

Stellungnahme zu den Empfehlungen der AG I des Runden-Tisch-Pflege

Zu 1. Selbsthilfepotentiale Pflegebedürftiger und privat Pflegender mobilisieren, unterstützen und absichern.

Es freut mich, dass dieser Punkt an die erste Stelle gesetzt wurde und nicht wie zumeist üblich, Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung (Versorgung) im Fordergrund stehen.

Jedoch würde ich noch einen Schritt vorschalten, nämlich **die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit**, wo immer dies möglich ist. Beigefügt ein Beispiel wie Pflegebedürftigkeit häufig entsteht und wo man folglich ansetzen könnte:

Die Kinder gehen ihre eigenen Wege, der Ehepartner ist vielleicht verstorben oder es herrschen gespannte Familienverhältnisse vor, einen festen Freundeskreis und regelmäßige Unternehmungen, die den eintönigen Alltag beleben könnten, gibt es nicht. Ohne Perspektive, mitunter enttäuscht - weil sich keiner für die alte Mutter/Vater/Oma/Opa/Tante oder Onkel interessiert, alleine in der Wohnung, im eigenen Haus, nur den Fernseher als Fenster nach draußen, durchlebt ein Großteil unserer alten MitbürgerInnen einen langweiligen Tag nach dem anderen. Doch die Nächte sind nicht minder problematisch, schlaflos hin- und herwandernd, fällt der Blick auf die Tablettenschachteln in der Nachttischschublade. Die Auswahl ist oft groß, alles mögliche hat der Hausarzt schon verschrieben: leichte, mittlere und starke Schlafmittel, Antidepressiva, Mittel gegen das Rheuma im Bein, gegen die Osteoporose, gegen zu hohen Blutdruck und zu hohe Cholesterinwerte, gegen die morgendlichen Schwindelanfälle, gegen Verstopfung. Auch Grippemittel, nicht ganz aufgebrauchte Antibiotikaschachteln, Kopfschmerztabletten und das ein oder andere pflanzliche Mittel findet sich hier. Eigentlich dürfte von den starken Schlafmitteln höchstens eines genommen werden; aber wenn das nur bis zwei Uhr nachts wirkt? Morgens liegt dann der Kreislauf danieder, wie gerädert entsteigt der "Schlafmitteltrunkene" seinem Bett, energie- und lustlos beschließt er, die Morgentoilette auszulassen. Besuch wird ohnehin nicht erwartet und um einkaufen zu gehen, fehlt einfach die Kraft. Eine Tasse Kaffee vielleicht, eine Scheibe Brot, falls vorhanden - mehr aus Gewohnheit als aus Freude am Frühstück oder echtem Hunger. Schon gestern hätte dringend eingekauft werden müssen. Nur der Wasserkasten steht nahezu unangerührt da, dabei hat sogar der Arzt geraten, jeden Tag mindestens eine Flasche zu trinken, bei all den Medikamenten, die täglich eingenommen werden sollen. Tatsächlich sind die wöchentlichen Arzttermine so ziemlich der einzige Anlass für eine sorgfältige Körperpflege und frische Wäsche. Diese Tage sind etwas Besonderes; hier findet man in den Wartezimmern den ein oder anderen Leidensgenossen oder eine freundliche Sprechstundenhilfe, die geduldig zuhört, während sie Blutdruck misst, den Blutzuckertest macht und die neuen Rezeptwünsche schon mal vornotiert, damit der Arzt nur noch zu unterschreiben braucht. Auch die stets freundliche, verständnisvolle Zuwendung des Arztes tut gut, wenn er auch zu wenig Zeit hat, weil ja draußen schon die nächsten warten. Immerhin sind in dieser Praxis liebe Menschen, die man kennt, denen man einen kleinen Teil der eigenen Leidesgeschichte erzählen kann - wohl wissend, dass sie nicht wirklich helfen können. Getröstet mit ein paar netten Worten, gutgemeinten Ratschlägen und einem Rezept, geht es sofort in die Apotheke. Auch hier freundliche Menschen, die ihre Stammkundschaft kennen und sich manchmal Zeit nehmen, um deren Beschwerden anzuhören. Solche Arztbesuchstage müsste es öfter geben, sie sind wichtiger als das tägliche Brot, denn hierdurch erfährt der einsame alte Mensch, dass er noch nicht völlig abgeschrieben ist, dass er willkommen ist, es Leute gibt die sich interessieren. Zu Hause angekommen, ist diese aufmunternde Wirkung rasch wieder verflogen. Die flüchtigen Kontakte mit der Nachbarschaft, beim Frisör, beim Bäcker oder während des Einkaufs; die seltenen Besuche von Angehörigen, sie reichen nicht, um die Lebensfreude zu erzeugen, die das weitere Abgleiten in die Gleichgültigkeit und "Selbstaufgabe" verhindern könnte. Irgendwann stellt dann ein Angehöriger oder der Arzt fest, dass es so nicht weitergehen kann: der inneren Verwahrlosung folgt die äußere. Ein Pflegedienst wird eingeschaltet, soll sich um die korrekte Medikamenteneinnahme kümmern, Blutdruck täglich messen, für die Mahlzeiten sorgen und bei der Körperpflege helfen. Immerhin kommt jetzt täglich 1-2 mal ein lieber, netter Mensch vorbei, der sich kümmert. Zwar immer in Eile, aber besser als gar nichts. Auch die Tochter, der Sohn oder sonstige Angehörige fühlen sich alarmiert, sehen öfter mal nach dem Rechten. So lange es geht, soll die Mutter, der Vater in seinen eigenen Wänden versorgt werden - schon aus Kostengründen. Ein Platz in einem Pflegeheim ist teuer, das geht an die Substanz und wird nicht zuletzt aus diesem Grunde

