

Claus Fussek
Vereinigung Integrationsförderung e.V.
Klenzestraße 57 c
80469 München
Tel. 089/2015466
familie@c-fussek.de

Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur Pflegereform in
Berlin am 21. Jan. 2008

„WIE KANN ES BEI DIESEM THEMA ÜBERHAUPT GEGNER GEBEN ?“

Eine etwas andere, parteiische, einseitige, emotionale, unausgewogene, verzweifelte
Stellungnahme aus der Praxis - dem ganz normalen, alltäglichen Pflegewahnsinn ...!

**„Aus der Sicht schwer pflegebedürftiger, abhängiger, wehrloser Menschen und
engagierter, kompetenter, verzweifelter und (noch) motivierter Pflegekräfte.....!“**
(„Ich hätte so gerne Unrecht!“ - „Ich kann inzwischen oft meine eigenen Argumente
nicht mehr hören!“)

Passend zur aktuellen Diskussion kritisierte der bekannte Pflegeexperte und Jurist Prof.
Dr. Gerhard Igl bereits **Anfang 1989** (!) in der Zeitschrift *Altenpflege*:
„Auf der Suche nach einer Lösung“ („Die unendliche sozialpolitische Geschichte“) - „Seit 15
Jahren gibt es die Diskussion um die Verbesserung des sozialen Schutzes bei
Pflegebedürftigkeit. Kein anderes sozialpolitisches Problem wird in der Bundesrepublik so
lange verschleppt, obwohl zahlreiche Lösungsvorschläge von unterschiedlichen Initiatoren
vorgestellt worden sind.“

Und wieder werden/wurden auch für diese Anhörung Unmengen Seiten Papiere
beschrieben, gemailt, gedruckt und kopiert -- (wer hatte denn eigentlich die Zeit, das alles
zu schreiben, bzw. das dann auch noch zu lesen?) ... (über die Kosten möchte ich hier nicht
reden.....)

Es treffen sich nun wieder bekannte und unbekannte Experten und Lobbyisten in Berlin zu
den üblichen Ritualen sie tauschen längst bekannte Argumente, Papiere und Meinungen
aus ...loben, erkennen höflich, diplomatisch die kosmetischen Verbesserungsvorschläge an
(„besser als gar nichts!“, „Weg in die richtige Richtung!“), diskutieren, ...verabschieden
Resolutionen, Eckpunktepapiere, empfehlen, appellieren ...warnen ... machen Vorschläge
und vertagen sich...! Dann warten wir auf die umfangreichen Protokolle aus Berlin
...verschicken diese, diskutieren sie wieder in Arbeitsgruppen und Ausschüssen, heften
diese Papiere ab, trösten die betroffenen Menschen, gehen zur Tagesordnung über und
hoffen, dass wir uns bald wieder auf Kongressen, Tagungen und Altenpflegemessen treffen
können--Themen gibt es ja genug...!

Selbstverständlich ist wieder **KEIN** Mensch gegen gute Pflege - **NIEMAND** ist für
schlechte Pflege ... **ALLE** sind für Verbesserungen ! Eigentlich sind sich wieder **ALLE**
einig ! .

(Übrigens: Auch über das neue Heimgesetz wird jetzt auch in allen Bundesländern, in allen
Verbänden geschrieben, diskutiert, verhandelt usw Ich stelle mir auch hier die Frage :
„Vor wem müssen wir eigentlich die alten, pflegebedürftigen Menschen schützen...?“)

Über wen und über was reden wir:

Wir diskutieren und reden seit vielen Jahren über Selbstverständlichkeiten, der Einhaltung und Sicherung von elementaren Grund- und Menschenrechten, Menschenwürde, der Lebensqualität von schwer pflegebedürftigen Menschen an deren Lebensende (siehe dazu die „Mindestanforderungen für eine menschenwürdige Grundversorgung“)

Wir reden und diskutieren seit vielen Jahren über die Einhaltung und Sicherung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen von häufig vollkommen überlasteten und überforderten Pflegekräften. ..! (siehe auch www.kritische-ereignisse.de)

WAS MAN NICHT SIEHT (SEHEN WILL) GIBT ES AUCH NICHT!

