

(Über-)Reglementierung in der Altenpflege (1)

*von Hans Böhmer
aus „Pflege Ambulant“*

Bewohner- und Kundenrechte (Teil1)

Vor über dreißig Jahren war die Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der sozialen Lage alter Menschen ein Stück Pionierarbeit. Dennoch hielten schon damals einige wenige eine Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung, im Hinblick auf die schon damals erkennbare demographische Entwicklung der Bevölkerung, für zwingend notwendig.

Altenpflege im gesellschaftlichen Kontext

So wie die Gesellschaft der Siebziger Jahre eine andere war als die heutige, so ist auch die Altenpflege der Siebziger Jahre mit der heutigen nur bedingt vergleichbar. Jede Epoche hat ihre Eigenheiten und die Komplexität der Sachverhalte bringt weder nur Vorteile noch ausschließlich Nachteile hervor. Der Defaitist sieht nur die Nachteile, der Nostalgiker nur die Vorteile. Tatsache ist, dass in den Siebziger Jahren die Familienbande noch fester hielten und die Eigenmittel selbstverständlicher zum Einsatz kamen. Es gab auch viele alte Menschen, die eher zu betreuen als zu pflegen waren. Die zu Pflegenden blieben eher im Familienverbund oder wurden auf internistischen Abteilungen der Krankenhäuser mitversorgt.

Die 68er Jahre bewirkten nicht nur einen geistigen Umbruch, sondern konnten auch die Politik wesentlich beeinflussen: Während noch Anfang der Siebziger der Verteidigungshaushalt höher war als der Sozialhaushalt, ist der Sozialhaushalt heute zehnmal so groß. Einher ging eine Verrechtlichung, denn Familie und Eigenverantwortung werden nur rudimentär geregelt. Kaum geht es aber um zu bezahlende Leistungen, wird die Ordnungs- und Ausgleichsfunktion des Rechts benötigt. Sozialleistungen müssen verteilt werden und hierzu ist eine

Sozialgesetzgebung erforderlich, die wiederum andere Rechtsbereiche beeinflusst. Allerdings werden auch Begehrlichkeiten geweckt. Die Ansprüche steigen. Die Arbeits- und Arbeitsschutzgesetzgebung ist ein Ausfluss dessen: Schließlich ist es immer wieder eine Forderung der Massenmedien an die Politik, endlich gegen Missstände etwas zu tun. Es ist bezeichnend genug, dass laufend über Missstände in deutschen Altenheimen berichtet wird, obwohl die Zustände vor Jahren und Jahrzehnten nicht besser waren, sondern eher schlechter. Viele Bürger glauben ernsthaft, mit Gesetzen die Zustände verbessern zu können. Dieser Irrglaube ist nicht auszumerzen, obwohl jeder weiß, dass Versagen in allen Gesellschaftsbereichen auftritt und durch Gesetze nicht ernsthaft verhindert werden kann, sondern allerhöchstens durch Sicherungsmaßnahmen minimiert wird.

Doch all das kostet Geld und muss von irgend jemandem bezahlt werden. Man bedenke: Die Sozialabgaben und der Lohnsteuerabzug einer ledigen Zwanzigjährigen lagen 1970 bei gerade mal 20 Prozent, heute bei über 50 Prozent! Folglich muss es der modernen Sozialpolitik insbesondere auch um eine Rationierung von Leistungsansprüchen gehen. Wie kann mit möglichst geringem Einsatz möglichst viel an Leistungen für möglichst viele Anspruchsteller ohne Erhöhung der Beitragssätze erbracht werden?

Eine weitere Entwicklung wurde noch gar nicht angesprochen – vielleicht, weil sie zur Zeit nicht "in" ist: Die Siebziger Jahre waren der Aufbruch in eine neue Zeit der Freiheit des Einzelnen – die Verstärkung der sozialen Verantwortung des Einzelnen, des Subsidiaritätsprinzips: Hilfe zur Selbsthilfe. Doch konnte niemand wissen, dass sich das Ganze bis zur atomistischen Spaßgesellschaft mit ihrem unsolidarischen Egoismus fortentwickeln würde. Jedenfalls lösten sich in den Siebziger Jahren die Fesseln einer zwar wohlgemeinten, aber spießigen Gesellschaft. Wir wollen keine fürsorgliche Festbindung mehr, sondern eine Wahrung der Grundrechte des einzelnen Bürgers auf Menschenwürde und freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Dies gipfelte in den Achtziger Jahren zum Beispiel noch im Aufruf des Verfassers als Referent auf einer Tagung der Evangelischen Akademie in Bad Boll im Jahre 1988: *"Es gibt ein Grundrecht auf Vermüllung und Verdreckung"*. Der Entwurf des Betreuungsgesetzes lag gerade vor.

