



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

DAS SCHWARZBUCH UND DAS WEISSBUCH

DER PRIVATEN PROFESSIONELLEN PFLEGE

2. überarbeitete und erweiterte Auflage



**Liebe Kollegin, lieber Kollege,
liebe Leserin, lieber Leser,**

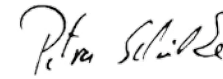
seit dem Erscheinen der ersten Auflage in 2011 hat sich die Gesetzeslage an mehreren Punkten verändert, zuletzt in den sog. Pflegestärkungsgesetzen. Eine Entwicklung hin zu Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die die Professionelle Pflege stärken würden, ist uns die Politik jedoch schuldig geblieben. Hätte der gesunde Menschenverstand bei der Gesetzgebung eine gestaltende Macht, würde er gleich reihenweise Vorschriften und Anreize ändern, wenn er konsequent ein Ziel verfolgte: Jeder, der Professionelle Pflege braucht, muss sie auch in Zukunft bekommen können.

Wir meinen, die Bedingungen dazu müssen noch geschaffen werden. Sie müssen so sein, dass die Professionelle Pflege mit ihren Unternehmerinnen und Unternehmern tatsächlich gestärkt wird. Insofern ist auch diese zweite, völlig überarbeitete und erweiterte Auflage dem Anliegen der ersten treu geblieben: Ihnen eine Pflegewelt vorzustellen, in der sich unsere Mitarbeiter/-innen ihrem Beruf auf Dauer verbunden fühlen können, die so attraktiv ist, dass sie zusätzliche Mitarbeiter/-innen aus anderen Sektoren unserer Wirtschaft anzieht, und in der wir, die Unternehmerinnen und Unternehmer in der Professionellen Pflege, uns mit Überzeugung engagieren und investieren. Eben eine Pflegewelt, in der der gesunde Menschenverstand regiert.

Über Ihre Anregungen und Anmerkungen freuen wir uns



Stephan Baumann



Petra Schülke



SEHENDEN AUGES IN DEN PFLEGENOTSTAND I

Jede Studie zum Thema demografische Entwicklung zeigt auf, dass der zusätzliche Bedarf an Pflegekräften bis zum Jahr 2030 weit über 200.000 liegt.

Dies liegt in der demografischen Entwicklung als solcher begründet, an der starken Zunahme der Single-Haushalte, der räumlichen Trennung berufstätiger Kinder von ihren Eltern sowie an der zunehmenden Berufstätigkeit von Frauen und schließlich an der Zunahme von kinderlosen Ehepaaren. Hinzu kommt die stark steigende Zahl der an Demenz erkrankten Menschen. Zusätzlich sind immer mehr pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund zu versorgen.

Auf der Versorgungsseite liegen die Gründe für den zusätzlichen Bedarf an der steigenden Zahl der Pflegekräfte, die bis 2030 in Rente gehen, an der immer noch zu geringen Verweildauer im Beruf und an der überdurchschnittlichen AU-Quote aufgrund der steigenden Belastungen im Beruf.

Derzeit gibt es keine in sich schlüssige Strategie, um auch nur den Ersatzbedarf an Pflegekräften sicherzustellen. Erst recht gibt es keine Strategie, wie die zusätzlichen Pflegekräfte gewonnen werden sollen, um die Versorgung mit Professioneller Pflege nachhaltig zu gewährleisten.

Die Uhr bis zum Pflegenotstand tickt unaufhaltsam.

ES WIRD SOFORT GEHANDELT

Politik, Kostenträger, Kommunen und Pflegeverbände wissen: Im Ergebnis muss es darum gehen, dass alle diejenigen, die Professionelle Pflege brauchen, sie auch in Zukunft bekommen. Sie einigen sich daher auf eine Mehrfachstrategie. Es gilt zunächst, die jetzigen Pflegekräfte so lange wie möglich im Beruf zu halten. Zusätzlich müssen Menschen aus anderen Branchen für die Professionelle Pflege gewonnen werden. Außerdem sollen diejenigen, die z. B. aus familiären Gründen ihre Berufsausübung unterbrechen, zurückgewonnen werden.

Alle Verantwortlichen sind sich über die Erfolgsfaktoren im Klaren und handeln danach. Sie werden für folgende Ziele aktiv:

- Spürbar bessere finanzielle Ausstattung der Einrichtungen, um höhere Löhne an ihre Mitarbeiter zahlen zu können
- Abbau der Regelungsdichte
- Abbau der Kontrolldichte
- Deutlich mehr Entscheidungskompetenzen (z. B. Verordnungskompetenz für bestimmte Hilfsmittel)
- Einbindung der Professionellen Pflege in alle Entscheidungen, die sie betreffen



SEHENDEN AUGES IN DEN PFLEGENOTSTAND II

Alle Pflegereformen und auch die Pflege„stärkungs“gesetze I–III haben vor allem für mehr Bürokratie bei den Einrichtungen gesorgt (mit allen Folgen für das, was die Pflegekräfte und die Leitungen in ihrer Dienstzeit tun müssen) und für eine Ausweitung der Leistungen für die Versicherten und ihre Angehörigen sowie für eine Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten. Es waren Investitionen in die Nachfrageseite.

Die Politik konnte sich dabei der Zustimmung der Gewerkschaften, der Verbraucherverbände, der Presse und der Kostenträger sicher sein. Wenn etwas kritisiert wurde, dann, dass es durchaus etwas mehr hätte sein können.

Kaum Beachtung fand bisher,

- wie die neuen Leistungen an die Versicherten kommen sollen,
- von wem der immer größere Kreis der Begünstigten versorgt werden könnte und
- woher die Fachkräfte für die wachsende Zahl der an Demenz erkrankten Menschen kommen sollen.

Es fehlt eine Strategie für die Qualifikation der Pflegekräfte im Hinblick auf den speziellen Fachkräftemangel für die stark steigende Zahl der an Demenz erkrankten Menschen.

LÖSUNGSORIENTIERT UND VOM ERGEBNIS HER DENKEN

Politik und Kostenträger wissen, dass den Investitionen in die Nachfrageseite nun eine Investition in die Angebotsseite folgen muss. Nur dann wird es möglich sein, für die neuen Leistungsversprechen die entsprechende Zahl an Menschen zu gewinnen, um die Leistungen zu erbringen.

