

Eröffnungsvortrag:

**"Standardisierte Selbstbestimmung? -
Qualitätsanforderungen in der Pflege und
persönliche Assistenz"**

Referent: Matthias Vernaldi,
Vorstand ambulante dienste e.V.

Beginnen möchte ich mit einem kulturgeschichtlichen Exkurs. Exkurs: etwas, was herausgeht aus dem festgesetzten Gebiet, etwas was über das Thema hinausgeht, gar außerhalb davon liegt. Ich denke, es könnte bei dem, worüber ich rede, überhaupt bei dem, worüber wir heute nachdenken, hilfreich sein. Ein Exkurs über den öffentlichen Körper. Mit öffentlich meine ich einen Körper, der der Wahrnehmung der Allgemeinheit ausgesetzt ist, ohne sich dem entziehen oder darauf hinreichenden Einfluss haben zu können. Er hat eine lange Tradition und ist vom Ursprung her ein religiöser Grundtyp.

Der öffentliche Körper funktioniert in der Gesellschaft besonders augenfällig ganz oben und ganz unten.

Im späten Mittelalter und dann erst recht in der Barockzeit liegt der Höhepunkt der Öffentlichkeit des Körpers des Regenten. Der König, bzw. der Fürst hatte eine dezidiert gegliederte Dienerschaft, die für seine Körperlichkeit da war. Sehr hoch angesiedelt waren die Leibdiener, die für die Auswahl der Garderobe, das An- und Auskleiden, das Pudern und Waschen zuständig waren. Sie gehörten oft selbst dem Adel an. Häufig war bei diesem Procedere jede Bewegung vorgeschrieben, ebenso wer welche Kleider vorgibt, anreicht und anzieht. Es gab Etiketten, die sich auf intimste Details bezogen. Zum Beispiel war bis hin zur Neuzeit, also bis zur Revolution, am russischen Hof eine Zofe eigens dafür zuständig, der Zarin vor dem Einschlafen die Füße zu kitzeln. Auch das Synonym für "ich gehe zur Toilette" "ich gehe auf den Thron" hat einen wortwörtlichen Bezug. Der Regierungssitz hatte bei vielen europäischen Herrschern eine Aussparung oder eine auswechselbare Sitzeinlage behufs des Schisses Seiner Exzellenz. Dieser fand statt, wenn er sich mit seinen Ministern beriet, Renegaten und Gesandte empfing. Daher auch die Redewendung "sein Geschäft machen". Eine ganze Reihe von Leuten von Dienern über Hofleute bis hin zum Wahrsager und Leibarzt befassten sich dann mit der königlichen Fäkalie, bzw. begutachteten sie. Es gehörte also vielerorts zum höfischen Zeremoniell, dass dem Herrscher öffentlich der Arsch gewischt wurde. Es gab Kulturen in der Südsee, in denen durfte der König nicht einmal laufen oder selbst essen. Er wurde gefüttert und getragen. Allerdings war sein Königtum auf einen klar umrissenen Zeitraum beschränkt und wahrscheinlich freute sich die Exzellenz schon nach drei Tagen seiner Thronbesteigung auf das Ende seines Amtes.

All das diene in erster Linie nicht der Bequemlichkeit (diese wurde ja eher massiv davon eingeschränkt), sondern der Aufwertung und Aufladung seines Amtes, seiner Repräsentanz - also der Öffentlichkeit, der Gesamtheit.

Die Körper der Leute, die das andere Extrem darstellten, waren ebenfalls öffentlich. Zuerst waren das die Brecher der gesetzten Ordnung. Sie wurden auf den Marktplätzen in Käfigen aufgehängt (oft über Wochen), an den sprichwörtlichen Pranger gestellt, öffentlich ausgepeitscht und hingerichtet. Ihre Leichen wurden am Galgen hängen gelassen als Zeichen, dass sie aus der Ordnung gefallen waren, weder Platz auf der Erde, noch im Himmel hatten, sondern nun dazwischen hingen.

