

Stellungnahme zu den Empfehlungen der AG III - Entbürokratisierung

1.2 "Rehabilitation vor Pflege"

Dass diesem im SGB V und SGB XI niedergelegte Grundsatz in der Praxis allenfalls in wenigen Einzelfällen bislang entsprochen wird, hängt aus meiner Sicht zum einen damit zusammen, dass man Rehabilitation derzeit nicht als Aufgabenbereich der Pflege versteht, sondern als Maßnahme, die Spezialeinrichtungen vorbehalten ist, zum anderen mit dem fehlenden Anreizsystem für rehabilitative Pflegeergebnisse.

Im wortwörtlichen Sinne, wie auch im Sinne der Gesetze zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Altenpflege, gehören Maßnahmen der Zustandsverbesserung zum eigentlichen und wesentlichen Bestandteil von Pflege. Von daher wäre zunächst einmal zu empfehlen, eine weniger widersprüchliche Formulierung zu wählen, statt "Rehabilitation vor Pflege", müsste korrekterweise von "Rehabilitation vor Versorgung", gesprochen werden.

Ferner plädiere ich dafür, rehabilitative Pflege höher zu bewerten als eine Pflege die lediglich auf die Versorgung (im Sinne einer Kompensation verlorener Fähigkeiten) ausgerichtet ist. In erster Linie müsste das Anreizsystem geändert werden, so dass Pflegedienste nicht wie bislang, wirtschaftliche Nachteile haben, wenn sie einem Pflegeabhängigen zur größeren Selbstständigkeit verhelfen.

Zur Verdeutlichung der momentan rehabilitationsfeindlichen Kultur, möchte ich hier kurz aus dem Bericht einer Altenpflegerin vom 14.6.04 zitieren, den mir Herr Fussek zugeschickt hat:

In unserer Pflegeeinrichtung befindet sich seit Jahren eine demente Bewohnerin. Sie steht weder aus eigenem Antrieb auf, wäscht sich nicht alleine bzw. ist dazu nicht in der Lage, muss vollkommen angekleidet werden. Sie verweigert seit langer Zeit Essen und Trinken, nimmt also nichts selbständig zu sich. Wir geben also Speisen und Getränke vollständig ein, mit einem Zeitaufwand pro Mahlzeit von mind. 20-25 Minuten. Sie wollte auch nur in einer wirklich dunklen Ecke sitzen und - wenn überhaupt - dort essen.

Nun wurde im Zuge des Neubaus ein neuer, heller Aufenthaltsraum geschaffen und es wurde eine Altentherapeutin (Halbtagskraft 50% der Regelarbeitszeit) angestellt, die ein Betreuungskonzept für den Wohnbereich erstellt hat, in welchem nur demente Bewohner untergebracht sind. Leider werden diese 50% Arbeitskraft der Pflege entzogen. Nun möchte ich nicht klagen, denn die Betreuung bringt auch eine gewisse Entlastung, da die dementen Bewohner nicht ziellos umherirren und eben - wenigstens stundenweise, z.B. während und nach dem Frühstück betreut werden. Der Frühstückstisch wird von der Therapeutin schön gedeckt, mit Platzdecken, kleinen Blumenvasen etc.

Nur zur dementen Bewohnerin: Vor ca. 1 Jahr wurde es mit Mühe und Not bewerkstelligt, für sie die Pflegestufe 3 zu bekommen und ich denke nicht zu unrecht.

Nun passiert ein Wunder. Besagte Bewohnerin fängt an diesem hübsch gedeckten Frühstückstisch plötzlich alleine an zu essen und zu trinken. Zwar dauert es lange, aber dennoch es passiert.

Nun sind wir Pflegekräfte in der schwierigen Situation zu entscheiden, dokumentieren wir diesen Fortschritt. Wir haben uns entschieden es zu unterlassen, denn wir laufen Gefahr uns selbst zu schaden. Sollte besagte Bewohnerin vom MdK bei der nächsten Begutachtung von Pflegestufe 3 auf 2 zurückgestuft werden, was vermutlich der Fall sein wird, so schaden wir uns selbst."

An dieser Stelle liegt ein entscheidender Punkt, an den sich leider keine der Arbeitsgruppen mit einer Empfehlung herangewagt hat. Die Kriterien zur Eingruppierung sind derzeit so, dass die meisten Dokumentationsbemühungen dahin zielen, gegenüber dem MDK darzulegen, dass die höchstmögliche Pflegestufe anerkannt wird.

Warum war dies in der AG III kein Thema???