Daher werden in einem Pflegestärkungsgesetz IV folgende Maßnahmen beschlossen:

1. Die Kostenträger werden verpflichtet, die höhere Qualifikation der Kräfte, die überwiegend an Demenz erkrankte Menschen versorgen, zu finanzieren.
2. Die Vergütung der Einrichtungen wird um einen „Demenz-Faktor“ erhöht.
3. Einrichtungen der alternativen Wohnformen, die vor allem an Demenz erkrankte Menschen aufnehmen, werden von der Regelungsdichte der Landesheimgesetze befreit.
4. Der Gesetzgeber erkennt die Notwendigkeit erfolgreichen wirtschaftlichen Handelns auch für die Professionelle Pflege an, schafft die Grundlagen dafür und verzichtet auf planwirtschaftliche Eingriffe.



DIE FREMDBESTIMMUNG DER PFLEGE IST POLITISCH GEWOLLT

Eine Vielzahl von gesetzlichen Vorschriften legt fest, dass Dritte über die Belange der Professionellen Pflege entscheiden. Beispiele sind:

- Über die Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege entscheiden Ärzteverbände und Kassen.
- Die Richtlinien zur Prüfung der Qualität der Leistungserbringung im SGB XI bestimmen die Pflegekassen allein.
- Die Vorschrift im Pflegeversicherungsgesetz, wonach die stationären Einrichtungen nachzuweisen haben, wie in ihren Häusern die ärztliche, fachärztliche, zahnärztliche und die Versorgung mit Arzneimitteln geregelt ist, kam über die Köpfe der Professionellen Pflege hinweg zustande. Sie ist zudem ganz und gar unsystematisch, weil der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung bei den entsprechenden Körperschaften liegt und für die Versorgung mit Arzneimitteln.
- Die Regelung zur Vergütungsfindung für Pflegeeinrichtungen im Pflege„stärkungs“gesetz kam nach einer Nacht-und-Nebel-Aktion eines Bundestagsausschusses in das Gesetz, ohne dass der Professionellen Pflege überhaupt ein Anhörungsrecht gewährt wurde.

MITBESTIMMUNG DURCH DIE PFLEGE NÜTZT ALLEN

Die Professionelle Pflege hat ihren festen Platz im Gesundheits- und Sozialwesen. Alle Beteiligten wissen das und schätzen die erreichte Kompetenz und die gelebte Verantwortung hoch ein. Dementsprechend gibt es gar keinen Zweifel mehr daran, dass die Regelungen, die die Professionelle Pflege betreffen, von ihr mitbestimmt werden. So, wie die Krankenhäuser ihre Belange im Gemeinsamen Bundesausschuss mitbestimmen dürfen, so erhält die Pflege dasselbe Recht.

Eine Beschlussfassung von Kassen- und Ärztefunktionären zu lasten Dritter – hier der Professionellen Pflege – gehört der Vergangenheit an.

Bei gesetzlichen Regelungen wird davon abgesehen, über die Köpfe der Professionellen Pflege hinweg Vorschriften zu erlassen. Vielmehr wird bei der Gesetzgebung ihre Kompetenz nun intensiver genutzt.



CHANCEN BLEIBEN UNGENUTZT

Die Kompetenzen von Pflegekräften in der Langzeitpflege bleiben ungenutzt, weil die Vision von der allwissenden ärztlichen Kompetenz, Verantwortung und Übersicht immer noch in den Köpfen von Politikern und Kassenfunktionären präsent ist. Die organisierte Ärzteschaft hütet und behütet diese Vorstellung. Sie nützt ihr finanziell. Die Versorgung der Versicherten bzw. Pflegebedürftigen bleibt damit vielfach unter ihren qualitativen Möglichkeiten.

Zudem hat eine große Zahl von Ärzten einfach keine Lust mehr, sich zugunsten der Versicherten in einen langwierigen Kleinkrieg mit den Kassen z.B. bei Genehmigungen von laufenden Blutzuckerkontrollen zu begeben. Indem der Professionellen Pflege jedoch die Verordnungskompetenz vorenthalten wird, bekommen zu viele Pflegebedürftige aufgrund der Ablehnung einer Kostenübernahme seitens der Kasse keine – aus ärztlicher Sicht notwendige – Blutzuckerkontrolle oder aber recht spät oder sie bezahlen sie aus eigener Tasche.

Ähnliches gilt bei der Wundversorgung, bei der Versorgung von inkontinenten Versicherten und bei bestimmten Hilfsmitteln. Die Leidtragenden sind die Versicherten.

PFLEGERISCHE KOMPETENZ BEZAHLEN ANSTATT ÄRZTLICHE DELEGATION

Die politischen Entscheidungsträger sowie die Kostenträger und auch die Ärzteschaft erkennen die Zeichen der Zeit. Es ist nämlich absehbar, dass die Personalknappheit im Gesundheitswesen dramatische Formen annehmen wird. Zu der personellen Knappheit kommt angesichts der demografischen Entwicklung auch eine finanzielle Knappheit. Die ist ebenfalls absehbar.

Es wird daher gemeinsam mit der Professionellen Pflege ein Weg gefunden, der jedem Gesundheitsberuf seine systematische Stelle mit eigener Entscheidungskompetenz in der Versorgung zuweist. Dies geschieht auf Augenhöhe. Die Unterordnung unter ärztliche Entscheidungen gehört der Vergangenheit an.

Dazu gehört das eigenverantwortliche Handeln der Professionellen Pflege auf der Grundlage einer gesicherten Diagnose sowie einer pflegerischen Anamnese, ebenso die Verordnungskompetenz für die Bereiche, die die Pflege verantwortet (z. B. Wundversorgung, Kontrolle von Vitalwerten bei Langzeit-Pflegebedürftigen und Versorgung bei Inkontinenz), und die Koordinierung der Versorgung neben medizinischer Diagnostik und Therapie.



TREND ZU INFORMELLER PFLEGE UND ÜBER-AMBULANTISIERUNG

Die demografische Entwicklung bringt außer einer stark ansteigenden Zahl von Pflegebedürftigen eine noch stärker ansteigende Zahl an Demenz erkrankter Menschen mit sich. Sie bedürfen neben der Behandlungs- und Grundpflege auch der Betreuung. In die Zahl der Betreuungskräfte investiert die Politik anstatt zugleich in die Zahl der Fachkräfte zu investieren. Im Ergebnis sinkt das Qualifikationsniveau der insgesamt in der Professionellen Pflege Tätigen.