Schon damals gehörten in gewisser Weise auch die Körper der Leute, die wir heute als behindert definieren, zu diesem anderen Extrem, zu denen, die aus der Ordnung fallen. Sie wurden auf Märkten und vor allem vor den Kirchen zur Schau gestellt. Ein Tiroler Flugblatt aus dem Jahr 1620 z. B. zeigt einen Tischler, der schon seit 17 Jahren völlig bewegungsunfähig ist und täglich vor die zentrale Kirche in Innsbruck gelegt wird. Es fordert dazu auf, sich das Elend dieses Mannes anzusehen, ihm Almosen zu spenden und für ihn zu beten.

Wir leben nicht mehr im Mittelalter. Das Prinzip aber scheint weiter zu wirken. Es hat sich demokratisiert, das heißt, das, was vor 400 Jahren für den Umgang mit den öffentlichen Körper des Herrschers galt - ein sehr detailliertes und umfangreiches Regelwerk -, ist jetzt für den öffentlichen Körper des Pflegebedürftigen vorhanden und wird immer weiter ausgefeilt.

Den Theorien zufolge haben die öffentlichen Körper neben der religiösen auch eine soziale Funktion. In unserer Zeit steht diese sowieso im Vordergrund. Am öffentlichen Körper soll Macht behauptet werden. In Zeiten des Körperkultes, des Leistungsprinzips und der Effizienz ist der funktionseingeschränkte Körper ein enormer Regelverstoß. Die Macht des Idealkörpers behauptet sich am pflegebedürftigen, zum Beispiel indem sie sich die Definitionsgewalt über diesen herausnimmt. Unsere Dokumentationen und Qualitätsstandards haben damit zu tun.

Weshalb habe ich diesen Exkurs gemacht? Sicher nicht, um schwarz-weiß zu malen, Behinderten die Opferrolle zuzuweisen und letztlich unsere Arbeit zu diskreditieren. Aber es ist immer wieder einmal gut, eine Distanz zum Alltagsgeschäft und der eigenen Motivation zu finden und sich der unterschiedlichen Motivlagen und eher

verborgenen hintergründigen Bedeutungsebenen inne zu werden. Darüber hinaus habe ich diesen Exkurs aber auch gemacht, um anzudeuten, wie mächtig solche Grundmuster, die seit Jahrtausenden funktionieren, sind und deshalb für uns unausweichlich. Das heißt nicht, dass wir keinen Gestaltungsspielraum haben. Aber wir befinden uns nicht in einer Situation, in welcher wir uns dafür oder dagegen entscheiden könnten, Teil dieses Musters zu sein.

Eine andere sehr starke gesellschaftliche Strömung, die keineswegs hintergründig ist oder eher unbewusst einem uralten Musters folgt, sondern offen zu Tage liegt, ist der mechanistische technokratische Blick auf Arbeit. Er zerlegt eine Tätigkeit in möglichst viele konkret beschriebene Einzeltätigkeiten. Man verspricht sich davon Lenkung, Kontrolle und eine dezidierte nachvollziehbare Verpreislichung. Die europaweite Installation des Qualitätsmanagements in Industrie, Gewerbe und Dienstleistung steht dazu in unmittelbarer Beziehung.

Das, was wir heute als persönliche Assistenz für behinderte Menschen bezeichnen, wurde das erste Mal mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 davon bedroht. Es konnte nämlich nur noch nach konkreten Leistungskomplexen und Modulen abgerechnet werden. Einen reinen Zeitbezug gab es nicht mehr. Aber Assistenz ist so unterschiedlich und so vielfältig, dass sie nicht pauschal in konkret beschriebene Verrichtungen zerlegt werden kann. Durch die Fragmentierung wäre der Sinn der Arbeit verloren gegangen. Wir konnten damals im Bündnis für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, in welchem sich Anbieter von Assistenz, Vereine, Initiativen und einzelne Betroffene zusammenschlossen, in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Soziales den Leistungskomplex 32 erarbeiten und installieren, wonach Assistenz weiterhin nach einem Zeitbezug abgerechnet wird. Die einzelnen Leistungen werden nur allgemein beschrieben, dafür aber das, was Assistenz vom Wesen her ausmacht - nämlich, dass derjenige, der die Hilfen erhält, bestimmt, wer bei ihm arbeitet, wann und wo gearbeitet wird, was und wie etwas gemacht wird und wie die Gelder, die für diese Hilfen bereitgestellt werden, konkret verwendet werden.