Jetzt haben wir ein modernes Betreuungsrecht, dass dennoch in den Bundesländern und Regionen sehr unterschiedlich gehandhabt wird und keineswegs die große

Freiheit des Einzelnen bringt. Denn das Betreuungsgesetz, das letztlich die Rechtstradition sowohl der alten Römer als auch der alten Germanen, mit ihrem jahrtausende alten Denken – verwurzelt in ethischen Werten der Familienangehörigen – abzulösen versucht, stößt auf gesellschaftlichen Widerstand, und zwar selbst bei Richtern, bei denen erst die kommenden Generationen die Intentionen des Gesetzgebers als Selbstverständlichkeit unterstellen werden.

Divergenzen in der Altenpflege

Die Altenpflege zog im Sog der modernen Sozialwissenschaften und der Sozialpädagogik mit. Sie wurde zum Garanten für ein modernes freiheitlich orientiertes Denken und entwickelte Techniken und Instrumente, um die Selbstbestimmung auch des alten Menschen zu wahren. Welch ein Weitblick von Wilhelmine Lübke, der Frau des so unglücklich endenden Bundespräsidenten – der an Altersdemenz litt –, die eine Stiftung des öffentlichen Rechts initiierte, die als Qualitätswerkstatt der Altenhilfe unter anderem auch Rechtsgeschichte machte und weiterhin machen wird, trotz aller Kritik an unterschiedlichen inhaltlichen und formalen Positionen: das Kuratorium Deutsche Altershilfe – das KDA. Auch der Deutsche Verein in Frankfurt, von dem man heute nicht mehr so viel vernimmt, hat mit dem Berufsbild Altenpflege im Jahre 1980 diese sozialpflegerisch ausgeprägte Tendenz formuliert und die weitere Entwicklung beeinflusst.

Leider nur realisierte kaum jemand die schleichende Entfremdung eines Berufsbildes von den gesellschaftlichen Anforderungen. Im Freistaat Bayern will man dies bis heute nicht akzeptieren. Auch in anderen Bundesländern, zum Beispiel Niedersachsen, gibt es Entwicklungen in der Altenpflegeausbildung, die diese sozialpflegerische Ausrichtung fördern. Selbst in der Altenpflegeausbildung in Bayern des Jahres 2002 wird noch Bas-teln, Stricken und Häkeln stundenlang unterrichtet, was die Pflegeversicherung aber nicht bezahlt. In Baden-Württemberg erfolgte in den Neunziger Jahren ein Umdenken, so dass wir hier in der Altenpflegeausbildung besser gerüstet sind. Es ist aber ein echter Nachteil für die Altenpflege, dass es noch keine bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung gibt. Man kann nur hoffen, dass das Bundesverfassungsgericht über die Normenkontrollklage des Freistaates Bayern zügig entscheidet, denn die derzeitige Entwicklung in der Altenhilfe steht und fällt mit

einer einheitlichen, praxisorientierten Ausbildung, die in Baden-Württemberg glücklicherweise jetzt bereits gewährleistet ist.

Die Dominanz der Medizin

Das Sagen in der Pflegeversicherung und in der Altenhilfe haben verstärkt Ärzte und die Krankenpflege. Schauen wir uns doch die Besetzung der Entscheidungsgremien an und den Werdegang der Pflegefunktionäre. Wer ist dort ernsthaft aus der Altenpflege?

Bei der Aufarbeitung der MRSA-Problematik in Alten- und Pflegeheimen beispielsweise meldeten sich Hygieniker wie Prof. Dr. med. Steuer, die schriftlich bekundeten: der ambulante Pflegedienst und die stationäre Pflegeeinrichtung sind medizinische Einrichtungen, die sich grundsätzlich beurteilen lassen müssen wie Krankenhäuser. Also weg mit dem MRSA-Besiedelten oder Infizierten, ab in die Isolation. Nur das Keulen wurde nicht gefordert – ein Rest an Anstandsgefühl blieb also noch übrig. Was lesen wir in den maßgebenden pflegerischen Fachzeitschriften? Der MRSA-Infizierte (auch der Besiedelte?) muss grundsätzlich im Pflegeheim isoliert werden. Diese Anforderungen werden von Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern aufgestellt, ebenso beim MDK, ebenso bei der Heimaufsicht im Zusammenspiel mit dem Gesundheitsamt, an dem wiederum der Arzt das Sagen hat.