Daneben hat sich die Politik entschieden, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ auf die Spitze zu treiben. Werden alle Leistungen der Pflegeversicherung (Stand 2017) für einen professionell ambulant versorgten Versicherten addiert, so ergibt sich für alle Pflegegrade ein deutlich höherer Betrag, als wenn der Versicherte vollstationär versorgt würde. Die massive Anhebung des Pflegegeldes weist in dieselbe Richtung.

Diese politische Entscheidung wird dafür sorgen, dass die stationären Einrichtungen nur noch eine bestimmte Gruppe von Pflegebedürftigen versorgen und die Verweildauer deutlich sinkt. Die Einrichtungen werden so zu „Kliniken light“ und geraten in die Tendenz zur Palliativversorgung.

DIE POLITISCHEN ENTSCHEIDUNGEN WERDEN KONSEQUENT ZU ENDE GEDACHT

Die stationären Einrichtungen werden Teil einer Versorgungslandschaft sein, in der auch Menschen leben, die ihren Lebensabend gut versorgt in einer Gemeinschaft verbringen möchten und lediglich allgemeine Unterstützung und Hilfe bei Bedarf wünschen. Die ambulante, die teilstationäre und die vollstationäre Versorgung bestehen nebeneinander auf der Grundlage der Wahlfreiheit der Versicherten und ohne Diskriminierung durch Gesetze. Die Finanzierung der Behandlungspflege ist in allen Versorgungsformen gleich.

Politik und Kostenträger sind sich einig, dass der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche, fachärztliche, zahnärztliche und die Arzneimittelversorgung außerhalb der Einrichtungen liegt. Die Verantwortung der Einrichtungen konzentriert sich darauf, warum die Pflegebedürftigen stationär gepflegt werden.

Sie sind sich ebenfalls einig, dass die Professionelle Pflege dann am besten funktioniert, wenn sie von sachfremden Aufgaben befreit bleibt.



PROFESSIONELLE PFLEGE AM EINZELNEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN VORBEI

Die Standardisierung der Pflege durch Prüfvorschriften und sog. Pflegestandards bzw. Expertenstandards führt dazu, dass die Pflegekräfte darauf achten, zunächst die Vorschriften zu erfüllen, anstatt ihren gesunden Pflege-Sachverstand einzusetzen. Denn die sind prüfungsrelevant. Ihre Einhaltung ist gegenüber den Prüfinstitutionen nachzuweisen bzw. es ist nachzuweisen, warum im geprüften Einzelfall davon abgewichen wurde. Die Standards führen in der Tendenz dazu, die Pflegebedürftigen über einen Kamm zu scheren, gerade wenn der konkrete Mensch von der Norm abweicht.

Die Expertenstandards dominieren das Leistungsgeschehen in der Professionellen Pflege daher wegen der Personalknappheit allein schon aus Zeitgründen.

Denn das Abweichen davon kostet Zeit und Nerven, die an anderer Stelle fehlen. Die Pflege wird dadurch zwangsläufig weniger individuell.

DIE INDIVIDUALITÄT DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN STEHT IM MITTELPUNKT

Die aktuelle Gesetzeslage wird verändert, und damit wird ein großes Missverständnis über die Rolle eines Expertenstandards beseitigt. Dieser ist nun eine Empfehlung und gibt eine fachliche Orientierung. Er dient ausschließlich zur internen Qualitätssicherung. Vorrang hat jedoch stets die Individualität des Pflegebedürftigen. Dies gilt ambulant ebenso wie stationär.

Dies eingedenk verzichten Kostenträger und Prüfinstitutionen darauf, die Prozessqualität daran zu messen, ob irgendein Standard eingehalten wurde. Sie verzichten vor allem auf die Pflicht zum Begründen, wenn von ihm abgewichen wurde. Es besteht Konsens, dass Ergebnisqualität und Anwendung von Standards zwei Paar Schuhe sind.

Und sie erkennen an, dass es Teil der unternehmerischen Verantwortung ist, die Prozesse im Unternehmen so zu organisieren, dass das Unternehmen am Markt bestehen kann.



DER STAAT WEISS, WAS FÜR DIE MENSCHEN GUT IST I

Der sog. „Quartiersbezug“ wird seit einiger Zeit intensiv diskutiert. Dabei steht die Idee Pate, dass sich quasi vor Ort, im Quartier, am besten entscheiden ließe, welche Formen der Pflege angeboten werden sollten und in welchem Umfang. Das Ganze ist zu planen. Dafür sind regionale Gremien zu bilden, in denen konkrete Vorgaben für die Pflege-Infrastruktur erarbeitet werden sollen. Die Anbieter sollen sich dann daran ausrichten. In der Tendenz wird damit die Nachfrage gesteuert, ebenso wie – in der Folge davon – das Angebot von professioneller pflegerischer Versorgung. Der Wettbewerb wird erheblich eingeschränkt. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden in eine bestimmte Richtung hin „beraten“. Das Angebot hat sich nach der Planung auszurichten anstatt nach den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

VERTRAUEN IN DIE NACHFRAGER UND ANBIETER VON LEISTUNGEN

Wenn der gesunde Menschenverstand der Maßstab ist, dann wird schnell klar, dass jede Nachfrage-Planung Starrheit produziert anstatt Flexibilität. Der gesunde Menschenverstand weiß, dass sich keine Trends planen lassen. Niemals wären Planer auf die Idee gekommen, die neuen Wohnformen in ihrer heutigen Bedeutung „zu planen“. Und niemals hätten sie die Dynamik in Betracht gezogen, mit denen sie wachsen.

Der gesunde Menschenverstand setzt auf die sich nach den Bedürfnissen der Menschen verändernde Nachfrage nach Pflegeleistungen – weil sich die Bedürfnisse der Menschen ändern. Und der gesunde Menschenverstand setzt – aus gutem Grund – auf das Interesse der Professionellen Pflege, diesen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Das gilt insbesondere unter Konkurrenzbedingungen.

Das Vertrauen in die Marktkräfte und vor allem das Vertrauen in die Leistungserbringer führt dazu, dass sich die Pflege-Infrastruktur entsprechend den Wünschen der Versicherten und ihrer Angehörigen entwickelt.