Der Leistungskomplex 32 ist für die Nutzer und Anbieter von Assistenz seit Jahren ein wichtiger Bezugspunkt und hat über das Land Berlin hinaus die Definition dieser Leistung wesentlich mitbestimmt. Ich denke, dass er auch bei unserem heutigen Nachdenken über Lebensqualität und Qualitätsmanagement ein wichtiger Wegweiser sein könnte, besonders deshalb, weil hier der Sinn und das Profil einer Leistung

beschrieben werden, anstatt sie in Einzelteilen zu zerlegen und als Mechanik darzustellen.

Denn nicht nur in der Assistenz geht dabei der Sinn - und damit die Qualität - verloren. Gerade pflegerische und angrenzende Tätigkeiten haben in der Hauptsache mit Zuwendung und Austausch - überhaupt mit Interaktionen zwischen Personen - zu tun und erst in zweiter Linie mit konkreten Verrichtungen wie Waschen, Essenreichen oder Lagern. Mittlerweile ist in der Wirklichkeit von Pflegediensten und Einrichtungen klar geworden, wovon wir als Bündnis bereits vor mehr als anderthalb Jahrzehnten gewarnt hatten: diese mechanistische Definition der Arbeit steht ihre Erbringung im Wege, denn sie geht zum einen nicht auf die Bedürfnisse derer ein, die sie benötigen (benötigen im wahrsten Sinne des Wortes, denn es liegt eine Not zu Grunde); und sie verstößt gegen Motivation und Ethos derer, die sie leisten. Und sie zwingt geradezu zum Abrechnungsbetrug. Ich möchte behaupten, dass es kaum eine Sozialstation gibt, in der die geleistete Arbeit identisch ist mit der dokumentierten - es sei denn, es wird noch LK 32 abgerechnet. Und wenn es doch eine geben sollte, dann ist es nicht unbedingt die, bei der die Kunden besonders zufrieden sind. In den letzten Wochen wurden vom Neuköllner Sozialstadtrat Büge und dem von Mitte von Dassel Pflegedienste öffentlich das Abrechnungsbetruges beschuldigt (übrigens bevor dies von der Staatsanwaltschaft festgestellt wurde). Einige Fälle scheinen genau das eben Beschriebene zu betreffen: es wurden gelegentlich andere Leistungen erbracht, als dokumentiert. Zum Beispiel wurden Einkäufe und Erledigungen getätigt, anstatt Waschen und Toilettengang, weil die Tochter zu Besuch war und das bereits erledigt hatte. Als wir Mitte der 90er uns mit dem Kassen und den entsprechenden Mitarbeitern des Sozialverwaltungs zu den Leistungskomplexen auseinandersetzten, hatten sie aber gerade das geraten, wenn wir darauf verwiesen, dass vieles in der Assistenz gar nicht konkret zu beschreiben wäre, bzw. außerhalb des Spektrums der Definition läge, obwohl es unabdingbar für unseren Alltag und für unsere Teilhabe sei. "Dann schreiben Sie eben irgendetwas - Hauptsache, sie kommen auf ihre Kosten." Zum Glück haben wir uns nicht davon abwiegen lassen.

Leider ist es im Leben nicht wie im Kino. Die Schaffung des Leistungskomplexes 32 war nicht das Happyend, mit welchem wir als Dienst immer auf der richtigen Seite waren, bzw. wir als Assistenzabhängige auf der sicheren (nämlich auf der mit der Lebensqualität).