JEDER der es ehrlich wissen will, kann sich eigentlich täglich vor Ort in Pflegeheimen persönlich und unangemeldet über den Pflegealltag überzeugen! Wir wollen aber alle offensichtlich die reale Situation, bzw. die unangenehmen Wahrheiten über das tatsächliche Ausmaß der Probleme und Missstände nicht wissen - weil uns dieses Wissen belastet! Ein Thema, das ebenfalls nur vorsichtig und zurückhaltend diskutiert wird: „Gewalt in der häuslichen Pflege - Das „Tabu im Tabu“ - die Überlastung und Überforderung pflegender Angehöriger! (da besteht nämlich ebenfalls ein massiver, dringender Handlungsbedarf!)

Die untragbare Qualitäts- und Personalsituation, die Missstände in zahlreichen Pflegeheimen sind seit vielen Jahren bekannt und veröffentlicht! Nur noch wenige Funktionäre der „Pflegeszené“ und einige Politiker sprechen von „bedauerlichen Einzelfällen“ oder „ein paar schwarzen Schafen“! Immer mehr Pflegekräfte beenden endlich ihr Schweigen, weil sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht mehr verantwortlich arbeiten können, wollen und dürfen! Erschreckend ist aber auch deren Angst und Verzweiflung über diese Missstände offen zu sprechen! Sind diese Zustände und Arbeitsbedingungen den vielen Verantwortlichen nicht bekannt?

Allein in den vergangenen 10 Jahren haben mich weit über 40 000 Anrufe, Briefe, Emails erreicht – 2/3 der verzweifelten Informanten/innen waren und sind Pflegekräfte!

Auch Vertreter des MDK räumen doch seit vielen Jahren ein, dass die vorhandenen Qualitätsdefizite keine Einzelfälle sind, sondern auf strukturelle Defizite hinweisen:

- im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung
- beim Umgang mit Medikamenten
- bei der Inkontinenzversorgung
- in der Dekubitus-Prophylaxe und Therapie
- beim Missbrauch freiheitseinschränkender bzw. freiheitsberaubender Maßnahmen.“

(Über die z.T. ebenfalls katastrophale personelle Situation, die Probleme bei der Behandlung pflegebedürftiger, dementer Menschen in Krankenhäusern wird immer noch nicht offensiv öffentlich diskutiert!)

Absurd und schwer nachzuvollziehen ist, dass in den meisten Bundesländern die Kontrollen durch Heimaufsicht und MDK immer noch angemeldet erfolgen! Ehrliche Transparenz immer noch nicht selbstverständlich ist!)

(gesetzliche Veränderungen sind endlich geplant!)

Aber – es geht selbstverständlich auch anders! Wir kennen zahlreiche vorbildlich geführte „gute“ Pflegeheime, wo pflegebedürftige Menschen einen Ort des Miteinanders, der Geborgenheit, ein Zuhause gefunden haben.

Wo engagierte und motivierte Pflegekräfte z.B. unter Berücksichtigung persönlicher Wünsche und Vorlieben ihrer Gäste eine wertschätzende, menschenwürdige Pflege und Versorgung sicherstellen! „Menschen an ihrem Lebensende versorgen zu dürfen, ist für mich eine Ehre!“ (Zitat einer Altenpflegerin)

Oft sind es vor allem Kleinigkeiten, Selbstverständlichkeiten, die alten Menschen das Gefühl von Selbstwert, respekt- und würdevoller Begleitung vermitteln.

(„Pflege so, wie du selber gepflegt werden möchtest!“ „Was Du nicht willst, was man die tu, das füg auch keinem anderen zu!“)

(Selbstverständlich kann es ein Pflegeheim ohne Mängel nicht geben ...!)

Wir haben in der Altenpflege doch längst kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungs- ein Vollzugsproblem!

Die untragbare Qualitäts- und Personalsituation in zahlreichen Pflegeheimen werden doch seit vielen Jahren in unzähligen Expertenanhörungen, Runden Tischen, Kommissionen, Arbeitskreisen, Studien, unüberschaubaren Gutachtenbergen, Modellversuchen, Bündnissen, Resolutionen, unverbindlichen Empfehlungen, Stellungnahmen, Absichtserklärungen, Begleitforschungen, usw. diskutiert, thematisiert, verabschiedet, verwaltet und wieder verzögert! Auch die zahlreichen positiven Beispiele und Alternativen sind in unzähligen, Fachbüchern, Fachzeitschriften und Expertenstandards veröffentlicht worden - man muss diese nur lesen und endlich umsetzen! Unzählige innovative Projekte und Modelle wurden in den vergangenen Jahrzehnten publiziert.. Sogar Projekte, die nachweislich die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen deutlich verbessern, die Pflegebedürftigkeit hinauszögern, z.T. sogar vermeiden und hohe Kosten einsparen, werden nach Beendigung der Modellphase eingestellt, nicht fortgeführt...!