DER STAAT WEISS, WAS FÜR DIE MENSCHEN GUT IST II

Den Pflegebedürftigen wird gesetzlich vorgeschrieben, was für sie gut ist. Ein Beispiel ist die Vorgabe von Mindest-Quadratmeterzahlen für Räume. Ein anderes ist die Vorschrift über den eigenen Sanitärbereich mit Nasszelle. Ein drittes ist die gesetzliche Einführung von Einzelzimmerquoten bzw. die Einzelzimmervorgabe in stationären Einrichtungen.

In allen Fällen ersetzt der Staat den Wettbewerb und setzt sich an die Stelle des mündigen Verbrauchers. Er nimmt den Pflegebedürftigen Wahlmöglichkeiten, indem er den Markt streng reguliert. Der Gesetzgeber zwingt damit den Pflegeunternehmern, Pflegebedürftigen und Kostenträgern bauliche Standards auf, ohne die Refinanzierung zu regeln. Darüber hinaus wird den Pflegebedürftigen eine Scheinwelt über ein bestimmtes Leistungsniveau suggeriert. Es ist wahrscheinlich, dass die Pflegebedürftigen doch lieber die Auswahl zwischen verschiedenen Standards hätten, weil sie es sind, die diese Standards zumindest zum erheblichen Teil finanzieren müssen.

RESPEKT VOR WAHLENTSCHEIDUNGEN SETZT WAHLMÖGLICHKEITEN VORAUS

Die Politik hat bei Gesetzesänderungen die Planungssicherheit der Unternehmen ebenfalls im Auge. Denn ohne ein sicheres Angebot wird wohl kaum jemand, der Professionelle Pflege braucht, sie auch in Zukunft bekommen können.

Der Gesetzgeber beschränkt sich bei gesetzlichen Vorgaben auf ein Mindestmaß. Dies findet seine Grenze in der Selbstbestimmung des Verbrauchers. Es steht dem Verbraucher also frei, darüber zu entscheiden, ob er ein angebotenes Zimmer für groß genug hält, er lieber möbliert wohnen möchte oder ob er seinen Sanitärbereich mit einem anderen Bewohner teilen will.

Der Gesetzgeber akzeptiert und respektiert die Unterschiedlichkeit der Wünsche von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Dementsprechend können die Angebote der Einrichtungen unterschiedlich sein. Er vertraut auf die Kraft des Marktes und die unternehmerisch vernünftigen Entscheidungen der Inhaber.



250 MILLIONEN EURO JEDES JAHR VERSCHWENDET

Trotz einer reduzierten Pflegedokumentation kosten die „Qualitäts“prüfungen heutiger Art insgesamt immer noch rund eine viertel Milliarde Euro. Und immer noch werden vor allem die Strukturqualität und die Prozessqualität gemessen. Von der Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift, vor allem das Pflegeergebnis zu prüfen, sind die Prüfinstitutionen nach wie vor weit entfernt. Anstatt das zu prüfen, was sie von Gesetzes wegen prüfen sollen, prüfen sie etwas anderes, nur weil – angeblich – nur etwas anderes prüfbar sei. Außerdem sind sie alles andere als unabhängig von den Kostenträgern.

Die Erkenntnisse und die Möglichkeiten, die heute bereits bestehen, um zu einer anderen Prüfmethodik und zu Ergebnissen zu kommen, die für die Versicherten valide Aussagen zulassen, werden nach wie vor ignoriert.

Die Kosten für die Prüfungen bei den Prüfinstitutionen und in den Einrichtungen steigen mit der Berücksichtigung von Expertenstandards und sie steigen zwangsläufig mit der höheren Komplexität des Leistungsrechts der Pflegeversicherung.

So werden Gelder verschwendet, weil mit dieser Art von Prüfungen weder die gesetzliche Vorgabe bedient noch ihr grundsätzlicher Zweck erfüllt wird.

WIRKLICH PFLEGEQUALITÄT MESSEN

Politik, Pflegekassen und Prüfinstitutionen nehmen die nach wie vor bestehende Kritik der Wissenschaftler und des VDAB ernst. Sie halten einen volkswirtschaftlichen Verlust in dieser Höhe für untragbar. Außerdem wissen sie, dass es unfair ist, wenn Prüfergebnisse veröffentlicht werden, die unvalide sind.

Die Politik handelt konsequent: Solange es noch keine neuen Prüfungsinhalte und keine valide Methode entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gibt, wird auf diese Prüfungen und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse verzichtet. Dafür steht auch die Erfahrung, dass die jetzigen Prüfergebnisse keine wirkliche Entscheidungsgrundlage für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bieten.

In einem weiteren Schritt in Richtung gesunder Menschenverstand beschließt der Gesetzgeber, die Rechtsstellung der Einrichtungen auf eine Stufe mit der der Kostenträger zu stellen: Einsprüche gegen ein zur Veröffentlichung anstehendes Prüfergebnis hat zukünftig aufschiebende Wirkung. Denn auch ein Unternehmen in der Professionellen Pflege hat Grundrechte.



MISSTRAUEN GEGEN DIE PROFESSIONELLE PFLEGE = TOTALE KONTROLLE

Die Einrichtungen werden nach Bundesrecht von den Prüfinstitutionen hinsichtlich ihrer „Qualität“ geprüft und neuerdings auch nach ihrer „Wirtschaftlichkeit“ – was immer das heißt. Der Zoll prüft die Einhaltung der Vorschriften zum Mindestlohn. Auch die Anti-Folterstelle darf prüfen.

Nach Landesrecht kommen die Prüfungen der Heimaufsicht hinzu, des Gewerbeamts, der Gesundheitsbehörde, der Ausländerbehörde, des Finanzamts etc. Fast alle Prüfungen finden unangemeldet statt, einige überfallartig. Jede Pflegeeinrichtung ist für den Staat ein Gebäude ohne Türen und ohne Schlüssel in den Schränken. Die Mitarbeiter lernen, dass sie in einem Beruf arbeiten, in dem totale Überwachung „normal“ ist. So wächst das Bewusstsein, ständiger Kontrolle ausgesetzt zu sein, sich ständig rechtfertigen und sich infrage stellen lassen zu müssen. Von Vertrauen in die Pflege kann keine Rede sein.