Im Januar 2009 gab es eine unangemeldete Prüfung durch den MDK. Das Ergebnis war ein Desaster für ambulante Dienste e.V. Unsere Dokumentationen waren an vielen Stellen mangelhaft - sowohl, was pflegerische Aspekte betraf, als auch bezüglich der Abrechnungsmodalitäten. So waren zum Beispiel in einzelnen kontrollierten Einsätzen die Leistungsnachweise nicht oder nur gelegentlich geführt worden. Wir standen in der Gefahr, Entgelte zurückzahlen zu müssen, denn nach geltender Rechtsauffassung sind nicht dokumentierte Leistungen auch keine erbracht. Letztendlich hätte uns eine fortlaufende negative Bewertung seitens des MDK in absehbarer Zeit das Aus gebracht, weil irgendwann der Versorgungsvertrag gekündigt worden wäre.

Es musste etwas geschehen. Zunächst musste mehr Disziplin vor Ort, was das Führen der Dokumentation anbelangt, eingefordert werden können.

Selbstverständlich gehörte die Tatsache, dass eine Dokumentation über einen Assistenznehmer angelegt wird, schon seit langem zu den Voraussetzungen, dass er von uns Assistenz erhalten konnte. Und natürlich gehörte das Führen der Dokumentation zum Arbeitsauftrag unserer Assistenten.

Dass dies so mangelhaft umgesetzt wurde, hatte mit der Entstehung von ad vor 30 Jahren zu tun. In dieser Zeit gab es weder einen Betrieb noch eine Dokumentationspflicht im jetzigen Sinn. Es ging darum, dass Menschen, die auf umfangreiche Hilfen angewiesen waren, ein selbstbestimmtes Leben ähnlich dem von Nichtbehinderten führen konnten. Jeder Einsatz agierte aus sich selbst heraus. Oft bestanden die Bezüge zum Verein ad nur in der Abwicklung des Geldverkehrs. Natürlich wollten die Bezirksämter auch eine Art Leistungsnachweis sehen. Doch es reichte, wenn dieser zu Beginn des neuen Monats für den abgelaufenen vorgelegt wurde.

Die Entwicklung, die sich mit Betriebsgründung und Einführung der Pflegeversicherung erforderlich machte, wurde gerade von dem selbstständigen Assistenznehmer und zum Teil auch von ihren Assistenten als immer massiver werdende Einschränkung und Fremdbestimmung bewertet. Man nahm sie hin, weil sie die Bedingung für die weitere Gewährung von Assistenz darstellte. Aber man nahm sie nicht ernst und setzte sie nicht konsequent um. Das musste nun seitens der Leitung geschehen. Spätestens seitdem ist auch den Assistenznehmern und Assistenten, die ad noch von den Anfangszeiten her kennen, klar, dass ein so großer

Betrieb ohne zentrale Kontrolle nicht geführt werden und seine Arbeit in hinreichender Qualität erbringen kann.

Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt der Entwicklung, die mit Betriebsgründung und Einführung der Pflegeversicherung einsetzte, ist bis jetzt noch gar nicht zur Sprache gekommen. Die behinderten Gründer waren in der Hauptsache Leute, die ganz gut für sich selber reden und einstehen konnten. Mittlerweile hat ein beachtlicher Teil unserer Assistenznehmer einen sehr hohen und oft auch speziellen pflegerische Bedarf und ist häufig auch noch in der Kommunikation massiv eingeschränkt. Das sind zum einen die Leute mit fortschreitenden Behinderungen, die relativ fit zu uns gekommen sind. Aber auch welche, die schon mit weit fortgeschrittenen Krankheitsbildern Kunden werden möchten, weil sie von uns gehört haben. Gerade diesen Menschen ist Selbstbestimmung in anderen Zusammenhängen - sei es nun stationär oder mit familiärer Anbindung und einem hinzukommenden Pflegedienst - kaum möglich. Ohne Frage ist für sie eine sehr gründliche und umfangreiche Dokumentation notwendig - mitunter überlebensnotwendig. Und auch für ihre soziale Teilhabe und Autarkie ist die unabdingbar. Denn nur so können die Assistenten untereinander Willensbekundungen, Ablehnungen und Akzeptanzen des Assistenznehmers kommunizieren und manifestieren.