Am „Runden Tisch Pflege“ waren doch alle vertreten, die „in der Pflege“ verantwortlich sind. Beschämend: Selbst die „**Charta der Rechte hilfe – und pflegebedürftiger Menschen**“ war leider nicht „konsensfähig“ und wurde nur als „Empfehlung“ verabschiedet! Darin stehen doch auch nur Selbstverständlichkeiten, die in jedem Leitbild und Hochglanzprospekt der Pflegeheime enthalten sind!

Eine einflussreiche boomende Branche und Lobby hat offensichtlich keinerlei Interesse, dass sich konkret etwas rasch verbessert und verdient daran, dass sich nichts, bzw. nur wenig bewegt...!

Ich bin der festen Überzeugung, dass die „Produkte“ Krankheit und Pflege nicht markt- und börsenfähig sind!

(Übrigens: In Deutschland wird niemand gezwungen ein Pflegeheim zu betreiben!)

Wo elementare Grundrechte und Menschenwürde in Frage gestellt werden, wo es um tägliche medizinische und pflegerische Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen, um menschenwürdige Arbeitsbedingungen geht, müssen geschäftliche Interessen ihre Grenzen haben!

Wir müssen ab sofort grundsätzlich umdenken: Es kann und darf nicht sein, dass z.B. erfolgreiche aktivierende und rehabilitative Pflege durch „Rückstufung“ bestraft wird. Es ist ein ethischer und volkswirtschaftlicher Irrsinn, wenn z.B. die Behandlung von Dekubitalgeschwüren und Oberschenkelhalsbrüchen in Kliniken, zur wirtschaftlichen Führung

des Hauses gebraucht werden—also ein Wirtschaftsfaktor sind!“ (Zitat eines Arztes) An den Folgen gefährlicher Pflege werden im System Milliarden verdient! Dabei können durch Prophylaxe und Therapie vieles an Leid und Kosten gespart werden!

- Warum soll es nicht möglich sein, endlich Kranken- und Pflegeversicherung „zusammenzulegen“? (Systemfehler!) Ich möchte das hier nicht weiter begründen ... diese Forderung wird seit Einführung der Pflegeversicherung in der „Pflegeszené“ ständig als sinnvoll und notwendig gefordert. („Traut man sich aber nicht laut sagen...!“) Offensichtlich ist es aber unmöglich oder politisch nicht gewollt viel Geld einzusparen ...! Das Beharrungsvermögen von Träger - Strukturen im Gesundheits- und Pflegesystem ist schwer zu begreifen und nachzuvollziehen! („Träger kommt von träge...!“)

Auch ein Riesengeschäft: Häufig sind „Magensonden“ und „saugfähige Windelprodukte“ im Pflegealltag inzwischen zu „pflegeerleichternden Maßnahmen“ geworden!

In der „Pflegeszené“ wird seit Jahren „gejammert“ ... „es wird immer schlimmer“ ... Personaleinsparungen, Minutenpflege, DRGS, wir brauchen mehr Geld, „es ist 5 vor 12“ - gleichzeitig überzieht aber ein kostenintensiver „Qualitätssicherungs- und Zertifizierungswahnsinn“ die bundesdeutsche Pflegelandschaft! Seit vielen Jahren beherrscht der groteske und absurde „Textbaustein“ vieler Funktionäre die Diskussion: **„Unter den von den Kostenträgern vorgegebenen personellen Rahmenbedingungen leisten die meisten Pflegeheime eine optimale Pflege!“** (?)

Statt einer Allianz des Schweigens, Wegschauens, Relativierens und Schönredens, brauchen wir eine Allianz der gemeinsamen Verantwortung, Partnerschaft, der Zivilcourage und eine ehrliche, transparente Diskussion!

Konfrontieren wir doch endlich **ALLE** Verantwortlichen der Politik, Heimträger, Kostenträger, Pflegewissenschaftler unangemeldet mit dem Pflegealltag in bundesdeutschen Heimen!