Den vielfältigen Anstrengungen staatlicher Stellen, dem drohenden Pflegenotstand zu begegnen, werden von anderen staatlichen Stellen Steine in den Weg geworfen. Von einer Pflegepolitik aus einem Guss, die Vertrauen in die Pflegekräfte kommuniziert und die Bereitschaft zur Selbstverantwortung belohnt, sind wir in Deutschland weit entfernt.

Viel weniger junge Menschen werden sich für diesen überkontrollierten Beruf entscheiden, als wir brauchen. Und die es tun, werden viel kürzer in ihm arbeiten, als es hilfreich wäre, wenn wir die Herausforderung bestehen wollen: Auch in Zukunft muss jeder, der Professionelle Pflege braucht, sie auch bekommen können.

SELBSTVERANTWORTUNG UND WERTSCHÄTZUNG

Die politischen Entscheidungsträger auf Bundes-, Landes- und Kreisebene sehen ein, dass der Zweck einer Pflegeeinrichtung sich auf die Pflege von Pflegebedürftigen bezieht. Dagegen haben die „Pflichtübungen“, der staatlichen Stellen Nachrang. Vor allem gewinnen sie die Überzeugung, dass die Professionelle Pflege Vertrauen und Respekt verdient. Unangemeldete Prüfungen finden daher nur noch bei begründetem Verdacht statt.

Entsprechende Vorgaben beschließen die Gesetzgeber unverzüglich. In den Begründungen auf Landes- und Bundesebene steht: „Das Verwaltungsverfahren der Vergangenheit hat sich als Irrweg erwiesen. Es hat einen erheblichen Teil zur Diskriminierung der Pflegekräfte und ihrer Arbeitgeber beigetragen. Vielmehr verdienen die Pflegekräfte Wertschätzung und berufliche Sicherheit. Sonst wird es schwerer, den notwendigen Nachwuchs für die Professionelle Pflege zu gewinnen. Klar ist, dass ein Mehr an Prüfungen noch nie für ein Mehr an Sicherheit für die Versicherten oder für ein Mehr an Qualität gesorgt hat ...“



MISSTRAUEN = BÜROKRATIE

In der ambulanten Pflege muss vieles doppelt erledigt werden, was im digitalen Zeitalter arbeits- und kräftesparender anders möglich ist. Voraussetzung ist allerdings Vertrauen in die Pflegedienste und in die ärztliche Kompetenz.

Weil beides fehlt, ist der bürokratische Aufwand der Pflegedienste bei der Genehmigung von Leistungen nach wie vor zu hoch. Dies liegt vor allem an der umständlichen Genehmigungs-/Ablehnungspraxis der Krankenkassen. Es drängt sich immer noch der Eindruck auf, dass die Kostenübernahme jeder Besonderheit im Rahmen der ambulanten Pflege (z. B. Blutzuckerkontrollen, Spezifika bei der Wundversorgung, Besonderheiten bei der Arzneimittelgabe) reflexartig abgelehnt wird. Die ärztliche Kompetenz rangiert weit hinter den Meinungen von Sozialversicherungsfachangestellten der Kassen. Und die in den Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege von ihnen selbst beschlossene Regelung zur vorläufigen Kostenübernahme wird bewusst missachtet. Die Arbeit, um die Versicherten dennoch an ihre Leistungen kommen zu lassen, machen sich in der Regel die Pflegedienste.

Ähnliches gilt bei der Abrechnungsbürokratie. Die Übersendung von händisch ausgefüllten Belegen ist immer noch die Regel. Hinzu kommt, dass die EDV der Kassen keinesfalls einer einheitlichen Logik folgt. Die Pflegedienste sind inzwischen unfreiwillig Experten in der Bewältigung unterschiedlicher Kassen-EDV-Organisation. Es sind außerdem die Pflegedienste, die die „Missverständnisse“ bei der vorläufigen Kostenübernahme seitens der Kassen bürokratisch zu kompensieren haben – ohne Kostenausgleich.

EINFACH MACHEN, WAS EINFACH GEHT

Die Kostenträger nehmen sich folgende Grundsätze zu Herzen:

- A. Wir müssen möglichst viel für die Versicherten ausgeben und möglichst wenig für unsere eigene Bürokratie.
- B. Außerdem wollen wir bei unseren Vertragspartnern den bürokratischen Aufwand ebenfalls so gering wie möglich halten – dann haben sie mehr Zeit und Energie für die Versorgung unserer Versicherten.

Die Kassen stellen fest, dass ihr Verwaltungshandeln beim Genehmigungsverfahren für Häusliche Krankenpflege unwirtschaftlich ist. Die Regelung zur vorläufigen Kostenübernahme wenden sie nun großzügig im Sinne ihrer Versicherten an. Sie investieren zugleich in Sicherheit für die Versicherten. Langzeit-Blutzuckerkontrollen und Blutdruckkontrollen genehmigen sie problemlos.

Das Abrechnungswesen wird radikal vereinfacht. Die Kassen erkennen an, dass Fehler menschlich sind und mal passieren können. Außerdem stellen sie in Betracht, dass sich Plus und Minus in der Abrechnung für beide Seiten im Zeitablauf ausgleichen. Zusätzlich sparen sie bei ihren Kontrollkosten.



PFLEGEBEDÜRFTIGE OHNE REHABILITATION

In Sachen Pflege und Rehabilitation ist auf dem Papier alles vorbildlich geregelt. Der Gesetzestext ist erfreulich eindeutig (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben die Leistungsträger der Rehabilitation alles zu tun, um medizinische Reha und „ergänzende Leistungen in vollem Umfang einzusetzen“ und um „Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie ihre Verschlimmerung zu verhindern“.

Zusätzlich hat der MDK bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Pflicht, zu prüfen, „ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind“, und ein Antragsverfahren zur Reha einzuleiten, sofern der Versicherte einwilligt (§ 18 Abs. 6 SGB und § 18a XI). Darüber besteht nach § 32 SGB XI die Verpflichtung der Pflegekassen, vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gewähren.

Mehrere Pflegereformen haben diesen Teil des SGB XI zugunsten der Reha für Pflegebedürftige verändert. Das alles steht immer noch nur auf dem Papier. Es ist graue Theorie, dass auch Pflegebedürftige die notwendige Rehabilitation erhalten. Kaum ein Versicherter in einer stationären Einrichtung erhält die entsprechenden Leistungen und viel zu wenige in der ambulanten Versorgung. Dabei könnte hier viel für die Menschen sowie für die Finanzen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe getan werden.

