

Dr. Hildegard Entzian
DGGG Sektion IV

1. KWA Pflegesymposium: Verantwortlichkeit von Pflegefachkräften und die Pflegefachkraftquote

Die Verantwortlichkeit von Pflegefachkräften aus Sicht der Professionalisierung der Pflege – Eine Positionsbestimmung

Anrede,

mit Ihrem ersten Pflegesymposium sprechen Sie auch aus professioneller Sicht ein "heißes Eisen" in der Pflege an. Die Frage nach der Begründung der Pflegefachkraftquote impliziert die Darlegung eines umschriebenen Verantwortungsbereichs der Berufsgruppe und betrifft letztendlich auch den Stellenwert von Beruflichkeit in der Wahrnehmung pflegerischer Aufgaben. Im Kontext der Professionalisierungsdiskussion hat Thomas Klie vor einigen Jahren die gesellschaftliche Bewertung des Pflegeberufs "irgendwo zwischen Arzt und Putzfrau" angesiedelt. Bis heute ist das Aufgabenprofil des Pflegeberufs für viele Bürgerinnen und Bürger, aber genauso für manche Pflegefachkraft nicht eindeutig benennbar¹.

Nach der Definition der American Nurses Association (ANA) beschäftigt sich Pflege mit der Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme. Das tun viele andere Berufe und viele pflegende Angehörige auch. Im Rahmen der zunehmenden Multiprofessionalität in der pflegerischen Versorgungslandschaft und vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen ist es berufspolitisch dringend erforderlich, eine pfegetheoretisch begründete Antwort auf die Fragen: "**Wofür braucht man Pflegefachkräfte und wie viele?**" zu geben. Bislang ist diese Diskussion auf unterschiedlicher Ebene vor allem emotional, interessengeleitet oder situativ begründet geführt worden:

Beispielsweise fordern Pflegefachkräfte und deren Verbände seit Jahrzehnten sogenannte Vorbehaltsaufgaben, die in der Ausübung der pflegerischen Berufsgruppen alleinig zugesprochen werden und damit den gesellschaftlichen Stellenwert des Berufs klären.

Vor dem Hintergrund der veröffentlichten Missstände in stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten ist in den letzten Jahren von unterschiedlicher Seite die dringende Forderung nach einer Erhöhung der Fachkraftquote gestellt worden (z. B. fordert das KDA 1999 in Nürnberg einen Anteil von 60%).

¹Mittlerweile hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 24. Oktober 2002 in dem Normenkontrollverfahren der Bayerischen Staatsregierung zum Altenpflegegesetz sehr deutliche Aussagen zum Berufsprofil der Altenpflege gemacht. Danach ist die Altenpflege in seiner Gesamtheit betrachtet den Heilberufen zuzuordnen. Hierdurch gehen die sozialpflegerischen Aspekte nicht verloren, sie werden quasi von der heilkundlichen Prioritätensitzung "mitgezogen".

Im Zusammenhang mit der Pflege und Begleitung Demenzkranker in Hausgemeinschaften sehen viele Pflegefachkräfte durch den Einsatz von Hauswirtschaftlerinnen eine Entprofessionalisierung drohend am Horizont.

Auf der Grundlage folgender Aspekte werde ich meine Position zur Frage nach der Verantwortlichkeit von Pflegekräften und der Pflegefachkraftquote aus professioneller Sicht begründen:

- der Stellenwert der Grund- und Behandlungspflege zur Begründung von Vorbehaltsaufgaben,
- berufliche Entwicklung und pflegetheoretischer Bezug,
- gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen,
- Positionsbestimmung aus professioneller Sicht.

Zur Grund- und Behandlungspflege

Die Begriffe Grundpflege, Behandlungspflege wurden in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts durch den Krankenhausökonom Eichhorn in die bundesdeutsche Fachdiskussion eingeführt (Eichhorn 1967, 1975). Dies erfolgte auf der Grundlage einer britischen Studie, in der die Arbeit Pflegenden im Krankenhaus in "technical nursing" und "basic nursing" unterteilt war (Nuffield Provincial Hospital Trust 1953).

Das Deutsche Krankenhausinstitut übersetzte den Begriff "technical nursing" mit "Behandlungspflege" und "basic nursing" mit "Grundpflege" (Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf 1954). Mit dem Begriff "Behandlungspflege" wurden die medizinisch-therapeutischen Hilfestellungen bei der Ausführung ärztlicher Anordnungen umschrieben. Die "Grundpflege" umfasste die Unterstützung bei den sogenannten Alltagsaktivitäten.