solange als möglich hinausgezögert. Erst wenn selbstgefährdendes Verhalten vorliegt, durch Verwirrung, Wahnvorstellungen bzw. Demenz, bleibt meist keine andere Wahl.

Die Gefahr zum Pflegefall zu werden, zeichnet sich oft Jahre oder Monate vor dem Tag ab, an dem Hilfe angeboten wird. Vor allem Hausärzte müssten anders als bisher in die Pflicht genommen werden, müssten eine Gefährdung weiterleiten, anstatt lediglich Tabletten zu verordnen und zuzuwarten, bis nichts mehr geht. Voraussetzung wäre, dass es Stellen innerhalb einer sozialen Behörde oder Kasse gibt, die sich um solche Fälle kümmern. Ambulante Pflegedienste und Kassen treten momentan erst in Erscheinung, wenn ein handfester, d.h. ärztlich bescheinigter Pflege- und Betreuungsbedarf besteht.

Das beschriebene Praxisbeispiel Neu-Isenburg erscheint mir vom Grundkonzept her geeignet, den hier angeführten Präventionsansatz aufzugreifen und zu integrieren.

Ganz gleich, wie ein kommunales Konzept im Einzelnen aussieht, wesentlich ist, dass es dem Grundsatz "Hilfe zur Selbsthilfe" entspricht. Denn Versorgungsdenken, verursacht und fördert Pflegekarrieren.

Anmerkung zur Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (unter 1.5, Seite 6)

Die Kurzzeitpflege ist theoretisch sehr schön gedacht und wird ja auch vielfach angeboten, zumeist von Pflegeheimen. Manche kümmern sich um diese Bewohner (Gäste) besonders, haben einen höheren Personalschlüssel und ein gutes Angebot, so dass sich die "Gäste" dort wohl fühlen und auch Angehörige gerne Kontakt halten. Zu einem großen Teil jedoch, verschlechtert sich der Zustand des Pflegebedürftigen während der Tage oder Wochen in der Kurzzeitpflege mitunter erheblich. Ich könnte jetzt hier etliche Berichte von Angehörigen beifügen. Untersuchungen und Zahlen liegen dazu nicht vor. Um solche Einbrüche zu verhindern, empfehle ich die Einführung einer Meldepflicht für den pflegenden Angehörigen oder sonst eine geeignete Methode die dazu führt, dass bei einer 'untypischen' Zustandsverschlechterung während der Kurzzeitpflege, die Ursachen recherchiert werden: also ein Sachverständigengutachten erstellt wird.