REHABILITATION AUCH BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Den Kostenträgern der Pflege ist bewusst, dass sie mit medizinischer Rehabilitation viel Geld sparen können. Vor allem können sie Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Das ist auch humaner. Dem fühlen sich die Kostenträger verpflichtet.

Sie nutzen die Informationen, die sie aus den Begutachtungen erhalten, systematisch und umgehend. Die erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen werden unverzüglich eingeleitet.

Die Politik konkretisiert den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zusätzlich und setzt ihn über ihre Aufsicht durch.

Der Vorschlag des VDAB, dass die Pflegeversicherung Kostenträger für die Rehabilitation wird, ist Bestandteil der kommenden Pflege-reform (Pflegestärkungsgesetz IV). Damit folgt der Gesetzgeber der Überzeugung, dass diejenige Sozialversicherung die Kosten für eine Maßnahme zu tragen hat, die davon ggf. finanziell profitiert. So ist allen gedient.



KAUM RECHTSSCHUTZ IM RECHTSSTAAT

Rechtstheoretisch ist alles in Ordnung. Sofern Pflegeeinrichtungen oder Versicherte sich durch das Handeln der Kostenträger ins Unrecht gesetzt fühlen, steht der Weg zum Sozialgericht offen. Die Felder, auf denen Einrichtungen Unrecht geschehen kann, sind vielfältig. Das können unrichtige Prüfergebnisse bei den sog. „Qualitäts“prüfungen sein, die trotzdem veröffentlicht werden. Es können Abrechnungs-„Irrtümer“ der Kostenträger sein, die die Einrichtungen finanziell schädigen. Es können auch Ansprüche auf Vergütungserhöhungen sein, die die Kostenträger nach einem Schiedsverfahren auf dem Sozialgerichtsweg verzögern.

Das alles wäre leichter zu vermeiden, wenn

- A. einem rechtswidrigen Handeln der Kostenträger generell mit einem aufschiebenden Beschluss eines Gerichtes begegnet werden könnte,
- B. die Sozialgerichte zügig entscheiden würden.

Tatsächlich gewähren Bundes- und Landesgesetzgeber dem Handeln der Kostenträger einen unverhältnismäßigen Schutz. Die Erfahrungen sollten sie eines Besseren belehren. Zudem sind die Einrichtungen durch eine Zeitdauer von vielfach 3 bis 6 Jahren, bis es zu einer ersten mündlichen Verhandlung vor einem Sozialgericht kommt, in ihrem Rechtsschutz massiv eingeschränkt.

Im Ergebnis sind sie gestellt wie ohne Rechtsschutz.

Die Kostenträger nutzen dies aus. Im Verhältnis zu ihren Versicherten überleben die Sozialgerichtsverfahren oftmals die Pflegebedürftigen.

EIN RECHTSSCHUTZ, DER SEINEN NAMEN VERDIENT

Der Gesetzgeber erkennt, dass sich die Kostenträger viel zu oft als „Körperschaften eigenen Rechts“ verhalten haben. Das soll sich ändern.

Das Leistungsrecht wird daher so gefasst, dass die Versicherten unverzüglich an ihre Leistungen kommen, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt oder wenn sich eine entsprechende rehabilitative Chance ergibt oder wenn eine pflegerische Maßnahme für die Versicherten sinnvoll ist.

Die Vorschriften zum wirtschaftlichen Handeln der Kostenträger werden konkretisiert. Gerichtskosten, die aufgrund von eindeutig rechtswidrigem Verhalten der Kostenträger entstehen, gehen in die Vorstandshaftung ein. Dasselbe gilt für Kosten, die aufgrund der Verletzung des Datenschutzes entstehen.

Die personelle Ausstattung der Sozialgerichte wird ausgeweitet. Die Regel lautet: Innerhalb von 12 Monaten nach Anrufung des Gerichts hat die erste mündliche Verhandlung stattgefunden und es ist eine Entscheidung getroffen.



RECHTSAUFSICHT: NOTE MANGELHAFT

In jedem Bericht wieder beklagt das Bundesversicherungsamt Rechtsverstöße der Kranken- und Pflegekassen. Sie reichen von Verletzungen des Datenschutzes bis hin zu Kosten, die leicht vermeidbar gewesen wären. Häufig genug stehen Beanstandungen über dasselbe Thema über mehrere Jahre in den Berichten. Es sieht so aus, als wären die Prüfungen des Amtes gerade mal eine lästige Pflicht, die kassenseitig wie das Wetter behandelt werden. Und die Prüfergebnisse und die Monita bestenfalls lockere Empfehlungen. Ähnliches gilt für die Feststellungen der Landesrechnungshöfe und des Bundesrechnungshofs über das wirtschaftliche Verhalten dieser Körperschaften öffentlichen (eigenen) Rechts.

Hierzu trägt bei, dass die Vorstandshaftung ein zahnloser Tiger ist – nur ein Bettvorleger. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Vorstandsmitglied einer Kranken-/Pflegekasse in Haftung genommen wurde, obwohl er/sie oder die Mitarbeiter/-innen grob vertragswidrig oder grob unwirtschaftlich gehandelt haben. Selbst nach dem Bekanntwerden von vorsätzlichen Betrügereien bei der Kodierung von chronischen Krankheiten ihrer Versicherten, um sich über eine Milliarde (!) mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu ergaunern, hat es keine entsprechende Reaktion seitens der Aufsicht oder gar des Gesetzgebers gegeben.

Was würde wohl einer Pflegeeinrichtung passieren, die vorsätzlich und über Jahre hinweg Abrechnungsbetrug begangen hätte? Wie hätten dieselben Kostenträger reagiert?

EINE RECHTSAUFSICHT, DIE IHREN NAMEN VERDIENT, UND ÖFFENTLICHE AUFSICHT

Der Bundesgesetzgeber sieht ein, dass die fortgesetzten Rechtsverstöße der Kranken- und Pflegekassen eine Veränderung im Anreizsystem der Verantwortlichen erfordern. Verstöße gegen den Datenschutz werden spürbar härter strafbewehrt. Die Aufsicht wird nach den Erfahrungen der Vergangenheit ebenfalls gestärkt. Das Bundesversicherungsamt wird personell aufgestockt. Seine Prüfungen und vor allem die Prüfergebnisse werden zukünftig generell mit Auflagen verbunden, und nur deren Erfüllung vermeidet Strafen.