In dieser Aufteilung wurde den ärztlicherseits definierten Zielen und Aufgaben in der Patientenversorgung der höchste Stellenwert eingeräumt. In der Konsequenz wurde auch der "Behandlungspflege" der vorrangige Platz bei allen Arbeiten, die examinierte Pflegekräfte ausführen sollten, zugewiesen. Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass die technischen Handlungsabläufe der Behandlungspflege große Kompetenz erfordern und deshalb sollten diese ausschließlich examinierten Pflegefachkräfte überlassen bleiben.

Die "Grundpflege" wurde als Vorbereitung für die Behandlungspflege beschrieben. Man ging von der Vorstellung aus, dass "Grundpflege" bei allen Patientinnen gleich sei und dass grundpflegerische Maßnahmen wenig Bedeutung für den Gesundheitsverlauf der Patienten habe. Aus dieser Positionsbestimmung konnte nach Eichhorn die Grundpflege auch an Auszubildende oder Praktikantinnen und Praktikanten delegiert werden (Bartholomeyczik 1997, Schwarzmann 1999, umfassend: Müller, E. 2001).

Im Jahre 1989 wurden die Begriffe Grundpflege und Behandlungspflege im Rahmen der Einführung des § 37 SGB V des Gesundheitsreformgesetzes in die Sozialgesetzgebung als Vorgabe für die Krankenhausorganisation

übernommen, obwohl es keine Legaldefinition dieser beiden Begriffe gab (Klie 1998: 14, Igl & Welti 1995).*

In diesem geschichtlichen Kontext wird Grundpflege als simple Aufgabe definiert, die mit den Aspekten versorgen und verwahren umschrieben werden kann. Deshalb wurde keine Notwendigkeit gesehen, hierfür spezifische Kompetenzen zu erwerben. Diese tradierte Einteilung hat bis heute Konsequenzen in der Bestimmung der Wertigkeit pflegerischer Aufgabenbereiche im Berufsalltag der Kranken- und Altenpflege, obwohl sich Ziele und Anforderungsprofile an die Kompetenzen in der Unterstützung in den Alltagskompetenzen erheblich gewandelt haben.

Die vorgenommene Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege erfolgt demnach aufgrund der Bewertung pflegerischer Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit. Zur medizinischen Behandlungspflege gehören heute nicht nur ärztlich delegierte Maßnahmen der Mitarbeit in Diagnostik und Therapie, sondern auch andere fachpflegerische Maßnahmen, wenn sie nur Teil der ärztlichen Behandlung sind. Pflegerische Tätigkeiten in diesem Bereich sind Maßnahmen, die als Teil einer auf das Erkennen, Verhüten bzw. Heilen einer Krankheit und auf die Linderung von Krankheitsbeschwerden ausgerichteten ärztlichen Behandlung erforderlich sind.

Die Maßnahmen der Behandlungspflege müssen nicht vom Arzt selbst, sondern können auch durch Pflegekräfte erbracht werden. Hier kann von einer fachlich abgestuften Mitwirkung der Pflegekraft gesprochen werden, die entsprechend der Schwierigkeit der Leistung in unterschiedlichem Umfang besteht. Bei der Feststellung der Eignung der Pflegekräfte für diese Tätigkeiten wird zwischen der formalen und materiellen Qualifikation unterschieden.

Die formale Qualifikation wird durch die staatlich anerkannte Ausbildung vermittelt, wobei davon ausgegangen werden kann, dass mit dem Bestehen der Prüfung und der Zulassung zum Beruf, die in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festgelegten fachlichen Fähigkeiten und Fachkompetenzen erworben wurden. Die sogenannte materielle Qualifikation umschreibt die tatsächlich vorhandene Qualifikation, die sowohl von der einzelnen Pflegekraft als auch von der jeweiligen Situation abhängt. Allgemein scheint sich die Auffassung durchgesetzt zu haben, dass Salbeneinreibungen, Insulininjektionen, Blutzuckerkontrollen, Blutdruckmessungen und medizinische Einreibungen Maßnahmen der Behandlungspflege sind. Zur Behandlungspflege werden weiterhin gezählt Injektionen, Verbandswechsel, Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Dekubitusversorgung, Krisenintervention, Sicherung notwendiger Arztbesuche, Feststellung und Beobachtung des Zustandes und der Entwicklung usw. (vgl. Weiß o. J.). Hierbei muss bedacht werden, dass bei der Beurteilung, ob pflegerische Maßnahmen vorliegen oder nicht, noch nicht automatisch darauf abgestellt werden kann, ob sie ausschließlich von Pflegefachkräften durchgeführt werden können, von angeleiteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder von Laien.