Dass es einen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gibt, sei nur am Rande erwähnt und dass differenziertere Lösungen gesucht werden müssen, hat der Verfasser in seinem Rechtsgutachten zur MRSA-Problematik wohl zur Genüge dargestellt. Schließlich geht es nicht um den Ebola-Virus oder die Krätze. In aller Regel kann auch der MRSA-Infizierte an allen Gemeinschaftsveranstaltungen teilnehmen und muss eben nicht isoliert werden (2).

Divergenzen in der Krankenpflege

Sicherlich geht das zunehmende Älterwerden unserer Bevölkerung mit einem Krisenmanagement in der Heilbehandlung einher: Es müssen immer komplexere

Krankheitsbilder, die früher unweigerlich zum vorzeitigen Lebensende führten, behandelt werden. Ärztliche Interventionen und Behandlungspflege nehmen also zu. Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger lernen in ihren Ausbildungen etwas über den Körper des Patienten, vielleicht auch ein wenig über die Psyche – die Seele spielt aber kaum eine Rolle. Dass der Mensch ein sozial handelndes Wesen ist (Arnold Gehlen), ist im wesentlichen nicht bekannt. In dieser Stellung ist der Patient ein Störenfried und passt nicht ins Getriebe! Mit Fug und Recht kann man sagen, dass wir im Gesundheitswesen nicht eine Zweiklassenmedizin haben, nein, wir haben eine Mehrklassenmedizin: Der Privatpatient mit dem Faktor 2,3, der Sozialhilfeempfänger, der nach dem BSHG mehr bekommt als der Kassenpatient, der Kassenpatient mit dem Faktor 1,0 und schließlich und endlich der wissende Kassenpatient, der, je lauter er schreit, um so mehr auch bekommt. Der, der gar mit dem Paragraphen droht, bekommt freiwillig (fast alles). Beim Verfasser reicht es schon aus, dass die Berufsangabe Jurist ist und dann auch Medizin- und Pflegejurist – der Supergau für die Akteure.

Erst jetzt reagiert der Gesetzgeber zaghaft mit der Vorlage des neuen Krankenpflegegesetz-Entwurfs, in dem unter anderem im Ausbildungsstoff endlich auch die palliative Medizin und die Sozialwissenschaften mit rund 200 Unterrichtsstunden aufgenommen sind. Wird das aber reichen, nachdem Krankenpflegekräfte es gewohnt sind, in der Behandlungspflege nur auf ärztliche Anordnung zu reagieren, so dass ohne wesentliche Veränderung der ärztlichen Ausbildung insoweit nicht viel geholfen ist?

Die Gefahr der Fremdbestimmung

Man muss sich folgende Konstellation vorstellen, die in PKR 2/2002 in der Rubrik "Praktiker fragen – Juristen antworten" gerade veröffentlicht wurde (3):

"Frage [...] einer Pflegedienstleiterin einer orthopädischen Klinik mit AHB- und KHB-Belegung:

Seit Jahren werden dem Patienten die Medikamente im Tagesdosierer gerichtet, egal wie selbstständig er vorher war. [...] Ich wollte, dass die Medikamente dem Patienten wochenweise ausgegeben werden, wenn er dies selbstständig kann. Jetzt bekomme ich von den Ärzten Gegenwind: Sie meinen, dies sei nicht erlaubt. Man müsse dem

Patienten die Medikamente richten. Als Grund werden Kontrolle und Suizidvermeidung angegeben [...]. Nun meine Frage: Gibt es gesetzliche Einschränkungen, die es verbieten, Medikamente dem Patienten zur eigenständigen Einnahme während des Klinikaufenthalts auszuhändigen?