An dieser Stelle passt folgende, grundsätzliche Überlegung, die im Zusammenhang mit hilfreicher und zugleich bezahlbarer Pflege dringend diskutiert werden müsste:

Mit Ausnahme- von Kranken- und Pflegeversicherung, ist man bei allen anderen Versicherungen verpflichtet "Schadenfälle" möglichst sofort zu melden, einschließlich einer Beschreibung der Ursachen. Im Zweifelsfalle schickt die Versicherung einen Sachverständigen vorbei, der den Hergang recherchiert, von dessen Gutachten es abhängt, ob und in welchem Umfang die Versicherung zahlt. Krankenversicherungen fragen hingegen nie nach den Ursachen z.B. für einen Dekubitus. Wie selbstverständlich zahlen sie die Behandlungskosten - Prophylaxemaßnahmen können hingegen nur in besonderen Fällen, nach Antragstellung abgerechnet werden. Würde die Kassen im Falle eines Dekubitus jeweils einen Gutachter vorbeischieken und hätte die Einrichtung im Falle nachweislicher Versäumnisse finanzielle Einbußen zu erwarten; würde die Dekubitusrate in kürzester Zeit auf ein Minimum sinken, davon bin ich überzeugt. Wenn man Prävention ernst nimmt und wirksam werden lassen will, muss man an dieser Stelle den Hebel ansetzen.

Zu 2. Selbständige Lebensführung im Alter absichern

Auch dies ein sehr wichtiger Punkt den man nur unterstreichen kann, einschließlich der Empfehlungen.

Zu 3. Koordination von Leistungen

Dass es wichtig ist verschiedene Leistungen so zu koordinieren, dass sich diese möglichst optimal ergänzen und dem Pflegebedürftigen tatsächlich auch weiterhelfen, ist unbestritten.

Doch erscheinen mir die hier gemachten Empfehlungen teilweise sehr theoretisch, unnötig weit hergeholt und soweit ich sie verstanden habe, in die falsche Richtung zeigend. Insbesondere die Ausführungen zu 3.3 sind alleine schon sprachlich kaum zu verstehen, geschweige denn, das ich mir darunter irgendetwas konkretes für die Praxis vorstellen kann.

Allgemein halte ich es für einen teuren und zudem falschen Weg, für alles und jedes, nun auch in der Pflege, Spezialqualifikationen zu fordern. Denn je mehr Spezialisten, desto mehr Schnittstellen.

Stattdessen sollte man Parzellierungen möglichst vermeiden und jede Pflegekraft befähigen, die Betreuung der ihr anvertrauten Patienten/Bewohner (Fälle) so eigenständig und weitreichend wie möglich zu organisieren und durchzuführen.

Zudem: Professionalisierung in der heute vielfach praktizierten oder angestrebten Weise, führt eher zur Versachlichung und emotionalen Distanzierung, als dazu, Kranken und pflegenden Angehörigen menschlich und partnerschaftlich zu begegnen. In diese Richtung zeigt auch der Beitrag von Vjenka Garms-Homolová in der Zeitschrift *forumSozialstation*, Ausgabe Februar 2005. *Qualität kommt nicht von Qualifikation*, so die Überschrift: *Pflegequalität von Laien ist nicht schlechter. Sie ist anders. Problematisch ist jedoch, dass professionelle Pflegekräfte häufig weder die Wichtigkeit dieser Ressourcen noch die Herangehensweise von Laien verstehen, weder darauf vorbereitet sind, Laien zu integrieren noch das eigene Handeln dem der Helfer anzupassen.* Mir scheint dies ein wesentlicher Aspekt, den man an erster Stelle bedenken müsste. Anzustreben wäre eine grundlegende Rollenveränderung professioneller Pflegekräfte: weg von der rein körperorientierten Versorgungspraxis - hin zur Fürsorge im eigentlichen Sinne.