Vorstände, die Rechtsverstöße begangen haben oder duldeten, obwohl sie ihnen bekannt waren oder hätten bekannt sein müssen, werden ohne Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge bzw. bei Streichung des Ruhegehalts entlassen.

Die Landesrechnungshöfe und der Bundesrechnungshof werden angesichts der Höhe der Mittel, die Kranken- und Pflegeversicherung verwalten (2017 ca. 260 Milliarden Euro), verpflichtet, jährlich einen Prüfbericht zum wirtschaftlichen Verhalten der Körperschaften zu veröffentlichen.



MESSEN MIT ZWEIERLEI MASS

Um die professionelle Pflegelücke zu schließen werden nach wie vor ausländische Hilfskräfte ins Land geholt. Die wohnen dann in den Familien. Politik und Kassen sehen verschämt darüber hinweg, dass sie mehr als nur hauswirtschaftliche Versorgung und „etwas“ Grundpflege leisten. Besonders schlimm ist, wenn sich sogar Kostenträger an der Vermittlung dieser „preiswerten“ Pflege beteiligen.

Die ganze Verlogenheit von Politik und Kassen und die ganze Geringschätzung der Professionellen Pflege werden dabei deutlich. Während die Professionelle Pflege mit einer beispiellosen Prüfdichte, einem beispiellosen Dokumentationszwang und einem offen kommunizierten Misstrauen belastet wird, ist bei der Versorgung durch ausländische Hilfskräfte offensichtlich alles egal. Obwohl dort auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung geleistet wird, unterliegt dies keinerlei Qualitätskontrolle, keinerlei Dokumentationspflicht und keinerlei Bindung an SGB-XI-Normen. Das wird behandelt, als pflegten dort Angehörige. Richtig ist jedoch, dass diese Kräfte ganztags arbeiten und damit beruflich für Geld pflegen.

GLEICHE RECHTE UND PFLICHTEN FÜR ALLE

Politik und Kassen handeln nach Grundsätzen. Alle, die in Deutschland beruflich pflegen, müssen denselben Bedingungen unterworfen sein. Es darf weder geduldete noch geförderte Schwarzarbeit in der Pflege geben. Es darf auch keine zwei Klassen von Pflegebedürftigen geben. Alle erhalten eine hochwertige qualitätsgesicherte Pflege nach vertraglichen Grundsätzen. Die soziale Lage der Pflegekräfte „mit Familienanschluss“ wird in den Blick genommen. Vielfach arbeiten sie deutlich mehr als 40 Stunden in der Woche. Auch hier werden dieselben Maßstäbe angelegt wie an professionell pflegende Einrichtungen. Eine gesetzliche Regelung zur Gleichbehandlung aller, die beruflich pflegen, wird unverzüglich beschlossen. Dies ist Ausdruck der Wertschätzung der Politik gegenüber der Professionellen Pflege in Deutschland.



VERZERTE BERICHTERSTATTUNG UND KOMMENTIERUNG

Alle Jahre wieder geht irgendeine Skandalisierung der Pflege durch den Medienwald. Das Muster ist stets dasselbe: Erst werden unhaltbare Zustände an den Pranger gestellt und dann wird vom Einzelfall auf die Branche geschlossen. Dabei wird selten hinterfragt, welche Gründe zum Beispiel für eine freiheitsentziehende Maßnahme vorlagen, warum ein bestimmter Bewohner weniger trinkt als alle anderen oder warum bestimmte Bewohner darauf verzichten, an bestimmten Beschäftigungsangeboten teilzunehmen. Für die Professionelle Pflege ist es ein Lotteriespiel, ob z. B. die stets beklagte Personalknappheit auf ihre wahren Ursachen hin beleuchtet wird:

- Die Überreglementierung und die Überbürokratisierung sorgen für die Gewissheit, dass das Ergebnis der eigenen täglichen Arbeit häufig nachrangig ist.
- Die Kontrolldichte suggeriert, in einem Beruf zu arbeiten, in dem dies politisch als notwendig erscheint.
- Das Fehlen von pflegeeigenen Kompetenzen – anders als in einigen Nachbarländern – führt zum Gefühl der Abhängigkeit.
- Die Misstrauenskultur von vielen Medien, seitens der Politik – außer in Sonntagsreden –, seitens der Kostenträger und der Prüfinstitutionen lässt das Gefühl wachsen, sich ständig rechtfertigen zu müssen. Das gilt insbesondere für die Pflegeunternehmer.
- Die geringe materielle Entlohnung führt zu dem Gefühl, dass die eigene verantwortungsvolle Arbeit gesellschaftlich gering geschätzt wird.

REALISTISCHE UND FAIRE BERICHT- ERSTATTUNG UND KOMMENTIERUNG

Medien, Politik und Kassenfunktionäre besinnen sich auf ihre Verantwortung dafür, dass auch in Zukunft jeder, der Professionelle Pflege braucht, sie tatsächlich bekommt. Das schließt ein, der Fairness Vorrang vor der Chance auf Medienpräsenz zu geben. Sie fassen sich an die eigene Nase und räumen ein, dass es in einem Beruf, in dem Menschen für Menschen arbeiten, niemals 100%ige Fehlerfreiheit geben wird. Sie wissen, dass allein das Verlangen danach unmenschlich ist.

Sie rechnen nach: Wenn 99,9% aller Einrichtungen redlich arbeiten, dann ist es unverantwortlich, das eine Promille (25 Einrichtungen) als repräsentativ für die Branche zu nehmen.

Und wenn täglich in der Langzeitpflege über 1,5 Millionen Menschen versorgt werden, dann ist es eine tolle Leistung, wenn 99,9% von ihnen all das erhalten, was sie benötigen.

Die Medienvertreter, die Politiker und die Kassenfunktionäre erkennen an, dass die teilweise hohe Aggressivität der Pflegebedürftigen gegenüber den Mitarbeitern der Einrichtungen eine ernste Herausforderung ist. Sie erkennen auch an, dass es die Pflicht der Einrichtungen ist, die physische und psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu schützen.