Antwort:

Die Klinik ist keine Strafvollzugsanstalt, in der der Patient wie ein Strafgefangener verwahrt und weggeschlossen wird und ihm gleich die Medikamente weggenommen werden. [...] Der Patient bringt die Medikamente mit und ist von seinem Facharzt eingestellt. [...] Patienten, die aufgrund ihrer Bewusstseinslage, wie dies nun einmal in der Rehabilitation durchweg der Fall ist, selber in der Lage sind, sich die Medikamente zu geben, dürfen die Medikamente nicht einfach weggenommen werden, sondern haben die Patienten sich selbst ihre Medikamente zu richten und zu geben. [...] Soweit die Krankenschwester im Rahmen der Beobachtungspflege feststellt, dass der Patient nicht in der Lage ist, die Medikamente selbstständig einzunehmen, ist dies in der Dokumentation zu vermerken und das Richten und Stellen für den Patienten zu übernehmen. Exakt das ist die Aufgabe der Pflege: dort Unterstützungsleistungen auszuführen, wo der Patient selbst nicht mehr kann.“

Exakt so ist übrigens auch die Rechtslage für Pflegeheime. Wenn hier MDK-Prüfer oder Heimaufsichtsprüfer etwas anderes behaupten, sind diese zum einen auf § 4 SGB XI – aktivierende Pflege, Erhalt der Restaktivitäten durch den Patienten selbst – und auf § 2 Nr. 1 und 2 HeimG – Achtung der Menschenwürde und der Selbstbestimmung – zu verweisen. Es gibt also in Medizin und Pflege eine Fremdbestimmungstendenz, der dringend Einhalt zu bieten ist.

Fremdbestimmungstendenzen der Kassen und Sozialhilfeträger

Mit der Einführung des Sachleistungsprinzips in der Altenhilfe über die rein krankensicherungsrechtlichen Leistungen hinaus in der Pflegeversicherung sind Fremdbestimmungstendenzen, die wir in der Krankenversicherung schon lange haben, in die reine Pflegeversorgung mit hineingekommen. Das Pflegebett, den behindertengerechten Rollstuhl oder die Antidekubitusmatratze bekommt der Patient erst, wenn die Kasse dies genehmigt hat – und das kann dauern. Ambulante Pflegeleistungen werden nicht oder verzögert bewilligt.

Katheterisierung im Pflegeheim – durch den Hausarzt, durch den Urologen, durch den Krankenhausarzt oder durch das Pflegeheim selbst – der Patient wird zum Spielball des unzulänglichen Systems. Die Rationierung von Sach- und Dienstleistungen führt zu einer Verschärfung der Fremdbestimmungstendenzen des heutigen Systems und sind dem Selbstbestimmungsauftrag der Pflegeeinrichtung gegenüber kontraproduktiv: Der Patient bekommt nicht, was er braucht, nein, er bekommt, was da ist. Grenze ist allerhöchstens noch das Haftungs- und Sicherungsrecht. Sichere Pflege kann notfalls eingeklagt werden – wer aber klagt?

Fremdbestimmungstendenzen des Haftungs- und Sicherheitsrechts

Das Haftungs- und Sicherheitsrecht hat selbst auch eine Fremdbestimmungstendenz. Wenn beispielsweise die Rechtsprechung bei Stürzen teilweise fordert, dass der Patient hätte abgesichert werden müssen, führt dies durchaus auch zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, die nicht unbedingt geboten sind, weil nach der neuesten Sturzforschung in der Pflegewissenschaft nur ganze fünf Prozent der Stürze alter Menschen ernsthaft vermeidbar sind. Es muss also ein Sturzmanagement eingerichtet werden, aus dem sich letztlich die Fälle ergeben, die abzusichern sind. Damit werden übrigens auch die vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungen rechtssicherer, weil auch die Vormundschaftsrichter unterschiedliche Kenntnisse haben und unterschiedlich werten.

Weiter geht's in Pflegen Ambulant 5/02 mit dem 2. Teil.

Anmerkungen:

- 1) Aufgrund einer Laudatio zum 40-jährigen Geburtstag der Caritas-Altenpflegeschule Filderstadt-Plattenhardt am 14.6. 2002.
- 2) Böhme, Hans: Rechtliche Fragestellungen im Umgang mit MRSA-infizierten Bewohnern in Pflegeheimen, Teil 1, in: Pflege- und Krankenhausrecht (PKR) 1/2000, S. 29-33.
- 3) Böhme, Hans: Fragen 62-64: Rechtsfragen zum Richten und Verteilen von Medikamenten, in: Pflege & Krankenhausrecht (PKR) 2/2002, S. 55-56.