Nicht nur für diese Gruppe von Menschen ist im Zuge dieser Entwicklung möglich geworden, Assistenz zu beanspruchen, sondern auch Leuten, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Angelegenheiten im vollen Umfang selbst zu erledigen. Ihr Anteil ist unter Menschen, die als schwerbehindert sozialisiert sind, relativ hoch. Sie möchten es also erst lernen, in größeren Umfang selbstständig zu werden, oder bekommen es auch auf Dauer nicht hin oder wollen, zumindest was die Assistenz und ihre Organisation angeht, es nicht leisten, obwohl sie es könnten, weil sie im Beruf voll eingespannt sind oder ein aufwändiges Hobby haben. Auch für diese Personengruppen war bis vor etwa 15 Jahren die Beanspruchung von Assistenz ziemlich problematisch. Und auch in deren Einsätzen sind die Dokumentationen von größerer Bedeutung.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal näher auf den Begriff Lebensqualität eingehen. Ich habe bei ihm immer etwas Bauchschmerzen. Leben lässt sich eigentlich nicht bewerten. Es stellt einen absoluten Wert dar. Unser Sprachgebrauch meint dann auch damit eher die Qualität des Alltags, des körperlichen Befindens

oder der sozialen Umwelt. Trotzdem - es werden daraus durchaus auch Rückschlüsse auf den Wert des Lebens einer Person gezogen. Dieser Begriff kommt im Umfeld der Euthanasie- und Sterbehilfediskussion immer wieder vor. "Wenn ich mal nicht mehr die Wohnung verlassen kann - das ist doch keine Lebensqualität mehr." Oder: "Wenn ich immer Luftnot habe und Sondennahrung bekomme"; oder: "Wenn ich immer schusseliger werde, Termine vergesse und Leute nicht erkenne". Dieses Reden markiert genau die Punkte, wo Assistenz und ihre Ausweitung zum Tragen kommt. Die ganz sicher nicht zu Unrecht befürchteten Einbußen an Lebensqualität können zumindest teilweise durch unsere Arbeit ausgeglichen werden. Es muss daraus nicht der Todeswunsch, bzw. der Tötungswunsch folgen, denn es ist eigentlich ein Lebenswunsch, der Wunsch nach einem Leben in Würde, also Autarkie, trotz der Einschränkung. Genau das ist mit Assistenz umsetzbar. An dieser Stelle greifen auch Dokumentation und Lebensqualität ineinander. Eine gut laufende Dokumentation garantiert hier die Qualität des Alltags, des körperlichen Wohlbefindens und der sozialen Teilhabe.

Doch die hier genannten Personengruppen mit hohen pflegerischen Bedarfen oder eingeschränkter Alltagskompetenz stellen nicht die Mehrheit der Nutzer von Assistenz. Die hatten (und haben) oft ihre Probleme mit der Qualitätssicherung - und wir als Dienst hatten sie auch. Im Falle von pflegerischen Verrichtungen funktionierten die von den Kassen geforderten Dokumentationen halbwegs. Insgesamt aber passten sie nicht zu dem, was wir unter Assistenz verstehen. Immer wieder mussten Geschäftsführung und Pflegedienstleitung, aber auch Pflegefachkräfte und Einsatzbegleitungen bei Prüfungen erläutern, welche Arbeit wir tun und was das konkret in einer vorliegenden Dokumentation bedeutet. Bereits vor der desaströsen Prüfung Anfang 2009 hatten wir begonnen, über ein Konzept der Assistenzdokumentation nachzudenken. Wir wollten unsere Arbeit innerhalb unserer Systematik mit unserer Begrifflichkeit darstellen. Letztlich leisten wir ja nach unserem Selbstverständnis auch innerhalb der Einsätze mit sehr hohem Pflegebedarf keine Pflege im herkömmlichen Sinne, sondern Assistenz. Die notwendigen pflegerischen Verrichtungen sind Teil der Assistenz. Auch sie beziehen sich auf das Selbstbestimmungsrecht dessen, der die Hilfen erhält. Nur in diesem Zusammenhang war auch für die Prüfer nachvollziehbar, was sie in den Blättern vor Augen hatten - vor allem, wenn so manches Blatt fast leer war, oder wenn dort stand, dass der Assistenznehmer über Risiken aufgeklärt war, jedoch keine Prophylaxen