Die alten Menschen haben nicht mehr viel Zeit zu warten !

Literaturangaben:

- „Alt und Abgeschoben“ Füssek/Loerzer Herder Verlag Taschenbuch Okt. 2006)

- „Besondere stationäre Dementenbetreuung If“ Peter Dürrmann (Hrsg) Vincentz Verlag

- „Der Qualitätsbericht - Transparenz schafft Vertrauen“ Helmut Wallraffen-Dreisow Vincentz Verlag)

FORDERUNGEN AN EINE SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG :

MINDESTANFORDERUNGEN für eine menschenwürdige Grundversorgung, die jedes Pflegeheim in Deutschland garantieren muss (Art 1 Grundgesetz, § 80 SGB XI) - bei ca. 2500 - 3500 €/ Monat. Diese Anforderungen sind nicht kompromissfähig und können daher auch nicht Gegenstand von Verhandlungen sein!!!

JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH seine Mahlzeiten und ausreichend Getränke/Flüssigkeit in dem Tempo erhalten, in dem er kauen und schlucken kann. Magensonden und Infusionen dürfen nur nach ausdrücklicher und (regelmäßig) kontrollierter medizinischer Indikation verordnet werden. Die Notwendigkeit muss ständig hinterfragt werden! Eine Magensonde als pflegeerleichternde und damit auch pflegevermeidende Maßnahme ist menschenunwürdig und Körperverletzung!

JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH so oft zur Toilette gebracht oder geführt werden , wie er es wünscht! (Windeln und Dauerkatheter als pflegeerleichternde Maßnahmen sind menschenunwürdig und Körperverletzung!)

JEDER pflegebedürftige Mensch muss TÄGLICH (wenn gewünscht !) gewaschen, angezogen, gekämmt werden und sein Gebiss erhalten (Mundpflege!).

JEDER pflegebedürftige Mensch muss (auf Wunsch) TÄGLICH die Möglichkeit bekommen sein Bett zu verlassen und an die frische Luft zu kommen.

JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben, wenigsten seinen /ihren Zimmerpartner zu wählen, bzw abzulehnen. (Doppelzimmer und Mehrbettzimmer sind menschenunwürdig).

JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben, dass wenigsten ein Mitarbeiter auf Station ist, der die Muttersprache spricht. Kommunikation ist ein Grundrecht! (Trösten, zuhören, geduldig in den Arm nehmen, ein paar freundliche, liebevolle, verständliche, einfühlsame Worte dürfen nicht als „Kaviarleistung“ („nicht finanzierbar“) gelten).

JEDER pflegebedürftige Mensch muss die Sicherheit haben, dass ihm in der Todesstunde wenigstens jemand die Hand hält, damit er nicht alleine und einsam sterben muss.....!!!

Diese „Standards“ müssen in einem reichen Land, das den Anspruch hat; die Menschenrechte besonders zu achten selbstverständlich sein ...!

Die Grundvoraussetzungen für MENSCHENWÜRDIGE ARBEITSBEDINGUNGEN sind selbstverständlich ausreichendes, motiviertes, kompetentes und auch menschlich qualifiziertes Personal !!!

DIE WÜRDE AUCH DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN IST UNANTASTBAR !!!

(Claus Fussek **München 2002**)

(siehe dazu auch
„CHARTA DER RECHTE HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN“ !!

Beispiele aus der Praxis:

Engagierte, kompetente Pflege wird bestraft:

Sehr geehrter Herr Fussek,

als engagierte Pflegefachkraft, welche die Altenpflegewelt bald nicht mehr versteht, ein kurzes Beispiel:

In unserer Pflegeeinrichtung befindet sich seit Jahren eine demente Bewohnerin. Sie steht weder aus eigenem Antrieb aus dem Bett 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 daher Speisen und Getränke vollständig ein mit einem Zeitraum pro Mahlzeit von mindestens 20 –25 Minuten. Sie wollte auch nur in einer wirklich dunklen Ecke des Flurs sitzen und – wenn überhaupt – dort essen.

Nun wurden im Zuge eines Neubaus ein neuer, heller Aufenthaltsraum geschaffen und es wurde eine Altentherapeutin (50 % Arbeitskraft 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, d.h. diese fehlenden 50 % müssen von den Pflegekräften zusätzlich aufgebraucht werden. Nun möchte ich nicht klagen, denn die Betreuung bringt auch eine gewisse Entlastung, da die dementen Bewohner nicht ziellos herumirren 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 usw.