Anschrift des Verfassers:

Hans Böhme

Jurist und Soziologe

Wissenschaftlicher Leiter des

Instituts für Gesundheitsrecht und -politik

Rostocker Str. 15, 72116 Mössingen

Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH

(Über-)Reglementierung in der Altenpflege (2)

*von Hans Böhmer
aus „Pflege Ambulant“*

Bewohner- und Kundenrechte / Teil 2

Im ersten Teil waren zur Altenpflege im gesellschaftlichen Kontext, zu den Divergenzen in der Altenpflege und zur Gefahr der Fremdbestimmung Ausführungen zu lesen. Im abschließenden zweiten Teil werden nun zum PQsG und dem Heimgesetz sowie zu Möglichkeiten der Erneuerung Überlegungen angestellt.

PQsG und Heimgesetz – Garanten einer Erneuerung?

Seit 1. Januar 2002 kommen das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und das Heimgesetz zur Anwendung. Umfangreiche Neuregelungen sind in Kraft getreten, die einen ungewöhnlich bürokratischen Mehraufwand mit sich bringen. Wer im Internet surft, bekommt vom Bundesgesundheitsministerium und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend leitzordnerweise Unterlagen zur Einsicht und zum "Runterladen". Letztendlich kann man zum Ergebnis kommen, dass jede Klitsche mit den schlechtesten Voraussetzungen durch die Prüfungen kommt, wenn sie nur die formalen Kriterien der Gesetze erfüllt.

Also los: holt Euch die Begutachtungsanleitungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände und der MDKs (1) und füllt die Ordner: Man nennt das jetzt modern "Prüfmanagement" (2). Das wird ja sogar schon in Fachzeitschriften empfohlen. Eines wird damit auf jeden Fall erreicht: Die Akteure haben noch weniger Zeit für die Patienten. Man geht zwischenzeitlich davon aus, dass für Management und Dokumentation zwei Drittel der Zeit des Fachpersonals benötigt wird, so dass für Dienstleistungen am Patienten nur noch ein Drittel übrig bleibt. Wo und wie soll das die Altenversorgung verbessern, gar sichern?

Überlegt wird natürlich auch, wie man die Gesetze umgehen können. Ein Beispiel: Zwar haben Prüfer ein Befragungsrecht von Mitarbeitern, die Mitarbeiter müssen aber nicht antworten, auskunftspflichtig sind nur die Einrichtungs- und Pflegeleitungen. Im Gesetz steht auch nicht, dass die Mitarbeiter in der Einrichtung in Abwesenheit der Leitung befragt werden dürfen, in Ausübung des Hausrechts kann die Leitung darauf bestehen, bei Mitarbeiterbefragungen anwesend zu sein.

Übrigens war gerade die Gesetzgebungsdiskussion zum PQsG geprägt von missionarischem Eifer einiger Ayatollas, die sich teilweise sogar mit manchem Hirngespinnst durchgesetzt haben, wie beispielsweise die neuen Überwachungsregeln, die nicht nur zur gläsernen Pflegeeinrichtung sondern auch zum gläsernen Patienten führen, wobei das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung im Sinne des Datenschutzes ja schon längst auf der Strecke bleibt, überdies in vielen Pflegedokumentationen so viel Unverschämtes steht.

"Hat sich vor dreißig Jahren an kleinen Mädchen vergriffen!!!" Was interessiert das eigentlich heute? *"Ist ein Nazi!!!"* Was soll das? Das ist eine infame Wertung, die eine unglaubliche Intoleranz und Geschichtslosigkeit zum Ausdruck bringt: Alte Menschen sind Kinder ihrer Zeit; es lohnt sich nicht, hier alles auf die Goldwaage zu legen. Nur: Was hat das in der Pflegedokumentation zu suchen?