wünsche. Wenn zu lesen war, dass der Assistenznehmer in der Lage ist, zum Umgang mit Sterilgut kompetent anzuleiten oder dass das Duschen nach seinen Anweisungen erfolgt, kam meist die Frage, ob denn unser Personal im Umgang mit Sterilgut nicht geschult sei oder ob es nicht wisse, wie ein bewegungsunfähiger Mensch geduscht würde.

Einen Pflegedienst nimmt man in Anspruch, um ausreichend und sachkundig gepflegt zu werden. Das ist aber nicht das Hauptmotiv unserer Kundschaft. Sie braucht Assistenz, um über die Belange ihrer Körperlichkeit, ihre Privatheit und ihres Alltags eigenständig verfügen können. Dazu gehören auch so unvernünftige Dinge wie nicht in die Klinik zu gehen, auch wenn es aus medizinischer Sicht bei einer Bronchitis und schwacher Atemmuskulatur geboten erscheint, trotz Kreislaufschwäche beim Ausgehen fünf Bier zu trinken oder die Nacht durchzufahren, um die Tagung in Wien noch zu erreichen, und der Notwendigkeit der Entlastung des Dekubitus nicht nachzukommen.

Seit 2009 wenden wir für die Dokumentation einen selbstentwickelten Assistenzplan an. Wir dokumentieren unsere Arbeit innerhalb ihrer eigenen Begrifflichkeit und Bezüge. Damit ist - zumindest ansatzweise - auch für die Prüfer nachvollziehbar, was geschieht und welcher Grundgedanke dahinter steht. Das zu entwickeln und vor allem umzusetzen, war, bzw. ist eine enorme Leistung unserer Pflegedienstleitung sowie der Pflegefachkräfte und Einsatzbegleitungen. Und es ist natürlich nur möglich, weil unsere Assistenznehmer und Assistenten mit uns kooperieren und im Zusammenhang damit auch manche Zumutung hinnehmen.

Anfang Mai dieses Jahres, kurz vor unserem 30. Jahrestag am 8., gab es erneut eine unangemeldete Prüfung des MDK. Und das Ergebnis war keineswegs mehr desaströs. Wir erhielten die Note 1,1. Wir waren erleichtert und freuten uns. Die Mühen hatten sich gelohnt.

So könnten wir hier einen zufriedenen Schlusspunkt setzen und uns freuen, dass es uns gelungen ist, den Betrieb in sicheres Fahrwasser zu bringen und Assistenz in der Großstadt Berlin für ein breites Spektrum von Menschen sicherzustellen. Aber wir wären nicht wir, wenn wir nicht kritische Distanz zu uns selbst und innerhalb von Verein und Betrieb ausreichend einander widerstrebendes Potenzial hätten. Deshalb geht es hier noch ein wenig weiter - und zwar selbstkritisch.

Was bedeutet denn die außerordentlich positive Bewertung des MDK? Er sagt damit, dass wir unsere Arbeit gut machen. An dieser unserer Arbeit hat sich aber seit der letzten Prüfung, die so furchtbar für uns verlaufen war, kaum etwas geändert; an der Kernarbeit auf gar keinen Fall. Die Qualität hat sich in diesem Sinne also nicht verändert. Lediglich die Dokumentation ist besser geworden. Wir können nun nachvollziehbar darstellen, dass wir gut arbeiten.