In den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach (§ 92 SGB V) heißt es:

„Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie erbracht. Sie umfasst

a. Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege),...”.

Vorbehaltsaufgaben

Im Rahmen der Professionalisierung der Pflegeberufe sind insbesondere von den Berufsverbänden vorbehaltene Tätigkeiten und Aufgaben gefordert worden. Diese Forderungen waren auch in den jeweiligen Gesetzesberatungen zum Krankenpflegegesetz 1957 und 1965 und 1985 Gegenstand von kontroversen Diskussionen. Es ist bekannt, dass bis heute das Kranken- und Altenpflegegesetz die Berufsbezeichnung schützt, nicht aber vorbehaltene Tätigkeiten regelt. Zu Fragen der vorbehaltenen Tätigkeiten haben unterschiedliche Verbände (z. B. DBfK, Bundesausschuss der Ländergemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe) ein Gutachten in Auftrag gegeben (Igl 1998). Igl kommt zu dem Ergebnis, dass das geltende Recht keine eindeutige Bestimmung von Vorbehaltsaufgaben für Pflegeberufe liefert, aber Tendenzen sichtbar macht. "In einer Gesamtschau kann gesagt werden, dass bereits unter dem heute geltenden Recht ein großer Teil von Behandlungspflegeleistungen nur von ausgebildeten Pflegekräften geleistet werden darf, wenn nicht der anordnende und gesamtverantwortliche Arzt und die ausführende (unterqualifizierte) Pflegekraft einen Verstoß gegen das Leistungsrecht des SGB V und im Schadensfall eine zivil- und strafrechtliche Haftung riskieren will"(ebda:56).

Die Diskussion um Vorbehaltsaufgaben auf der Basis der Grund- und Behandlungspflege ist gekennzeichnet durch eine tätigkeitsorientierte Definition des Pflegeberufs. Das Tätigkeitsspektrum orientiert sich an die Arbeit im Krankenhaus mit einer Prioritätensetzung bei der Diagnostik, Therapie und der Wiederherstellung von Gesundheit.

Altenpflege hat heute durch die gerontologische und die rehabilitationsorientierte geriatrische Orientierung aber einen ganz anderen Bezugsrahmen erhalten. Ziel der pflegerischen Begleitung und Unterstützung ist die Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit und Selbstbestimmung auch in der Phase einer dauerhaften Abhängigkeit von Pflege. Heute verstehen wir berufliche Pflege vor allem unter pflegeprozessbezogenen Gesichtspunkten. Dies hat entscheidende Konsequenzen für die Fragen nach der Pflegefachlichkeit und der Fachkraftquote. "Im Bereich der sogenannten Grundpflege sind die Normen des SGB XI sowie der Heimpersonalverordnung dahingehend auszulegen, dass für die Erstbegutachtung, die Pflegediagnose, Pflegeplanung und Pflegedokumentation eine ausgebildete Pflegekraft jedenfalls verantwortlich ist, diese Aufgaben im Regelfall auch persönlich erfüllen sollte" (ebda:56). Das bedeutet, dass sich der Verantwortungsbereich der beruflichen Pflege verändert hat. Auf der Grundlage dieser veränderten Basis ist die Frage nach der Pflegefachkraftquote neu zu stellen.

Notwendiger Paradigmenwechsel: Von der Krankheit zur Behinderung

Vor dem Hintergrund der Multimorbidität des Alters und dem zunehmenden Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter älterer Menschen ist die theoretische Orientierung an den Parametern "Gesundheit" und "Krankheit" für die Altenpflege m. E. nicht länger haltbar. Hier empfiehlt sich entsprechend der Geriatrie (z. B. Runge, Rehfeld 1995) die theoretische Orientierung an dem Konzept der Behinderung.