Ein zweites Beispiel ist die Hygienediskussion: Im Gesetzgebungsverfahren wurde doch ernsthaft erwogen, ambulante Pflegedienste zu verpflichten, die Hygiene in der Häuslichkeit sicherzustellen. Man muss sich das einmal vorstellen: Kein Kater auf der Bettdecke, kein Kanarienvogel, der über den Frühstückstisch fliegt – ganz abgesehen von den hygienischen Verhältnissen in manchen Wohnungen, besonders in den sanitären Anlagen. Was haben denn Kasse und Pflege in der Häuslichkeit zu bestimmen? Nichts, das Hausrecht hat der Patient. Dieses Argument zog aber im Gesetzgebungsverfahren nicht. Erst der Hinweis auf die Fragwürdigkeit von Kombileistungen bei Verpflichtung des ambulanten Dienstes hat die Gesetzesmacher davon abgehalten, diese Verpflichtung aufzunehmen. Jetzt wird Bezug genommen auf das Infektionsschutzgesetz, was man sich eigentlich hätte ersparen können, weil das Gesetz ja schon da ist.

Was ist zu tun?

Die Situation ist zwieschlächtig: Einerseits ist die Professionalisierung der Pflege weit fortgeschritten, andererseits ist die Bevormundung von Pflegefachkräften und Patienten unerträglich. Hier wird zurückzurudern sein auf einen pragmatischen Ansatzpunkt, der zu erarbeiten ist. Wir brauchen unbedingt schlankere Regelungen, konzentriert auf wenige Rechtsgebiete und nicht die Fülle an Kontrollorganen. Übrigens: Die Regeln werden schon deshalb weicher zu gestalten sein, weil der Ärzte- und Pflegefachkräftemangel, der sich abzeichnet, nur durch pragmatische Lösungen aufgefangen werden kann. Pflegefachkräfte werden stärker in die ärztlichen Tätigkeiten eindringen und Pflegeaufgaben werden von anderen Professionen mit übernommen werden müssen, um den Arbeitsbedarf überhaupt abdecken zu können. Im übrigen werden sicherlich aus dem Ausland Arbeitskräfte angeworben werden, die zum einen nicht den gleichen Qualifikationsstand haben, zum anderen aber auch nicht unsere Lebensgeschichte. Hier werden Konzepte benötigt, wie mit möglichst einfachen Mitteln ein möglichst hoher Versorgungsstand organisiert und durchgeführt werden kann.

Es ist auch kontraproduktiv die Fachkräfte mit Arbeit zuzuschütten, anstatt dass die Arbeitsteilung nutzbar gemacht werden kann. In der Behandlungspflege muss nicht alles die Pflegefachkraft machen, nachdem der Patient sich ja selber grundsätzlich auch versorgt, ohne Fachkraft zu sein. Behandlungspflege, die der Patient selber in der Lage ist, zu leisten, wenn er nicht pflegebedürftig wäre, ist auf Hilfskräfte delegierbar, die natürlich entsprechend eingewiesen sein müssen.

Wenn insoweit zum Teil geltend gemacht wird, dass dies dem ganzheitlichen Pflegeprozess widerspricht, wird Ganzheitlichkeit missverstanden: Ganzheitlich ist die Anamnese, die Planung, die Dokumentation und die Überwachung im Sinne einer Evaluation. Die Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen ist naturgemäß im Rahmen der Arbeitsteilung auf unterschiedliche Kräfte übertragbar. In Abwandlung des amerikanischen primary-nurse-Systems propagiert ja das KDA ein spezielles Bezugspflegemodell im Sinne einer Supervisionspflicht der Fachkraft gegenüber Hilfskräften. Diese Konstruktion ist meines Erachtens umsetzbar, wenn man die Fachkräfte von minderqualifizierten Tätigkeiten entlastet und sie mehr im Rahmen des Auswählens, Anleitens und Beratens, Überwachens und Intervenierens einsetzt.

Dort können Sie dann ihre Fachlichkeit voll zur Geltung bringen, ohne unnötig frustriert zu werden.

Erstaunlich war ja für mich die Vorbehaltsaufgabendiskussion: Eigentlich ist schon die Fragestellung abwegig, denn es gibt keinen Beruf, der nur Vorbehaltsaufgaben hat, im Gegenteil: nur die wenigsten Berufe sind in der Ausübung geschützt. Warum soll Pflege, die jeder an sich selber vornimmt, nur Fachkräften vorbehalten bleiben? Ich darf mich ja auch selber behandeln, ohne Arzt sein zu müssen. Warum soll berufsmäßig und gewerbsmäßig insoweit etwas anderes gelten?