Doch was der MDK als qualitativvoll einschätzt, muss es vor Ort in den Einsätzen - sprich: im Leben der Assistenznehmer - nicht sein. Auf jeden Fall stellt die Dokumentation schon deshalb auch eine Qualitätseinbuße dar, weil sie einen Teil der Arbeitskraft der Assistenten und natürlich auch Zeit und Aufmerksamkeit des Assistenznehmers beansprucht. Darüber hinaus widerspricht eine Dokumentation im Sinne der Pflegeversicherung natürlich dem Selbstbestimmungsgedanken, auch wenn ihr ein Assistenzplan zugrundeliegt, denn sie behält sich die Definitionsgewalt vor. Selbstbestimmung heißt, sich selbst zu bestimmen. Das beginnt immer und zuallererst mit der Begrifflichkeit. Die wird mit jeder Erstellung, Risikoeinschätzung und Evaluation unsererseits vorgegeben. Eine Assistenznehmerin beschwert sich zum Beispiel darüber, dass die Wickelunterlagen, die sie beim Abführen verwendet, im Assistenzplan als Inkontinenzunterlagen bezeichnet werden. Inkontinent sei sie nicht.

Überhaupt ist es nicht unproblematisch, die Person des Assistenznehmers bezüglich seiner Kompetenzen zu bewerten. Jede Einsatzbegleitung hat das auch bisher getan und so zu Beginn eingeschätzt, inwiefern ein neuer Assistenznehmer in der Lage ist, unser Angebot zu nutzen. Aber sie hat ihre Einschätzung allgemein halten können. Jetzt gibt es einen Kriterienkatalog, nach dem das erfolgt und auch niedergelegt wird. Schon die Tatsache widerspricht der Selbstbestimmung, dass ein anderer außer mir mit darüber befindet, ob ich meinen Alltag hinreichend strukturiere, ob ich mit meinem Geld klarkomme, meine Zeit einteilen kann und in der Lage bin, meinen Gesundheitszustand zu beurteilen.

Die bereits erwähnte Beschwerdeführerin hat mir erlaubt, sie hier zu zitieren. Ihre Worte treffen sehr genau die problematischen Punkte, um die es geht, wenn wir über die mit der Qualitätssicherung zwangsläufig einhergehende Standardisierung und das, was wir als Lebensqualität bezeichnen, in Zusammenhang mit Individualität, Privatheit, Selbstbestimmung nachdenken:

"Dekubitusprophylaxe. Die Risikoeinschätzung durch die Pflegefachkraft besagt "geringes Risiko". In meinem ganzen Leben war Dekubitus kein Thema. Ich weiß um die Gefahr, habe aber keine Probleme.

Nächstes Beispiel Kontrakturprophylaxe: ich lebe gut mit meinen Kontrakturen. Nun sagt die Pflegefachkraft den Assistenten, die alltäglichen Bewegungen wären Kontrakturprophylaxe und Positionsveränderungen wären Dekubitusprophylaxe. **Ich protestiere gegen diese medizinische Überfrachtung meines alltäglichen Lebens.**

Wenn das regelmäßige Lüften Pneumonienprophylaxe ist, dann wird in circa 94% der Berliner Haushalte Pneumonienprophylaxe betrieben. Und das Ausschalten des Lichtes zur Nacht ist doch eindeutig Insomnienprophylaxe."

Abschließend schreibt sie: "Welche Funktion hat der Assistenzplan, soll er die Arbeit der Assistenten beschreiben oder soll er die Person des Assistenznehmers beurteilen? Wer hat die Kompetenz, die Ressourcen und Kompetenzen der anderen zu entscheiden? Meine Bitte zum Schluss: ad macht so gute Arbeit, Assistenz ist so wertvoll, überdeckt das nicht mit solchen Papieren."