2.1 Hier kann ich mich der Empfehlung der AG III im Grundsatz anschließen, würde diese jedoch gerne weiter und konkreter gefasst sehen. Denn die vielzitierte Satt-Sauber-Pflege, ist nicht zuletzt das Resultat dessen, worauf die Prüfer vor allem achten. Außerdem nochmals mein Hinweis, dass ein Großteil der Dokumentation die Pflegende aktuelle meinen erbringen zu müssen, bei näherer

Betrachtung keinem anderen Zweck dient, als die Prüfer zufrieden zu stellen. Es ist doch allgemein bekannt, dass häufig Leistungen dokumentiert werden, die summa summarum gar nicht hätten erbracht werden können, wenn man die Dienstpläne anschaut. Auch der MDK müsste sich für die Personalbesetzung interessieren und prüfen, ob die aufgeführten Leistungen personell überhaupt hätten erbracht werden können.

4. Pflegedokumentation.

Ergänzend und im Unterschied zu den Empfehlungen der AG III empfehle ich hier seit viele Jahren einen systematischen Vergleich, der dem Grundsatz entspricht: Größtmögliche Transparenz mit geringstmöglichem Aufwand.

Angesichts der Historie die hinter der unsinnigen Dokumentationspraxis heutiger Tage steckt, müssten sich alle Beteiligten fragen lassen, wem die Dokumentation primär dienen sollte: Der Pflegewissenschaft oder dem Patienten/Bewohnern? Nochmals verweise ich auf den beigefügten Text, den ich zu einem früheren Zeitpunkt bereits an das DZA weiter geleitet habe, mit der Bitte diesen in der AG III zur Diskussion zu stellen.

Wie schon in meinen Büchern und Artikeln beschrieben und an zahlreichen Beispielen begründet, ist es aus zeitlichen Gründen im Pflegealltag nicht leistbar, jede Maßnahme individuell für jeden Patienten/Bewohner zu planen. Will man außerdem eine vergleichbare Qualität in einer Einrichtung erreichen, müssen aufgabenbezogene Kriterien beschrieben werden, damit alle Mitarbeiter wissen, worauf in bestimmten Situationen, bei bestimmten Tätigkeiten zu achten ist. Auf der Basis solcher Standards lässt sich individuelle Pflege mit wenig Aufwand planen und dokumentieren, denn Pflegekräfte müssten dann nur das aufschreiben, was im Einzelfalle anders gemacht wurde bzw. werden muss. Individuelle Pflege beginnt dort, wo Standardangebote nicht reichen oder nicht passen!!! Demnach müsste man zunächst verbindliche Standards definieren, die damit zugleich auch dokumentiert sind. Die Pflegewissenschaft, offenbar überwiegend auch in der AG III tonangebend, erwartet hingegen, dass Pflegekräfte bei jedem Patienten/Bewohner das Rad quasi wieder neu erfinden. Als ob diese sonst nichts zu tun hätten, wird allen Ernstes von den Praktikern gefordert, dass sie für jeden Pflegebedürftigen von A-Z maßgeschneiderte Pläne entwickeln. Beispielsweise hat es da jeder Chirurg leichter, denn er kann sich an bewährten und genau festgeschriebenen Operationsmethoden orientieren. Auch Operateure werden mit Situationen konfrontiert, die sie veranlassen an der einen oder anderen Stelle vom Standard abzuweichen. Aber stellen Sie sich nur einmal vor, die Ärztekammer würde deshalb fordern, dass ein Chirurg, bevor er an den Op-Tisch tritt, gemeinsam mit dem Patienten und allen Beteiligten jeweils einen individuellen Methodenplan erstellt. Mit den vorliegenden Expertenstandards, wie auch den Empfehlungen der AG III, wird genau dieses von Pflegekräften gefordert.

Ich bitte diesen Punkt auf jeden Fall nochmals neu zu bedenken und werde mich daran gerne auch beteiligen, zumal in dieser Gruppe scheinbar niemand vertreten war, der verschiedene Methoden der Dokumentation unter Praxisbedingungen umgesetzt oder gar getestet hat.

Nicht nur ich, sondern mehr noch diejenigen, die über den hohen Dokumentationsaufwand klagen, der sie von der eigentlichen Pflegearbeit fernhält, erhoffen sich vom Runden-Tisch-Pflege, konkrete Empfehlungen zur Entbürokratisierung. Doch stattdessen unterstreicht die AG III lediglich die Forderung der Pflegewissenschaft, nach einer theorieorientierten, umfassenden Pflegeplanung und lückenlosen Dokumentation. Mit anderen Worten steht hier: "Tut uns leid, liebe Praktiker, aber wir können euch leider nur Ermahnen zu einer noch stringenteren Ausrichtung an pflegewissenschaftlichen Theorien, Modellen und Konzepten. Wir empfehlen darum einen Expertenstandard, der die Einrichtungen noch stärker verpflichtet Dokumentation im Wissenschaftsformat zu implementieren." Im Übrigen orientieren sich bundesweit alle Einrichtungen und Dienste an ein und dem selben theoretischen Modell, zu welchem jedoch zahlreiche Modifikationen und Dokumentationsvarianten im Umlauf sind.