Nun zu der 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 allein an zu essen und zu trinken. Zwar dauert es sehr 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. Bekanntlich richtet sich der Stellenschlüssel ja nach wie vor nach den Pflegestufen und nicht nach Zeitaufwand zur Betreuung. Dabei wird völlig übersehen, dass ein dementer Bewohner mit Pflegestufe 1 oft mehr Zeitaufwand benötigt, als z.B. bettlägerige Bewohner mit Pflegestufe 3, welche ja beim Essen nicht ständig aufstehen, weglaufen, die Ausscheidungen in Bett und Fluren hinterlassen etc. etc.

Absurd, aber Wirklichkeit.

Weshalb wird in der Altenpflege Fortschritt bestraft und nicht belohnt?

Treiben wir z.B. Bewohner in die Inkontinenz, weil die Zeit für den Toilettengang fehlt. Wer regt sich auf? Niemand.

Noch ein kurzes Beispiel, was ein schönes Ambiente bewirken kann.

Eine weitere, demente Bewohner, auch sie hat die Mahlzeiten immer in einer dunklen Ecke an einem kleinen Tisch eingenommen.

Sie ist zwar in der Lage alleine zu essen, nimmt aber kaum etwas zu sich. Sie lehnt es auch ab in Gesellschaft zu essen.

Seit sie an einem schön gedeckten Tisch essen kann, isst sie besser und fühlt sich auch in Gesellschaft wohl. Spricht auch wieder und sagte beim Anblick des schön gedeckten Tisches: „Oh, ist das schön hier“.

Ich denke, Einrichtungen, welche sich bemühen, müssten belohnt werden, wie immer diese Belohnung auch aussehen könnte, z.B. durch eine bessere personelle Ausstattung.

Wenn ich jedoch daran denke, dass sich ein Land wie die Bundesrepublik Deutschland im Ausland Anregungen holen muss, wie alte, pflegebedürftige Menschen betreut werden müssen, dann bitte ich jene, welche glauben es sei notwendig, in die Einrichtungen zu gehen, den alten Menschen in die Augen zu sehen, bzw. sich umzusehen und sie wissen, was erforderlich ist.

Geben Sie den Pflegekräften die Zeit, die Pflegebedürftigen im eigenen Rhythmus essen und trinken zu lassen, sie zur Toilette bringen zu können, wann es immer erforderlich ist und

gewünscht wird, sie ins Freie zu bringen, ihnen persönliche Zuwendung zu geben. Das löst zwar nicht alle Probleme, aber einige wenige.

Nein es werden Modell erprobt, die viel Geld und am Schluss und steht wieder die Erkenntnis, es kein Geld dafür da.

Es ist dringend erforderlich u.a. genügend Fachpersonal vor Ort zu haben und wir brauchen keine Modell und Anregungen aus dem Ausland.

Natürlich sind die Personalkosten jetzt schon der größte Kostenfaktor, wenn ich jedoch täglich sehe wie Geld in der Altenpflege und von den Krankenkassen unnütz ausgegeben und verschwendet wird, dann kann ich das Gerede vom fehlenden Geld nicht mehr nachvollziehen. Als Beispiel möchte ich nur Prophylaxe auf vielen gebieten nennen, sie würde enorme Summen sparen.

Zuletzt noch der beschämende Hinweis, ich möchte anonym bleiben, sonst bekomme ich mit Sicherheit eine Abmahnung..

Die Wahrheit darf man in der Altenpflege auch heut nicht öffentlich sagen.

Bleibt also nur die Hoffnung!

Eine trotz allem noch motivierte Pflegekraft.