Eine professionell begründete Pflege älterer Menschen orientiert sich an der Erhaltung größtmöglicher Selbstbestimmung trotz Abhängigkeit und hat die Aufgabe, den letzten Lebensabschnitt des Menschen zu begleiten. Die Multimorbidität des Alters führt wie bei vielen Behinderungen zu einer andauernden und nicht nur vorübergehenden Einschränkung von körperlichen, psychischen oder sozialen Funktionen. Daraus resultieren auch Beeinträchtigungen im sozialen Bereich (Runge, Rehfeld 1995). Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet drei Ebenen der Behinderung:

- impairment – struktureller Schaden,
- disability – Funktionseinschränkung,
- handicap – soziale Beeinträchtigung.

In der Pflege älterer Menschen stehen für die tägliche Arbeit nicht wie in der Medizin strukturelle Schäden (**Impairment**), z. B. ein gelähmter Nerv, Hirnabbauprozesse im Vordergrund, sondern die Funktionseinbußen (**Disability**), die sich als Folgen aus einem strukturellen Schaden ergeben. Die Funktionseinbußen haben Auswirkungen auf allgemeine Aufgaben und Tätigkeiten - eine schwere Desorientierung führt z. B. dazu, dass die Erkrankte nicht genügend isst und trinkt -. Bei anderen Pflegebedürftigen betreffen die Auswirkungen beispielsweise auch Probleme beim Treppensteigen in Form von Herzschmerzen und Atemnot als Folge einer Herzinsuffizienz oder die Unfähigkeit sich um seine alltägliche Versorgung zu kümmern als Folge einer demenziellen Erkrankung. Im sozialen Bereich zeigt sich die Hilfebedürftigkeit (**Handicap**) in der fehlenden Selbständigkeit für die Teilhabe am sozialen Leben. Das heißt, Hilfebedürftigkeit im Alter bezieht sich nicht vordergründig auf die Erkrankung (z. B. Herzinsuffizienz, Morbus Alzheimer), sondern auf die aus den jeweiligen Erkrankungen resultierenden Funktionseinbußen und Symptome.

Die pflegerische Begleitung zielt in aller Regel **nicht** zuallererst auf die **Wiederherstellung der Gesundheit**, da dieses Ziel bei multimorbiden älteren Menschen gar nicht wieder erreichbar ist. **Oberstes Ziel in der pflegerischen Hilfestellung ist meistens die Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit und Selbstbestimmung trotz chronischer und zunehmender Abhängigkeit im Lebensalltag** sowie die Wiedergewinnung bzw. Erhaltung vorhandener Fähigkeiten in der Phase der Abhängigkeit von Hilfe und Begleitung. Das heißt, der Schwierigkeitsgrad einer Aufgabe, der fachliche Anspruch ergibt sich nicht aus den Bereichen Grund- und Behandlungspflege, sondern aus der Frage des Anforderungsprofils an die notwendige individuelle Unterstützungsleistung durch ein gesamtes Team. Man denke nur an schwere Schluckstörungen und die notwendigen fachlichen Kompetenzen für eine kompetente pflegerische Unterstützung bei der Ernährung. Das diesbezügliche Pflegewissen z. B. nach Bobath führt deutlich vor Augen, welchen Stellenwert Professionalität gerade in

der sogenannten Grundpflege für die Erhaltung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung hat.

Das Fachwissen für die Gestaltung der Pflegesituation bezieht sich auf unterschiedliche Aspekte

- den sachlich erforderlichen Pflegebedarf ,
- die betroffene Person in ihrer sozialen Lebenssituation,
- die beruflichen Werte und Normen sowie
- Qualitätsmanagement und Organisation von Pflege

Der **erste** Aspekt, die sachlich notwendige Pflegeleistung bezieht sich auf die "handwerkliche" Pflegefähigkeit. Hier wird z. B. nach Entstehungsbedingungen eines Druckgeschwürs und den notwendigen Prophylaxen gefragt. Hier ist das **sachlich richtige** Handlungswissen gefragt, das in Lehrbüchern beschrieben ist (z. B. Nationaler Expertenstandard Decubitusprophylaxe). Aus pflegfachlicher Sicht ist dieser messbare, "pflegehandwerkliche" Aspekt zwar eine wesentliche Sichtweise, stellt aber nur **ein** Element in der **pflegfachlichen** Beantwortung der Frage nach dem fachgerechten Umgang z. B. mit Dekubitusgefährdungen dar.