Gerade in der ambulanten Pflege hat es in den letzten Jahren eine denkbar schlechte Entwicklung gegeben. Das Leistungsangebot und Ansehen der Pflege reduzierte sich auf folgende, mit den Kassen abrechenbaren Sachleistungen: Insulin spritzen, Medikamenteneinnahme sicherstellen, Blutdruckmessungen, Körperpflege, Hilfe beim Essen, beim An-/Auskleiden, beim Aus- oder Einsteigen ins Bett, Inkontinenzversorgung, Wundversorgung und Dokumentation. Anleitung von Patienten/Angehörigen lässt sich in den für diese Maßnahmen vorgegebenen Zeiträumen nicht leisten. Zeit für Gespräche oder für Problemintervention im psychosozialen Bereich geht nur, wenn die Pflegekraft dafür Freizeit investiert oder die hierdurch verlorene Zeit wieder hereinarbeitet, in dem sie bei anderen Bedürftigen etwas weglässt.

Beispiel:

Meine jüngste Schwester hatte sich im vergangenen Jahr, nach einer 12 jährigen Pflegepause bei einem großen Pflege- und Betreuungsdienst beworben. (Sie ist Krankenschwester mit Erfahrung in der Behindertenbetreuung, arbeitete während ihres Studiums, Ende der achtziger bis Anfang der neunziger Jahre, in der ambulanten Pflege, was ihr damals gut gefallen hat.) Nach wenigen Monaten kündigte sie jedoch wieder, weil sie so nicht arbeiten wollte und konnte. Dieser, für seine Fortschrittlichkeit viel gelobte Dienst (ich kann den Namen gerne nennen falls es interessiert), wirbt damit, umfassende Versorgung anzubieten: neben den üblichen Pflegesachleistungen, Essen auf Rädern, Haushalthilfe, Einkaufsdienste, Behördengänge u.v.a.m. KoordinatorInnen beraten die Kunden und weisen ihnen die geordneten Dienstleistungen zu. Die Beschreibung klingt nach Vorbildlichkeit in jeder Weise. Doch die Praxis sei, um es mit den Worten meiner Schwester auszudrücken: "Ein Rückschritt in die Funktionspflege absurdesten Art". Jeden Tag wurden die Dienst- und Einsatzpläne neu erstellt. Montags war sie zum Beispiel für Bezirk A zuständig, kannte dort zunächst keinen, aber das interessierte auch nicht. Dienstags für Bezirk D, Mittwochs durfte sie dann endlich nochmals zu "ihren" Patienten, Donnerstags musste sie wieder einen anderen Routenplan abfahren. Angeblich sei das nicht anders machbar, wegen verschiedener Teilzeitkräfte oder Krankheit. Außerdem fand es die Koordinatorin (zugleich Pflegedienstleiterin) wichtig, dass jeder Mitarbeiter überall einsetzbar war und keine persönlichen Bindungen zu einzelnen 'Kunden' entstanden. Nach wenigen Wochen wurde meine Schwester zum Gespräch beordert und ermahnt, weil sie einer alleinlebenden alten Dame (Kundin), regelmäßig ein Brötchen aus der Bäckerei mitbrächte. Dafür sei sie nicht zuständig, das sei keine vereinbarte Leistung, die Kundin würde sie ohnehin schon bevorzugen und den Kolleginnen gegenüber äußern, dass sie ihr erst einmal einen Kaffee ans Bett brächte, bevor sie ihr ins Bad helfe. Für den Kaffee sei sie nicht zuständig, diese Zeit sei nicht eingeplant, andere Kunden müssten deshalb warten und die ganze Planung käme durcheinander. Das Argument meiner Schwester, Frau M. habe morgens meisten einen so niedrigen Blutdruck, dass sie ohne Kaffee viel länger brauche um auf die Beine zu kommen, überzeugte die Pflegedienstleiterin ebensowenig wie die Frage: Sie würde doch wohl morgens auch lieber ein frisches Brötchen essen, als "vergammeltes" oder im Kühlschrank aufbewahrtes, geschmackloses Brot?