(aus dem Buch: „Im Netz der Pflegemafia– Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden“ (Fussek/Schober) erscheint Anfang März 2008 im Bertelsmann Verlag)

„Aus meiner Verantwortung heraus, als Schulleiterin einer sehr großen Altenpflegeschule in München“ betonte diese bereits im April 1997 in einem Schreiben (u.a.):

„Man muss feststellen, dass die Einstufungskriterien, die der MDK zur Verfügung hat, dringend der Verbesserung bedürfen. In der Pflegesprache müssten wir sonst folgende Schlussforderungen zuehen; „Wir pflegen „in das Bett“, denn das wird finanziell belohnt. Begriffe wie aktivierende, rehabilitative Pflege gehören der Vergangenheit an, denn das führt letztlich nur zum Stellenabbau. Ist keine aktivierende Pflege mehr gefragt, sind auch weniger Fachkräfte notwendig. Die meisten Arbeiten können dann von „Menschen mit einem guten Herzen“ (Norbert Blüm), sollte man diese finden ausgeübt werden. Dafür würden u.U. die zur Verfügung gestellten Geldmittel der Pflegekassen ausreichen. Wir könnten dann sofort auch unsere heute sehr qualifizierten Ausbildung zurückfahren auf einen halbjährigen Crash-Kurs. Alle Lehrinhalte aus den Fächern Psychologie des Alterns, Beratung/soziale Betreuung, Gerontopsychiatrie, Ethik, z.B. wie schnell kann „gewaschen, gefüttert und gewandelt“ werden. Ich darf dann auch diesen Sprachjargon wieder verwenden, denn er droht zur dauerhaften Realität zu werden“.

Die logische Konsequenz aus den praktischen Erfahrungen wäre ein Paradigmenwechsel, ein grundsätzliches Umdenken:

Die Einteilung in Pflegestufen, Pflege im Minutentakt ist welt- und praxisfremd. Es wird viel Geld und Zeit auf die Einstufung verwendet (Absurd: es gibt dazu bereits Lernprogramme für Pflegekräfte –„Was tun wenn der MDK zur Einstufung kommt!“)

Pflegeheime und Angehörige werden logischerweise dazu verleitet, die größeren Anstrengungen darauf zu verwenden, die höchstmögliche Stufe für den Pflegebedürftigen zu erwirken, anstatt in umgekehrte Richtung zu investieren. Die für das neue geplante Gesetz einmalige „Belohnung“ bei Aktivierungserfolgen und Zurückstufung ist kein wirksamer, eher

ein symbolischer Anreiz und wird an dem Grundproblem nichts ändern! Der Geschäftsführer einer vorbildlichen Einrichtung beschrieb sein konsequentes Unternehmensziel : „Die Einnahmen durch gute Pflege verringern!“

Daher unsere Forderung: Eine Abschaffung der Pflegestufenregelung und die Einführung einheitlicher Leistungssätze in der stationären Pflege, bei denen Angebot und Ergebnisqualität der Einrichtung honoriert werden.

Vor allem bei Menschen mit Demenz sollte man auf diese, auch unwürdige, unlogische und widersinnige Einstufungspraxis verzichten.

Frau v. Stösser vom Pflegeselbsthilfeverband (www.pflege-shv.de) hat dazu einen Vorschlag veröffentlicht: „Denkbar wäre hier z.B. ein Mindestsatz von rund 900 Euro, den die Pflegekassen allen Pflegebedürftigen in einem Heim zusichern, unabhängig vom Leistungsangebot und der Ergebnisqualität. Heime mit einem bestimmten Leistungs- und Ergebnis könnten hingegen bis zu 1800 Euro Kassenleistung pro Bewohner erreichen. Das wäre ein wirkliches Anreizsystem für Heimträger, den Pflegebedürftigen tatsächlich zu bieten, was sie versprechen und worauf jeder Mensch auf Grundgesetz ein Anrecht hat, nämlich menschenwürdige Lebens- und Arbeitsbedingungen“.

„**Prävention – vor Rehabilitation - vor Pflege**“ „das Herzstück der Pflegeversicherung“ (Norbert Blüm bei deren Einführung) steht im Gesetz, „wie in einem Märchenbuch für Gutgläubige“ schrieb Frau Heidrun Graupner bereits am **18. März 1995** (!) in der Süddeutschen Zeitung. Und weiter: „Geopfert wurde schon zu Beginn der Diskussion der Gedanke, die Pflege unter ein Dach – das der Krankenversicherung – zu stellen, was allen Verwaltungsaufwand, Kompetenzstreitigkeiten, Konkurrenzkampf erspart hätte. Geopfert wurde die Idee, Menschen vorbeugend zu behandeln, damit sie möglichst selbständig leben können. Denn die Krankenkassen hätten allein aus Kostengründen Interesse daran gehabt, zu fördern und zu rehabilitieren, um keine teure Dauerpflege zu bezahlen. Bei drei Zuständigkeiten - Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Sozialamt – wird dies nie mehr gelingen.“

