

Verordnete Schweigepflicht?



Kommentar 11/00
Rolf Höfert

Die sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungen bzw. Nicht-Entscheidungen führen perspektivisch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeberufe an die Grenzen ihrer Verantwortlichkeit. In der stationären Versorgung zeichnet nach den zyklisch wiederkehrenden Pflegenotständen in den 70er und 80er Jahren jetzt eine Pflegekatastrophe ab. Gründe hierfür sind unter anderem der Stellenabbau und die Reduzierung der Ausbildungskapazitäten innerhalb der letzten zehn Jahre um rund ein Drittel mit nahezu 200.000 weniger Pflegefachkräften. Die Arbeitssituation von Pflegekräften im ambulanten und stationären Bereich hat sich aber schon in den vergangenen Jahren zu Lasten der Patientinnen und Patienten verschärft.

Erst wundgelegene Patienten haben Anspruch auf Versorgung

Nicht nur Langzeit-Pflegebedürftige haben ein hohes Risiko des Dekubitus. Als Gegenmaßnahmen müssen länger oder dauerhaft Bettlägerige alle zwei bis drei Stunden umgelagert werden, was von Pflegekräften oder von Angehörigen unter der Anleitung von Pflegefachkräften geschehen muß. Derzeit werden aber Leistungen zur Vorbeugung der äußerst schmerzhaften Druckgeschwüre nicht mehr bezahlt, sondern nur noch die Behandlung entstandener Wunden selbst, die mehrere Monate in Anspruch nehmen kann. Dies ist gegenüber den Pflegebedürftigen nicht nur nachlässig, sondern brutal. Pflegekräfte stehen täglich im Spannungsfeld zwischen notwendiger Dekubitusprophylaxe und der Finanzierbarkeit der Leistungen. Nach einer Münchner Studie entstehen der Sozialversicherung jährlich Kosten in Höhe von rund DM 4 Milliarden für die Dekubitusbehandlung. Dafür könnten 20.000 Pflegekräfte für weniger schmerzhaft und kostengünstigere präventive und rehabilitative Maßnahmen beschäftigt werden.

Mit der Schmerzmittelvergabe an Krebskranke hapert es

Nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ werden Krebskranke inzwischen oft auch über längere Zeiträume zu Hause medizinisch und pflegerisch versorgt. Die Schmerzbekämpfung hat dabei hohe Priorität. Nach jüngsten Änderungen durch den Bundesausschuß Ärzte - Krankenkassen muß derzeit die intravenöse Gabe von Schmerzmitteln entweder durch die behandelnden Ärzte oder die mitpflegenden Angehörigen übernommen werden. Erstere sehen aber den Patienten häufig nicht täglich, letztere sind überfordert. Die vom Arzt verordnete Gabe der Schmerzmittel durch Mitarbeiter der Pflegedienste - wie bisher - wird nicht mehr bezahlt.

60 bis 70 Patienten pro Pflegekraft sind nachts keine Seltenheit

In den Akutkrankenhäusern besteht schon jetzt eine Unterbesetzung mit Fachpflegekräften u.a. in den Operationsbereichen und in der Intensivmedizin. Überlegungen der Green-Card für Fachkräfte werden diskutiert. Dies ist eine unmittelbare Folge von Ausbildungsmangel und nicht zeitgemäßen Ausbildungsbestimmungen. Auf den Stationen sind etwa nachts 60 bis 70 Patienten pro Pflegekraft keine Seltenheit mehr. Folge: die Akutversorgung hat Priorität. Für pflegerische Routinearbeiten wie die Mobilisation der Patienten, hygienische Maßnahmen und die allgemeine menschliche Zuwendung ist häufig kein Platz mehr.

Die gesetzlich festgeschriebene Einführung neuer Krankenhausfinanzierungssysteme nach Diagnosen (den Diagnosis Related Groups/DRG) wird die Situation weiter verschärfen. Die dadurch ausgelöste Leistungsdichte, kürzere Verweildauern der Patientinnen und Patienten und weitere Stellenkürzungen werden die Folge sein.

Die Berücksichtigung des Pflegebedarfs innerhalb der Fallpauschalen z. B. orientiert an der 1996 politisch abgeschafften PPR (Pflegepersonalregelung) wird zwar hier und da mit Sympathieerklärungen der Opposition gefordert, aber nicht ernsthaft verhandelt.

Jährlich wiederkehrende und unwiderlegte DPA Meldungen über 30.000 bis 40.000 Tote und 800.000 zusätzlich Erkrankte durch nosokomiale Infektionen belasten alle Leistungserbringer in den Einrichtungen.

In Altenheimen steht die Versorgung vor dem Zusammenbruch

Die bis zum 31.12. diesen Jahres geltende Heimmindestpersonalverordnung legt aus Gründen der Versorgungsqualität fest, daß mindestens 50 % der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine dreijährige Ausbildung absolviert haben sollten. Diese Vorgabe ist derzeit in etlichen Heimen nur mit 35 % erfüllt. Wie auch in Akutkrankenhäusern ist in Pflegeheimen die Versorgung über Nacht von 60 bis 70 Patienten bzw. Bewohnern durch eine Pflegeperson keine Seltenheit mehr. Die Skandalmeldungen in den Medien häufen sich. Straf- und haftungsrechtliche Verurteilungen von einzelnen Pflegekräften sind die Folge. Hierzu gehören u.a. die Vorwürfe

- Freiheitsberaubung (Fixierung)
- mangelnde Aufsichtspflicht bei Weglaufen eines dementen Bewohners
- das Druckgeschwür als Pflegefehler

Mit der Verabschiedung des Bundesaltenpflegegesetzes wurden zwar Kriterien einer einheitlichen Altenpflegeausbildung und qualitative Zielvorstellungen geschaffen, dennoch fehlen die Bedingungen.

Das Bundesgesundheitsministerium übernimmt zur Zeit nur eine Beobachterrolle, statt im Interesse des derzeit so hoch bewerteten Patientenschutzes und der Pflegequalität einzugreifen. Was soll pflegenden Angehörigen noch zugemutet werden, die bereits in vielen Fällen eine 168-Stunden-Woche mit intensivster Betreuung und Pflege etwa des/der hemiplegischen oder dementen

Schwiegervaters/Schwiegermutter oder des tumorkranken Partners sichern müssen?

Es ist beängstigend, daß Bürgerinnen und Bürger sich nicht wehren und scheinbar alles geduldig hinnehmen. Dringend überfällig sind sinnvolle gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für die Pflege. Den Pflegefachkräften kann derzeit nur dringend geraten werden, die Pflegenotwendigkeit nach Standards bzw. Leitlinien sowie die Verordnungs- und Finanzierungsgrenzen zu dokumentieren (Risikodokumentation). Andernfalls droht ihnen im Sinne der Beweislast (BGH Urteil, AZ VI ZR 169/90) eine Klage wegen unterlassener Hilfeleistung bzw. Fahrlässigkeit.

In diesen Wochen wechselt das Interesse von der Expo in Hannover zur MEDICA in Düsseldorf. Ein weiterer Impuls für das Spannungsfeld der Präsentation von High-Tech-Medizin und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und realen Bedingungen.

Fördert die Sorge um den Arbeitsplatz die Schweigepflicht?