Ich nehme nicht an, dass die Mitglieder der AG I solche Art von Koordination bzw. Case Management meinten. Aber es könnte nicht nur so laufen, sondern es wird so laufen, sollte das einzelleistungsbezogene Abrechnungssystem nicht geändert werden.

Es wundert mich, warum auf diese Problematik, die Hindernisse und die Frustrationen denen ambulante Pflegedienste ausgesetzt sind, mit keinem Satz eingegangen wird in diesem Papier. Nicht eine Empfehlung zur Verbesserung der Bedingungen für die ambulante Pflege. Will man diese ernsthaft auf dem jetzigen Niveau stehen lassen? Dann muss man sich fragen, wozu Pflegekräfte überhaupt eine dreijährige Ausbildung brauchen. Wozu sie Gesprächsführung lernen oder lernen müssen, Pflege wissenschaftlich zu analysieren, als ganzheitlichen Prozess zu planen und zu dokumentieren. Zweidrittel der Ausbildungsinhalte könnte man glattweg streichen, denn sie sind definitiv in diesem Arbeitsbereich derzeit nicht gefragt. Sie stören nur. Gefragt sind bzw. bezahlt werden, die oben aufgelisteten körperbezogenen Sachleistungen.

Für die menschliche Betreuung hofft man auf freiwilliges Bürgerengagement oder spezialisierte therapeutische Dienste.

Müsste man nicht zunächst die persönlichen und qualitativen Ressourcen ausgebildeter Pflegekräfte nutzen und schauen, wie sich die Situation in der häuslichen Pflege entwickelt, wenn der einzelnen Pflegekraft weitmögliche Eigenständigkeit eingeräumt wird. Wenn sie gemeinsam mit den ihr hauptverantwortlich anvertrauten Bedürftigen und Angehörigen die notwendige Unterstützung planen (koordinieren und organisieren) kann. Im Moment scheint dies vielen undenkbar, weil man sich daran gewöhnt hat, dass die "Caritas-Schwester" nur zum Spritzen oder zum Waschen vorbeikommt, immer in Eile und unter Zeitdruck steht. Oft lange nach einem Parkplatz suchen muss und wenn sie dann doch kurz im Halteverbot parkt, hinterher sogar das Protokoll selbst bezahlen muss.

Statt diese Pflegekräfte zukünftig von der Organisationsfähigkeit und Grundhaltung einer vorgesetzten Case ManagerIn abhängig machen zu wollen, mithin noch stärker einzuschränken, plädiere ich unbedingt dafür, Bezugspflege im ursprünglichen Sinne einzuführen. Das heißt, jedem Pflegebedürftigen der sich an einen ambulanten Pflegedienst wendet, eine hauptverantwortliche Pflegekraft zuzuteilen, die nicht nur fürs Waschen etc. zuständig wäre, sondern auch für die sinnvolle Koordinierung aller Belange in denen dieser Mensch Hilfe benötigt. Wer kann besser beurteilen, wann z.B. ein Zahnarztbesuch erforderlich wäre als jemand der dem Kranken bei der Mund- und Zahnpflege hilft? Wer kann besser beurteilen, ob der Kranke Begleitung zu Arztbesuchen braucht oder welche Personen in seinem Umfeld dafür in Frage kämen, als eine Pflegekraft, die Kontakt zu Angehörigen, Nachbarn oder ehrenamtlichen Helfern pflegt. Ich stelle mir eine erhebliche Rollenerweiterung der ambulant tätigen examinierten Pflegekräfte vor, auch dahingehend, Angehörige und andere potentielle HelferInnen zu gewinnen und gemeinsam mit diesen die notwendige Hilfestellung zu planen und zu organisieren. Aus der Hospizarbeit kennt man diesen Ansatz bereits. Professionelle HospizhelferInnen konzentrieren sich immer nur auf einpaar wenige Kranke und stehen diesen, wie auch deren Angehörigen in allen Belangen mit Rat und Tat zur Seite. Hier hetzt sich keiner ab, muss dem Kranken nicht unter Zeitdruck das Essen in den Mund gestopft und am Ende eine Sonde gelegt werden. Ich denke nicht, dass diese Art ambulanter Pflege insgesamt teurer wäre, als die heute übliche, rein körperbezogene Versorgungspraxis, bei der keine Besserung zu erwarten ist, sondern steigende Behandlungskosten fast schon garantiert sind. Man müsste die verschiedenen Variationsmöglichkeiten einmal komplett durchrechnen und vergleichen.

Bezogen auf die professionelle Pflege gehen die Empfehlung der AG I an der eigentlichen Problematik völlig vorbei.

Wir brauchen keine Schnittstellenverwalter bzw. Fallkoordinatoren (Case Management), sondern eine Reduzierung der Schnittstellen durch Kompetenzerweiterung im ursprünglichen Verständnis beruflicher Pflege. Ein zuviel an Schnittstellen ist immer ein kostspieliges Problem, durch das die Effizienz sinkt und der Bürokratismus steigt. In der Industrie fordert man in solchen Fällen Lean-Management (Verschlankung des Managements = Abbau von Führungskräften durch sinnvolle Zusammenlegung von Führungsaufgaben) Die Empfehlungen der AG I weisen in entgegengesetzte Richtung.

Berufliche Pflege braucht nicht mehr Qualifikation, um dadurch noch stärker eingengt zu werden auf das jeweilige Spezialgebiet, sie braucht mehr Eigenständigkeit und Universalität, d.h. einen ihrer

ursprünglichen Aufgabe und Ausbildung entsprechenden Betätigungsrahmen. Wertvolle Ressourcen, die Pflegenden gerne zur Verfügung stellen würden, bleiben derzeit ungenutzt. Stattdessen investiert man in zusätzliche und neue Berufszweige oder sieht in der Akademisierung der Pflege die Lösung der Probleme.

Beispiel: Kaum dass der Beruf der AltenpflegerIn geboren und die Ausbildung auf das Niveau der Krankenpflege gehoben ist, mit 2.100 Theoriestunden, entzieht man diesem Beruf das, was ihn eigentlich von den anderen Pflegeberufen unterscheiden soll - nämlich durch eine eigene Ausbildung der besonderen psychosozialen Situation alter Menschen besser gerecht werden zu können. Die gesetzlich vorgegebenen theoretischen Ausbildungsinhalte haben einen Schwerpunkt im Bereich psychosozialer Betreuungsinhalte und Problemintervention. Die Praxis lehrt jedoch etwas anderes. Hier steht körperliche Versorgung im Vordergrund, sind Ordnung und Sauberkeit oberstes Gebot. Für die psychosoziale Betreuung, wenn sie denn überhaupt wichtig genommen wird, setzt man auf ergotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiter, neuerdings auch auf sog. Altentherapeuten.

Ich kenne viele examinierte und ehemals hochmotivierte Pflegekräfte, die hauptsächlich deshalb ausgestiegen sind, weil sie im wahrsten Sinne die Nase voll hatten, von dem nur noch Waschen und Windeln müssen. Für psychosoziale Betreuung bleibt der Pflege keine Zeit. Und weil ihr keine Zeit bleibt, versucht man dieses Defizit dadurch zu lösen, dass man für psychosoziale Betreuung speziell ausgebildete Leute einsetzt.

Was für eine Vergeudung von Ressourcen. Der Motivationseffekt dieser Personalpolitik ist ungefähr so, als würde man gelernte Köche ohne Sonder- und Zusatzqualifikation nur noch mit Gemüseputzen, Aufräum- und Spülarbeiten beschäftigen, während die Zubereitung der Speisen darauf spezialisierten Spezialisten vorbehalten wäre.

In der Art, wie qualifizierte Pflegekräfte hierzulande eingesetzt und "verschlissen" werden, muss man sich nicht wundern, dass 51 Prozent unter dem schlechten Image dieses Berufes leiden, wie kürzlich ermittelt wurde, nachzulesen unter:

[Schlechtes Image der Pflegeberufe in Deutschland?](#)