Aus meinem „Pflegearchiv“: Bereits in einem Beitrag der Zeitschrift Altenpflege (**Januar 1988!!!**)

forderte Herr Prof. Hans Peter Tews: Die „rehabilitative Unterversorgung zu beseitigen“ kritisierte „Bettlägerigkeit als anti-rehabilitativ“ und erinnerte, dass „die zum Problem der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit produzierten Literatur- und Gutachtenberge bei uns schon kaum noch zu überschauen sind!“

(Übrigens: „Aktivierende Pflege, Prävention und Rehabilitation sind bereits gesetzlich geregelt, Gegenstand des Pflegeversicherungsgesetzes!“ Eigentlich Selbstverständlichkeiten und längst bestehende Verpflichtung jedes Einrichtungsträgers! Vorsichtig formuliert ... es gibt in der Pflegerealität ein erhebliches Umsetzungsdefizit der gesetzliche Auftrag wird nicht umgesetzt!) Ambulante geriatrische Rehabilitation findet bis auf ein paar (sehr erfolgreiche!) befristete Modellversuche nicht statt!

Interessant wäre zu überprüfen, wie viele Rehabilitationsempfehlungen vom MDK in den letzten Jahren ausgestellt worden sind ...!

Eigentlich muss man doch die Verweigerung von aktivierender und rehabilitativer Pflege als unterlassene Hilfeleistung und Körperverletzung! (Vermeidung von häufig irreparabler körperlicher Schäden, z.B. Kontrakturen!!!) ahnden!!!

Auch das Bundesministerium hat zu „Fragen geriatrischer Rehabilitation“ im Kohlhammer Verlag bereits **1993 !!!** interessante, gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse veröffentlicht.

U.a. mit der bekannten Aussage der ehemaligen Ministerin **Ursula Lehr**:

„Hier im Bereich der Rehabilitation zu sparen, ist ein Sparen an dem falschen Platz und führt nur zu enormen Mehrausgaben (z.B. durch den notwendigen werdenden Pflegeheim-Aufenthalt)

Die Amerikaner haben berechnet: 1 Dollar, ausgegeben für Rehabilitation, erspart 19 Dollar Pflegekosten! Hier an falscher Stelle zu sparen führt aber vor allem auch zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität des Patienten und seiner umsorgenden Familie bzw. seiner Pflegepersonen. Wie vieles Leid könnte man durch rechtzeitige intensive Rehabilitation verhüten oder wenigstens lindern! Hier sind Wissenschaft und Praxis, aber auch die Politik, Behörden und Versicherungen aufgerufen, neue Wege zu finden!“

Bevor wir wieder neue (Langzeit-) Studien in Auftrag geben und in verschiedene Länder reisen vielleicht gibt es im Ministerium noch Restexemplare...)

Zu Fragen der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen frage ich mich schon seit Jahren: „Wie ist es möglich, dass ein Pflegeheim, dass die ärztliche und fachärztliche Versorgung der ihm anvertrauten schwerpflegebedürftigen, multimorbiden Menschen nicht sicherstellen kann überhaupt einen Versorgungsvertrag erhält?“

Auch bei diesem Thema können wir auf langjährige erfolgreiche, wissenschaftlich begleitete Projekte verweisen, die „nebenbei“ auch zu erheblichen finanziellen Einsparungen geführt haben.

Auf die „bekannte sub-optimale wenn nicht gar unzureichende Qualität der ärztlichen Behandlung in vielen Heimen für ältere Menschen“ wird in der leider immer noch sehr aktuellen Publikation „Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger: Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim“

(Deutsches Zentrum für Altersfragen **Berlin 1992 !!!**)

NEUFASSUNG DES PFLEGBEGRIFFES

(wie lange können, werden demente Menschen, Angehörige und Pflegekräfte noch warten, hingehalten, sich vertrösten lassen? Wann werden endlich aus den Erkenntnissen praktische Konsequenzen gezogen? Wer ist für das Hinhalten verantwortlich?)