In Wirklichkeit verbirgt sich hinter dieser Fragestellung der Frust eines semiprofessionierten Frauenberufs, der in unserer Gesellschaft noch nicht die Anerkennung erfahren hat, wie sie anderen Berufen ohne weiteres zukommt. Dass letztlich der Gutachter ausgerechnet die in §§ 71, 80 SGB XI in Verbindung mit den Qualitätsmaßstäben entwickelten Kompetenzen als denkbare Vorbehaltsaufgaben bezeichnet hat, wussten wir schon vorher und zeigt, wie unnötig dieses Gutachten war, wenn man einmal davon absieht, dass damit endlich die Pflege auch in der Rechtswissenschaft salonfähig wurde.

Die Abgrenzung zwischen Fachmann und Laie ist in einem Urteil des Landgerichts Berlin erfreulich verständlich und einprägsam formuliert worden: Während der Laie alleine in der Lage ist, sich auf das rein Handwerkliche, was ihm beigebracht wurde, zu konzentrieren, ist der Fachmann darüber hinaus in der Lage, die gesamte Handhabung zu überdenken: Nur der Fachmann ist in der Lage zur Anamnese, Planung, korrekter Dokumentation und Evaluation – und das genau sind die Aufgaben, die die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne der §§ 71, 80 SGB XI in Verbindung mit den Qualitätsmaßstäben hat.

In der Abwägung zwischen Sicherheitsgebot und Selbstbestimmung sollten wir mehr Raum für freie Gestaltung lassen: es ist doch geradezu absurd, wenn man einem Auftragnehmer, der für den Brandschutz im Pflegeheim ein Angebot abgeben soll, in einem halbstündigen Telefonat erst klarmachen muss, dass es sich nicht um einen Flughafenbetrieb sondern um ein Pflegeheim handelt.

Der heilige "Sankt Bürokratius" muss dringlichst abgebaut werden: Kürzlich wurde im Fernsehen zu bester Fernsehzeit über die Schwächen unseres Gesundheitssystems berichtet. Verglichen wurde die Abrechnungspraxis eines deutschen Hausarztes mit

der seines französischen Kollegen. Der deutsche Hausarzt hat ein vielseitiges Abrechnungswerk in vielstündiger Arbeit zu erstellen, das von in Marmor sitzenden Kontrollorganen überprüft wird, ohne zu wissen, was er eigentlich verdient hat. Der Franzose hat ein zweiseitiges Abrechnungsblatt, rechnet jede Arztbegegnung mit dem Patienten direkt ab, der sich die Hälfte über die Kasse wieder holt. Am Ende des Arbeitstages weiß der französische Arzt exakt, was er verdient hat. Kontrolliert werden muss nichts. Die Kasse ist nicht in einem Prunkpalast untergebracht und braucht nicht einen Wasserkopf an Prüfern und Sachbearbeitern.

Schlussbemerkung

Eines noch zum Schluss: Die Altenpflege ist nicht überflüssig. Wir brauchen Menschen mit Mehrfachqualifikationen und eine sozialetische Grundeinstellung, die über die körperbezogene Medizin und Krankenpflege hinausgeht, die also in der Lage sind, auch soziale Betreuung sicherzustellen.

Wir werden aber auch erkennen und den Leuten sagen müssen, dass es das nicht umsonst gibt und dass es nicht unbedingt Aufgabe des Staates ist, vollumfängliche Sicherungssysteme anzubieten, so wie auch die gesetzliche Rentenversicherung künftig nicht mehr in der Lage sein wird, allen Anspruchstellern die gleichen Leistungen zu bieten, wie das heute der Fall ist. Private Selbstvorsorge ist also vonnöten. Die Rücklagen der Menschen sind in erster Linie für die Altersabsicherung da und nicht für die Nachkommen. Das werden wir lernen müssen – nicht mehr und nicht weniger.

Anmerkungen:

- 1) Zu beziehen über Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in 45141 Essen (Postfachpostleitzahl), Tel.: (0221) 83 27 0.
- 2) Vgl. auch Böhme, Hans/Götttert, Gerhard: PQsG und HeimG. Praxiskommentar, WEKA MEDIA GmbH, Kissing, 2002, 488 Seiten mit CD-ROM, hier S. 193 und S. 203-204.

Anschrift des Verfassers:

Hans Böhme

Jurist und Soziologe

Wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Gesundheitsrecht und -politik

Rostocker Str. 15

72116 Mössingen

Dieser Artikel wurde bereitgestellt von Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH