

Heime

Veränderungen im Gesundheitswesen wirken sich negativ auf die Altenpflege aus

Das Problem mit den unter den Tisch gekehrten Problemen

Von Michael Wipp

Das Gesundheitswesen in Deutschland verändert sich. Dies hat Auswirkungen auf die Pflegeheime, die sich mit schon bald mit Aufgaben konfrontiert sehen könnten, die vorher in Krankenhäusern angesiedelt waren.

Karlsruhe. Im Gesundheitswesen spielten sich in den vergangenen Jahren dramatische Verschiebungen ab. Diese sind einerseits sicherlich eine natürliche Folge aus einem Leben wie im Schlaraffenland im Medizinischen Sektor in den siebziger und achtziger Jahren und fehlender Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit eigener Gesundheitsprävention. Andererseits sind sie geprägt von einer Hilflosigkeit bis Resignation auf Grund demographischer Veränderungen verbunden mit ständig zunehmenden medizinischen Möglichkeiten. Während eine Gesundheitsreform die nächste jagt, werden deren Überlebenszyklen immer kürzer. Fatale Auswirkungen zeigen sich in der Verlagerung Krankenhaus-spezifischer Behandlung auf die Pflegeheime, ohne dass die Krankenhäuser hierbei eine Schuld trifft. Die nachfolgend Daten sprechen für sich:

- Abbau von 48 000 Vollzeit-äquivalenten (= minus 13,5%) an Krankenpflegekräften in den vergangenen 10 Jahren im Krankenhaussektor (Quelle: Pflege-Thermometer 2007)
- „15 000 haben ihren Job im Jahr 2007 verloren; im Jahr davor 4 000“ Geschäftsführer der DKG in Berlin
- Anzahl der Krankenhäuser: Jahr 1991: 2 411; im Jahr 2006: 2 104; Rückgang minus 13 Prozent (Quelle: Stat. Bundesamt), im Jahr 2020 : 1 500 (Studie Ernst & Young)
- Bettenzahl pro 100 000 Einwohner: 1991: 832 Betten, 2006: 620 Betten = minus 25% (Quelle: Stat. Bundesamt)
- 1991: 14,6 Fallzahlen in Mio. und 14 Tage Verweildauer (Quelle: Stat. Bundesamt)
- 2006: 16,8 Fallzahlen in Mio. und 8,5 Tage Verweildauer (Quelle: Stat. Bundesamt)
- 6,2 Tage Verweildauer im Jahr 2020 (Studie Ernst & Young)

Diese Zahlen sind nicht etwa Beleg einer zunehmenden Gesundheit der Deutschen Bevölkerung mit der Folge, dass weniger Krankenhäuser benötigt werden. Krankheitsbilder verbunden mit Pflegeanforderungen, welche bisher in den Kliniken versorgt wurden, werden auf Grund der Veränderungen im Gesundheitswesen

nach immer kürzerer Verweildauer in den Krankenhäusern in die ambulante und/oder stationäre Versorgung abgeschoben. Dies nicht böswillig, sondern eine logische Folge der politischen Vorgaben für das Gesundheitswesen.

Ausgehend von diesen Anforderungen ergibt sich nur begrenzt die Möglichkeit der ambulanten Versorgung, von speziellen Nischensektoren angesehen. Das bedeutet, dass der überwiegende Teil dieser Menschen im stationären Altenhilfesektor „landet“. Betrachtet man die zahlenmäßige Entwicklung, so sieht man die Entwicklung der weiter steigenden stationären Versorgung als eine Verschiebung innerhalb des Systems, die nicht nur auf die Zunahme Pflegebedürftiger generell zurück zu führen ist. Graphisch betrachtet ist es ein Anstieg innerhalb eines Koordinatensystems. Eine andere Kurve bleibt bisher jedoch bei der Betrachtung nahezu unbeachtet und diese hat es massiv in sich: Die Anzahl derer, die massivste Pflegeanforderungen mit in die Einrichtungen bringen, explodiert. Die quantitative Pflegestufenentwicklung bildet dies nur begrenzt ab. Zum einen auf Grund der vorgegebenen Einstufungskriterien und zum anderen deswegen, weil ein Abbild der komplexen Pflegesituation über die Pflegestufe überhaupt nicht vorgesehen ist. Gerade die medizinischen Anforderungen sind weitgehend ausgeschlossen. Grotesk wirkt das jahrelange Bekenntnis zur Übertragung dieser Leistungen auf die Krankenkassen auch im stationären Bereich mit dem Ende, dass diese jetzt „Teil der Leistungen der Pflegeversicherung bleiben“, ohne diesen Zeitbedarf wirklich umfassend abzubilden. Das „Problem“ der Schwerstpflegebedürftigen (gemeint ist nicht der Terminus der Pflegestufe 3, sondern der tatsächliche Interventionsbedarf) ist, dass kein auffälliges Verhalten (wie krankheitsbedingt bei demenziell Erkrankten) vorhanden ist. Im Gegenteil: sie entsprechen oft dem Klischee der „Satt und sauber-Pflege“, sind weitgehend „unauffällig“, was ihnen weiter zum Nachteil gereicht.

Die Mitarbeiter vor Ort bekommen es trefflich zu spüren und der Sachverhalt eskaliert zunehmend. Multimorbidität aus einer Vielzahl von Krankheitsbildern mit Wechselwirkungen aus einer Me-



Foto: Thielemann

„Leistungen von Krankenhäusern finden sich zunehmend in Pflegeheimen wieder“

Michael Wipp

//

dikationsfülle, welche selbst für Ärzte kaum noch überschaubar ist und aus beidem folgende pflegerischen Anforderungen überfordern inzwischen viele Pflegefachkräfte – häufig insbesondere Altenpfleger – in ihrem Fachwissen. Gleichzeitig mangelt es Pflegefachkräften, die als Alltagsmanager den Weg zeigen können

Das Pflegeheim wird zunehmend zur geriatrischen Akutklinik. Behandlungspflege bindet immer mehr Pflegezeit. PEG-Versorgung, früher die Rarität, heute Normalität, spezialisierte Wundversorgungen, Infektionskrankheiten (MRSA), Portsysteme, spezielle Trachealsysteme, unterschiedliche Ernährungs- und Infusionspumpen und selbst Beatmungssysteme werden zum Alltag des Pflegeheims. Bereits im Jahr 2003

Herzinfarkt oder einer Lungenentzündung unterscheiden, den Schlaganfall oder ein Alkoholdelir erkennen. Dies sind fachliche Anforderungen als Alltagsgeschehen auf höchstem Niveau. Der Arzt im Pflegeheim wäre hier ein Schritt in die richtige Richtung – zur Sicherheit für die Bewohner und für die Mitarbeiter, weil es den enormen Belastungsdruck zur ständigen „Zwangsvorabübernahme“ ärztlicher Diagnostik herausnehmen würde. Was wird statt dessen getan? Der EBM wird für Ärzte im Altenheim in Bezug auf Hausbesuche weiter zusammengestrichen. Gleichzeitig beginnen sich die Mediziner gegen die aktuell beginnende Diskussion der möglichen Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte zu wehren. Diejenigen Pflegekräfte, die das

die sich dort in der fehlenden politischen Reaktion bei der Reform der Pflegeversicherung für die Betroffenen im stationären Bereich gezeigt hat, setzt sich hier nahtlos fort. Ausbaden dürfen das diejenigen, welche die Arbeit vor Ort umsetzen. Denn häufig ist es nicht ein Nicht-Wollen, wenn beschriebene medizinisch-pflegerische Anforderungen das Wissen der Beteiligten übersteigen. Es stellt eine gefährliche Entwicklung dar, hinter der wir herlaufen, weil die Anforderungen schneller steigen, als den Mitarbeitern das Wissen in der Altenhilfe gegenwärtig nahe gebracht werden kann. Seitenweise Mängelberichte des MDK oder der Heimaufsicht sind dazu nicht förderlich. Im Gegenteil: sie führen lediglich zu weiterer Verunsicherung und das hat noch nie zu einer Lösung beigetragen. Eher sollte die Frage gestellt werden, wie es dazu kommt: Pflegemissstände sind nicht ausschließlich ein Resultat von Schlampereien der Mitarbeiter oder der Einrichtungen. Sie sind Ergebnis einer indirekt politisch organisierten Überforderung der Heime durch und als Konsequenz aus den Gesundheitsreformen. Diese betrachten das System nicht als Ganzes, sondern nur als Teile. Die Folge davon ist, dass der eine Teil ausbadet, was im anderen als Erfolg gepriesen wird.

Die geplanten Pflegestützpunkte und der Pflegeberater kosten nach den Berechnungen des bpa auf Basis des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 1665 Millionen Euro. Wie viele Mitarbeiter zur Entlastung der Pflege vor Ort und/oder zur Qualifikation derselben finanziert werden könnten, kann sich jeder in der Tat selbst ausrechnen. Den gravierenden Verschiebungsprozess von den Krankenhäusern in die Pflegeheime werden weder Stützpunkte noch Berater aufhalten, weil er ursächlich andere Gründe hat. Die Pflegeheime werden diese Herausforderung auch aktiv annehmen. Aber dazu bedarf es mehr als Mängelberichte und/oder Aufschreie der Boulevardpresse. Dazu ist auch nichts zu lesen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Dabei wirkt schon der Name grotesk, wenn derartig zentrale Entwicklungen noch nicht einmal erwähnt werden. //

INFORMATION

Michael Wipp, Tel. (07 21) 6 18 48 27, E-Mail: Michael.Wipp@T-Online.de, Internet: www.michael-wipp.de

WIBU Wirtschaftsband: unbekannt (Index: 0) 86 x 60 mm

hat das Fraunhofer Institut IAO mit Sitz in Stuttgart eine Zunahme der Behandlungspflege in den Pflegeheimen mit Einführung der DRGs in Österreich mit 32,8 Prozent, in Australien mit 6,7 und für Deutschland mit 69,8 Prozent prognostiziert.

Eine der zentralen Fragen dabei ist es, ob die reformierte Altenpflegeausbildung diesen Anforderungen überhaupt Schritt halten kann? Das ist eher kritisch zu betrachten. Krankenpflegemitarbeiter sehen ihre Arbeit eher in Krankenhäusern – völlig die heutigen Situationen und Anforderungen in den Altenheimen verkennend. Im Krankenhaus besteht die so genannte. Arztnähe. Im Pflegeheim dage-

bejubeln müssen sich darüber im klaren sein, dass sicherlich keine Erhöhung der Pflegeschlüssel damit verbunden ist, sondern eine weitere Tätigkeitszunahme mit der Gefahr, dem Pflegebedürftigen die restliche Zuwendungszeit endgültig zu kappen.

Zweifelsohne: Hausgemeinschaften, Angebote im Quartier und alle die anderen aktuell modischen Schlagwörter sind wichtig als Angebote für bestimmte Personengruppen. Die Frage stellt sich jedoch deutlich, ob hier (bewusst) eine große Gruppe gezielt nicht näher betrachtet wird, weil deren Dimension mindestens so groß sind, wie die der demenziell Erkrankten. Die Hilflosigkeit,