Seit vielen Jahren wird unter Praktikern und Wissenschaftlern kritisiert, dass der gegenwärtige Begriff der Pflegebedürftigkeit die Aspekte des Pflegebedarfes wie allgemeine Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, Kommunikation und soziale Teilhabe nicht ausreichend berücksichtigt. **ALLE SIND SICH EINIG !!!**

Zur Erinnerung: Bereits in einer Erklärung vom **6. November 1997 (!)** erklärte das KDA in Köln: **„Altersverwirrte Menschen mit Unruhe- und Angstzuständen, Orientierungslosigkeit und dem Drang zum Weglaufen haben vielfach einen höheren Betreuungsbedarf als Pflegebedürftige mit körperlichen Handicaps. Das KDA begrüßte, dass auch die neue Bundesregierung hier offensichtlich Handlungsbedarf sehe. Sie will laut Koalitionsvereinbarung „prüfen, wie die Betreuung Demenzkranker bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ berücksichtigt werden kann.“**

Der MDK Bayern hat dazu im Auftrag des Bayerische Sozialministerium bereits im März 2007 ein „alternatives Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“ veröffentlicht.

Dazu eine interessante und skandalöse Notiz aus einer internen „Beratungsunterlage“ aus dem Bundesministerium in Berlin: vom 20.9.2005:

„Die vom Bayerischen StMAS eventuell geplante Diskussion über den Pflegebegriff kommt aus der Sicht des BMG **zur Unzeit.**“ !!!????

Dafür lässt Frau Ulla Schmidt den Pflegebedürftigkeitsbegriff überprüfen ... Ein Experten Beirat mit 30 Personen wird beauftragt bis zum 30. 11. 2008 (!!), „Empfehlungen zur Formulierung aussprechen!“

(Wann soll das Pflegereformgesetz verabschiedet werden ???!!)

Was passiert dann ???? Wie lange werden diese Empfehlungen dann wieder diskutiert???

Warum muss das alles solange dauern ??? Wer ist für diese durchsichtige Verzögerungs-Strategie verantwortlich?

In der „Pflegeszené“ waren und sind sich doch eigentlich alle einig, dass gerade die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes vor allem für die Menschen mit Demenz bei der Pflegereform von zentraler Bedeutung ist!!!

Dann lieber keine Reform, als ein „Reförmchen“ ... ! Es muss jedem klar sein: Wenn diese Pflegereform ohne einen „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ verabschiedet wird, wird dieses „heiße Eisen“ Pflegeversicherung in den nächsten Jahren keine Regierungspartei zeitnah freiwillig wieder aufgreifen !!!!

Abschließend noch einmal zur Erinnerung:

**WIE LANGE DISKUTIEREN WIR BEREITS WIR DIESE THEMEN ???
WIE LANGE KÖNNEN UND MÜSSEN DIE PFLEGEBEDÜRFTIGEN
MENSCHEN, DIE PFLEGEKRÄFTE UND DIE ANGEHÖRIGEN NOCH
AUF KONKRETE, NOTWENDIGE VERBESSERUNGEN WARTEN ???
DIE POLITIK „DER KLEINEN SCHRITTE IN DIE RICHTIGE RICHTUNG“
UND „DAS VERTRÖSTEN: BESSER ALS GAR NICHTS“ MUSS ENDLICH
VORBEI SEIN !!!
ES REICHT - UNSERE GEDULD IST AM ENDE !!!**

Zum Abschluss noch einmal eine kritische Einschätzung von Herrn Prof. Dr. Gerhard Igl in einem Beitrag : „Pflege ohne Lobby“ (Forum Sozialstation 2/2006)

„Die Situation ist absurd: Alle wissen, was zur Reform der Pflegeversicherung inhaltlich bewältigt werden muss. Alles ist bekannt aus Berichten sozialpolitischer Kommissionen, aus wissenschaftlichen Arbeiten, aus verbands- und verbraucherpolitischen Stellungnahmen: Trotzdem: Die Sache stagniert seit fast fünf Jahren, seit Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Pflegeleistungsergänzungsgesetz“ („...“) „Sozialpolitik hat schon immer Druck gebraucht. Abwarten hat noch nie gelohnt“.

**„WIR SIND NICHT NUR FÜR DAS VERANTWORTLICH, WAS WIR TUN,
SONDERN AUCH FÜR DAS, WAS WIR NICHT TUN“ (Jean Moliere)**

Claus Fussek (Dipl. Sozialpädag. FH)

(Meine Stellungnahme ist heute auch etwas ausführlicher geworden!)