Der **zweite** und genauso entscheidungsrelevante Bezugsrahmen ist die Betrachtung und Bewertung der konkreten pflegerischen Situation. Bei einer Frau mit schwerer Desorientierung und Dekubitusgefährdung stehen Pflegende vor einer Situation, in der sie zu entscheiden haben, ob sie der bestmöglichen Druckentlastung, dem Verhaltensdrang der Betroffenen oder einem begründeten Kompromiss den Vorrang geben. Pflegefachkräfte stehen beständig vor Fragen nach **dem Sinn, dem Zweck und dem Ziel** ihres pflegerischen Handelns. Pflegende haben es immer wieder mit Entscheidungen zu tun, was in der jeweiligen Situation angemessen, was verantwortbar und was möglich ist. Situationen lassen sich oft nicht mit einem eindeutigen "richtig" oder "falsch" beurteilen. In solchen Situationen muss eine fachliche Begründung vorgenommen werden, die beruflichen Standards entspricht und die in der Pflegeplanung und -dokumentation ihren Niederschlag findet. Die Begründung kann im medizinisch-pflegerischen Bereich, in der Lebenssituation oder in der Lebensgeschichte liegen. Hierfür benötigen Pflegefachkräfte - vergleichbar mit der Sozialarbeit – ein verstehendes Wissen für den Einzelfall. Pflegewissenschaftlich spricht man von einer hermeneutischen Kompetenz.

Gleichgewichtig zu den beiden ersten Aspekten kommt für die Beantwortung einer pflegfachlichen Frage ein **drittes** Element zur Entscheidungsfindung hinzu: Die Frage nach den **Werten**, nach der Haltung im Umgang mit pflegeabhängigen Menschen.

Als Grundsätze für eine berufsethisch begründete Gestaltung der ungleichen Macht in der Pflegebeziehung gelten im Sinne einer menschenwürdigen Pflege

- die Erhaltung der Selbständigkeit, die Beachtung der Selbstbestimmung, der Schutz der Autonomie bei Abhängigkeit,
- die Achtung der Würde des Einzelnen,
- die Vermeidung von Über- und Unterforderung sowie
- die Wahrung der Privatsphäre.

Die Fachlichkeit der Pflege bezieht sich auf die fachliche Analyse und Bewertung der Pflegesituation. Sie umfasst mehrere Ebenen des Wissens, die in der Betrachtung und Bewertung einer jeweiligen Pflegesituation in einen Zusammenhang gebracht werden müssen. Hinzu kommt eine entsprechende Planung und Organisation der Pflege, damit der individuell ermittelte und abgestimmte Unterstützungsbedarf auch kontinuierlich in allen Schichten sichergestellt ist.

Welche Erkenntnisse bringen erste Ergebnisse von PLAISIR-Studien?

Dem PLAISIR-Verfahren zur Ermittlung eines individuellen Pflegebedarfs sind 170 Leistungen hinterlegt. Es konnten 32 Leistungen ermittelt werden, die 98% des Pflegezeitbedarfs der 5 Kategorien Ernährung, Ausscheidung, Körperpflege, Mobilisation und der Kategorie Kommunikation ausmachen. Beispielsweise ist für den Bereich Ernährung 24 Minuten hinterlegt worden. Das sind rund 20% der Gesamtzeit für die grundpflegerischen Leistungen. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Behandlungspflege konnte auf rund 11 Minuten pro Tag und Bewohner relativ genau bestimmt werden, wobei PLAISIR in der Erfassung dieser Leistungen als sehr umfassend gilt. In diesem Verfahren werden die Zeitbudgets sehr differenziert den Aktivitäten des täglichen Lebens und behandlungspflegerischen Maßnahmen zugeordnet. Es wurde auch überlegt, den Tätigkeiten Qualifikationsprofile zu hinterlegen, mit dem Effekt, hieraus den Anteil der Pflegefachkräfte zu ermitteln. Hierauf wurde aus fachlichen Gründen verzichtet, weil die Pflegewissenschaft die Vorgehensweise, nämlich über Tätigkeiten Fachkraftanteile zu errechnen grundsätzlich für einen nicht gangbaren Weg hält (Genrich 2002). Möglich sind Begründungen für notwendige Abweichungen, wenn zum Beispiel eine Einrichtungen eine Spezialisierung für einen besondere Pflegebedürftigkeit vorgenommen hat,

Rechtliche Aspekte

Aus der Sicht der Professionalisierung, die hier durchaus ihren Niederschlag im Pflegeversicherungsgesetz gefunden hat, ist die Frage nach den vorbehaltenden Aufgaben dahingehend verändert, dass heute nicht die einzelne Tätigkeit, sondern die Prozessverantwortung und -steuerung als vorbehaltene Aufgabe definiert wird.