Ich denke, hat sehr genau die Probleme beschrieben, die sich als unserer neuen Praxis ergeben, trotz aller innovativen und der Situation angemessenen Ansätze. Aber wir haben es in der ersten Hälfte des Vortrages festgestellt: Es gibt für uns als Dienst kein Ausweichen - letztlich und erst recht nicht für uns als Leute mit einem Körper, der offensichtlich einen Normverstoß darstellt. Trotzdem lohnt sich Nachdenken und Handeln, damit eben nicht passiert, was die Beschwerdeführerin fürchtet, dass der Wert der Assistenz verloren geht durch solche Papiere.

Ich stehe hier nicht, um Lösungen anzubieten. Ich habe auch keine parat. Vielmehr sollte dieser Einführungsvortrag das Spannungsfeld aufzeigen, in welchem sich Qualitätssicherung in Bezug auf Lebensqualität befindet. Wie sich das im Feld der Assistenz gestaltet, ist meiner Meinung nach exemplarisch. Ich denke, es lässt sich überall derartig an, dass Dokumentation und Beratung, Transparenz und Vorgaben der Effizienz, die sich als Qualitätssicherung darstellen, dem Kern der zu leistenden Arbeit entgegenstehen. Trotzdem sollten wir unserem Handlungsspielraum nutzen. Es gibt ihn.

Zwei Ansätze haben wir gerade besprochen. Einerseits in Bezug auf die Entstehung des LK 32: Es geht nicht darum, Handlungen möglichst präzise zu beschreiben, sondern den inneren Sinn der Arbeit darzustellen. Andererseits die Entstehung des Assistenzplans bei ad: Es geht nicht darum, Dokumentationen abzuliefern innerhalb einer Systematik, die für die eigene Arbeit unpassend ist, sondern das zu dokumentieren, was man tatsächlich tut, und auch die Herleitung öffentlich (das heißt, den Prüfern) nachvollziehbar zu machen.

Offenbar reicht das nicht aus. Vielleicht muss noch so ein Prinzip wie "so wenig wie möglich private Daten erheben" hinzukommen. Das ist sehr schwer mit dem Bedürfnis eines Dienstes nach Kontrolle und Lenkung zu vereinbaren. Fragen werden auftauchen, die uns heute schon beschäftigen, zum Beispiel: Ist eine Anamnese in Zusammenhang mit Pflege privat? Ist sie es aber in Zusammenhang mit Assistenz? Wie privat ist eine Sucht? Wenn wir von Sucht als Krankheit reden, wird sie als solche behandelt?

Eine weitere Möglichkeit, dem zu entkommen, dass Erhebung, Dokumentation und Evaluation, den Sinn unserer Arbeit gefährden, weil sie immer mehr Definitionsgewalt von Assistenznehmer auf die Fachkraft verlagert, wäre die Überlegung, ob man nicht diesbezüglich mit verschiedenen Kundengruppen verschiedene Verträge abschließt und sie entsprechend der Qualitätssicherung behandelt. Dazu müsste auch mit dem MDK, bzw. den Kassen selbst, abgesprochen werden, worauf verzichtet werden kann und was gefordert ist.

Unabhängig davon sollte über die Dienste hinweg diesbezüglich politisch gearbeitet werden. Betroffene, Verbände und Initiativen müssen ihre Normalität gegenüber den Leistungsträgern einfordern, auch bezüglich der Dokumentation der Leistungen. Wir haben ein Recht wie andere Bürger auch, dass unser Körper nicht öffentlich ist.

Jetzt stehen hier am Ende ein paar Anregungen und ein paar Fragen. Wirklich Lösungen im umrissenen Spannungsfeld liefern sie nicht. Vielleicht kommen wir denen ja jetzt gleich in der Diskussion ein Stück näher und ganz bestimmt in den Arbeitsgruppen heute Nachmittag.