diese "Alterskrankheiten" herauszustellen, weshalb in diesen Fällen noch kein Gericht bemüht werden konnte.

Um hier Abhilfe zu schaffen, bedarf es keiner Nationalen Standards, die sich auf jedes einzelne Symptom konzentrieren. Alle diese Probleme ließen sich mit der Installation des Bezugspflegesystems (Primary Nurse) in den Griff bekommen sowie durch Einführung eines Honorarsystems, in dem Leistung jeweils in Relation zum Ergebnis gesetzt würde und diejenigen einen finanziellen Vorteil hätten, die insgesamt bessere Ergebnisse erzielen - nicht nur weniger Dekubitusfälle.

Das beste Mittel gegen den Bürokratismus wären regelmäßige Vergleichsstudien. Diese könnten durchaus Wettbewerbscharakter haben, im Sinne von: Prämiert und gefördert wird das Pflegekonzept/Dokumentationsverfahren, welches mit dem geringsten Aufwand in der Praxis regelmäßig die besseren Ergebnisse vorzuweisen hat. So verstanden könnte Pflegewissenschaft der Praxis zuarbeiten. Aktuell treibt sie die Praktiker in die Flucht - bzw. in die Studierstuben. Und von dort will kaum jemand zurück in den deprimierenden Alltag an den Pflegebetten.