Es besteht Konsens in dem Anspruch, dass die Pflegeeinrichtungen, die Pflegebedürftige pflegen, versorgen und betreuen, dies entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnis tun. Dabei haben Inhalt und Organisation der Leistungen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschen zu gewährleisten.

In diesem Rahmen werden Vorbehaltsaufgaben formuliert. Pflegefachkräften obliegt die fachliche Führungsverantwortung. § 71 SGB XI bewirkt, dass keine ambulante oder stationäre Einrichtung einen Versorgungsvertrag erhält, die nicht mindestens eine Pflegefachkraft angestellt hat. Die verantwortlich wahrgenommenen Aufgaben der Pflegefachkraft sind hierbei die Bereiche Anleitung der anderen Pflegekräfte, Pflegekonzeption, Pflegeplanung und –

aufsicht, Anleitung der nicht ausgebildeten Pflegekräfte und allgemein Qualitätssicherung.

Auch § 18 SGB XI schreibt bei dem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Absatz 7 eine enge Zusammenarbeit der Ärzte mit Pflegefachkräften bei der Aufgabenwahrnehmung vor.

Eine weitere Vorbehaltsaufgabe für Pflegefachkräfte ist die Pflegeberatung im häuslichen Bereich im Rahmen der Pflegepflichteinsätze gemäß § 37 SGB XI.

Worum geht es bei der Prozesssteuerung? Berufliche Pflege obliegt die Sicherstellung einer kontinuierlichen auf das Individuum bezogenen Unterstützungsleistung im Dreischichtenbetrieb. Das heißt, die Qualität ist eine Gruppenleistung in unterschiedlicher Konstellation, rund um die Uhr. Diese Arbeit geschieht vor dem ethischen Hintergrund, dass der Pflegebedürftige Experte für sein Leben bleibt und Pflege als "Austauschprozess" gesehen wird.

Betrachtet man die Mängelliste, die der MdK/MDS im Rahmen seiner Prüfungen ermittelt hat, so sind das vor allem eine

- übertensorgende bzw. passivierende Pflege,
- diskontinuierliche Pflege,
- unbemerkte Verschlechterung des Gesundheitszustandes und
- fehlende Intervention bei akuten Ereignissen.

Als Mängel in der Pflegedokumentation wurden

- Biografie und Gewohnheiten wurden nicht ermittelt,
- Ressourcen nicht dokumentiert,
- Pflegeprobleme nicht definiert,
- Pflegeziele fehlen, sind nicht überprüfbar,
- Aussagen nicht handlungsanweisend,
- Eintragungen im voraus oder nachhinein vorgenommen,
- Eintragungen nicht abgezeichnet,
- Pflegeberichte fehlen,
- keine Evaluation der Pflege sowie
- keine Anpassung der Ziele und Maßnahmen

genannt (Brüggemann 1999).

Die Mängel beziehen sich bei den MDK-Prüfungen insbesondere auf pflegerische Maßnahmen wie Dekubitusversorgung, Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr, Medikamentenversorgung und das Erkennen einer Demenz. Nach einem MDS Bericht zur Situation Pflegebedürftiger in Pflegeheimen sind "Versicherte, die Einschränkungen in der Fähigkeit haben, ihren Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf selbständig zu decken, häufig unzureichend mit Flüssigkeit und Nahrung versorgt und eine Folge dieses Defizits sind nicht selten Unterernährung, Austrocknung, die wiederum eine Akutversorgung notwendig machen. Das heißt, die Mängel beruhen auf mangelnde Fachkenntnis, mangelnde Planung oder und mangelnde Ablauforganisation".

Ein sehr bekanntes, in diese Richtung gehendes Beispiel, stammt von Krohwinkel, die im Krankenhaus die Mundpflege einer Apoplexiepatientin mit

Hemiparese, Schwerhörigkeit und großen Sprachproblemen beobachtete. An 5 aufeinanderfolgenden Tagen wird die Versorgung in 4 Varianten durchgeführt, nur eine Pflegekraft erkennt die Fähigkeit der Patientin, dass sie mit Unterstützung selbst den Mund ausspülen kann. Dieserart diskontinuierliche Versorgung trifft insbesondere – so Krohwinkel – für den Bereich der sog. Grundpflege zu. Dies hat zur Folge, dass Patienten und Bewohner sich ausgeliefert fühlen, im Krankenhaus Angst haben, dass sie Hause nicht wieder alleine zurecht kommen oder sich gerade im Heim aufgeben.

Diese Feststellungen und Beobachtungen unterstreichen den notwendigen Weg der Professionalisierung weg von der Betrachtung von Einzelleistungen im Sinne der Grund- und Behandlungspflege hin zur Inaugenscheinnahme der Sicherstellung einer Pflege im Sinne einer systematischen Problemlösung als Mannschaftsleistung gemäß den Regelwerken.

Eine Positionsbestimmung

Meine Abschlussthese lautet: Wir sollten im Moment mit Quotenforderungen zurückhaltend sein. Es ist wenig hilfreich, eine gegriffene Zahl von 50% durch eine neue und wieder gegriffene Zahl zu ersetzen. Momentan sollte im Einzelfall bewertet werden, ob Defizite in der Versorgung auf

- eine mangelnde Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- mangelnde Fachkenntnisse,
- mangelnde Kenntnisse im Umgang mit der Pflegeplanung und -dokumentation oder
- auf eine mangelnde Pflegeorganisation bzw. Managementfehler

zurückzuführen sind.

Vor dem Hintergrund dieser Analyse sind Konsequenzen abzuleiten und entsprechende Maßnahmen zu fordern.

Grundsätzlich ist ein quantitativ ausreichender Anteil an Fachkräften zur Sicherstellung der hier beschriebenen Aufgaben unerlässlich. Hierzu sind dringend Organisationsablauf und –Mikroökologiestudien nötig, die auf der Grundlage der prozessbezogenen Aufgabendefinition und der veränderten Anforderungen professionelle Ablaufstrukturen mit dem erforderlichen Anteil an Pflegefachkräften aufzeigen.

Eine Kernaufgabe professioneller Pflege ist die Steuerung des Pflegeprozesses mit den Aufgaben:

1. Die Festlegung des konkreten Pflegebedarfs der pflegebedürftigen Person an pflegerischen Leistungen.
2. Die Festlegung der personellen und tatsächlichen pflegerischen Maßnahmen zugunsten der pflegebedürftigen Person (Pflegeplanung).
3. Die Beratung, Anleitung und Überwachung der Personen, die nach dem Pflegeplan an der Pflege der pflegebedürftigen Person beteiligt sind (Pflegeaufsicht).

4. Die Überprüfung und Bewertung der für die pflegebedürftige Person insgesamt erbrachten Leistungen (Sicherung und Kontrolle der Qualität der Pflege) (vgl.: DGGG 1996).

Prinzipiell ist die Bedeutung der Leitungs-, Steuerungs- und Managementverantwortung von Pflegefachkräften vor allem in der Weiterbildung nachhaltiger aufzugreifen.

Genauso ist das Verhältnis zwischen Ausbildungsstätte und Praxiseinsatz mehr zu verzahnen. Auch die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten ist strukturell zu verbessern. Pflegedienstleitungen sollten mit dem Ärzten abstimmen, welche Pflegekräfte welche Tätigkeiten übernehmen sollten, die Anordnung sollte schriftlich und konkret sein, die ausführende Pflegekraft muss dazu befähigt sein - nicht allein aufgrund der formalen Befähigung, sondern es zählt der akute Kenntnisstand und die vorhandene Fähigkeit - und die Pflegekraft muss zur Übernahme der Aufgabe bereit sein.

Aus professioneller Sicht ist es weiterhin wichtig, über die Aufgabenwahrnehmung in der Begleitung chronisch auf Hilfen im Lebensalltag angewiesener und gerade auch demenzkranker Menschen nachzudenken. Aus der Tradition der Versorgung gibt es eine Dominanz des Pflegeberufs in diesem Bereich. Unter lebensweltorientierten Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung von Normalitäts- und Alltagsagesichtspunkten ist dringend eine breite gesellschaftliche, politische und berufspolitische Diskussion darüber zu führen, in welchen Versorgungskontexten – im Mix welcher Berufe - ältere Menschen die notwendigen Hilfen erhalten können. Hiervon wird auch die professionelle Pflege profitieren.

Literatur bei der Verfasserin

- * dargestellt in enger Anlehnung: Geschichtlicher Hintergrund und Folgen der Begriffsspaltung Pflege in Grundpflege und Behandlungspflege.
www.geroweb.de: Aus Altenpflege & Krankenpflege, Geriatrie & Gerontologie.