HEIMRECHT SCHLÄGT GRUNDRECHT

Seitdem das Heimrecht in wesentlichen Teilen in die Hoheit der Länder gegeben wurde, hat es in keinem Bundesland eine Entlastung von staatlichen Eingriffen bei stationären Pflegeeinrichtungen gegeben. Die neuen Wohnformen sind ebenfalls überreguliert worden – mit wenigen Ausnahmen. Das spricht Bände über das Selbstverständnis der Politiker, die ansonsten das notwendige größere Vertrauen gegenüber den Leistungserbringern in der Pflege im Munde führen. Pflegeeinrichtungen müssen ein weiteres Mal mit Vorverurteilung und der Tatsache umgehen, im Qualitätsbereich zwei Herren dienen zu müssen – der Heimaufsicht und dem MDK.

Belastet werden auch die Menschen in Einrichtungen. Sie werden zum Teil massiv in ihren Grundrechten eingeschränkt. Diese Eingriffe werden mit ihrem angeblichen Schutzbedürfnis begründet. So, als würde mit dem Umzug in eine Senioren-Wohngemeinschaft oder in eine stationäre Einrichtung automatisch eine besondere Schutzbedürftigkeit entstehen. Den Menschen wird die Entscheidung darüber, ob sie auf ihre Grundrechte verzichten wollen, genommen. Der Staat bestimmt vielmehr von Amts wegen, dass ein Mensch mit dem Umzug in eine Wohngemeinschaft oder eine Pflegeeinrichtung seine volle Geschäftsfähigkeit verliert.

RECHT AUF SELBSTBESTIMMUNG

Die Politiker auf Landesebene machen sich vor Ort ein Bild von Pflegeeinrichtungen und Wohngemeinschaften und von den Menschen, die dort leben. Sie stellen fest, dass ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner seine Angelegenheiten sehr wohl selbst entscheiden und regeln kann. Für den anderen Teil übernehmen dies Angehörige und rechtliche Betreuer. Es bedarf daher keines unerbetenen Sonderschutzes der Menschen, die in Pflegeeinrichtungen und Wohngemeinschaften leben.

Daraufhin werden die Landesheimgesetze umgehend neu gefasst. Der VDAB unterstützt diese Arbeiten. Er achtet darauf, Doppelprüfungen generell zu vermeiden. Das gelingt durch Verzicht auf einen Wettlauf der Prüfinstitutionen.

Die neuen Gesetze lassen die neuen Wohnformen von dem Heimrecht generell unberührt. Sie wahren die Grundrechte aller Bewohnerinnen und Bewohner. Das schließt den Verzicht auf staatliche Kontrollen in einer selbst gewählten Wohnform ein.



DIE WETTBEWERBSNACHTEILE DER PRIVATEN SIND POLITISCH GEWOLLT

Die Wettbewerbsnachteile der privaten Professionellen Pflege gegenüber den Wohlfahrtsunternehmen nimmt je nach politischer Couleur der Landes- und Bundesregierungen teilweise bizarre Formen an.

Das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) regelt, dass öffentliche Betriebskostenzuschüsse von der Pflegevergütung abzuziehen sind. Wohlfahrtsunternehmen, die dieselbe Pflege anbieten, wie private Einrichtungen, bekommen über ihre Verbände jedoch öffentliche Betriebskostenzuschüsse. Dennoch ist bisher in der jüngeren Vergangenheit kein Fall bekannt geworden, in dem die Kostenträger die gesetzlich vorgeschriebene Aufrechnung vorgenommen hätten. Ebenso wenig ist bekannt geworden, dass die Bundes- oder Landesaufsicht diese Wettbewerbsverzerrung abgestellt hätte.

Hinzu kommt, dass die Wohlfahrtsunternehmen in der Pflege oftmals Begünstigte von Schenkungen sind, z.B. von Autos. Weiterhin profitieren die Wohlfahrtsunternehmen von Erbschaften, dem Verkauf von Briefmarken, Sachspenden generell und Zuweisungen durch Gerichte. Auf die eine und andere Art und Weise kann dies in die Finanzierung ihrer Pflege einfließen. Unmittelbare Auswirkung hat dies auf den Umfang von Serviceleistungen, die Wohlfahrtsunternehmen „kostenlos“ erbringen können, und – noch wichtiger – auf den Mitarbeitermarkt. So ist es kein Wunder, wenn sich Wohlfahrtsunternehmen Tarifverträge „leisten“ können. Außerdem sind sie durch die Regelung zu den Übungsleitern im Vorteil.

Keine Landes- und Bundesregierung hat sich bisher daran gewagt, die finanziellen Privilegien der Wohlfahrt kritisch zu durchleuchten und auf Wettbewerbsneutralität hin zu korrigieren.

FAIRER WETTBEWERB = GLEICHE BEDINGUNGEN FÜR ALLE

Die Politik sieht ein: Die Wohlfahrtsunternehmen in der Pflege werden steuerlich, durch staatliche Förderung und arbeitsrechtlich gegenüber den Privaten zu Unrecht bevorteilt. Sie stellen nüchtern fest, dass sich die Nachfrage trotzdem immer mehr den Privaten zuwendet. Sie sehen daher keinen Grund, die alte Besserstellung aufrechtzuerhalten. Vielmehr wird der Grundsatz des europäischen Rechts, die Anbieter gleicher Leistungen rechtlich gleichzustellen, in deutsches Recht umgesetzt.

Der Behauptung der Wohlfahrt, dass die steuerliche, durch Zuweisungen finanzielle und arbeitsrechtliche Bevorzugung im Grundgesetz verankert wäre, wird endlich nachdrücklich entgegengetreten. Die einschlägigen Vorlagen der Monopolkommission der Bundesregierung werden zur Begründung der Gleichstellung von Privaten und Wohlfahrt genutzt.

Fairer Wettbewerb setzt ein.



DATENSCHUTZ IST EIN FREMDWORT FÜR KOSTENTRÄGER

Der Datenhunger der Kostenträger ist nach wie vor ungebrochen. Zwar haben die wiederholten Beanstandungen des VDAB wegen der Verletzungen des Datenschutzes z. B. von Krankenkassen teilweise Wirkung erzielt, ein flächendeckender Erfolg steht allerdings noch aus. Immer noch verlangen Krankenkassen in der ambulanten Versorgung von den Pflegediensten Wundprotokolle – anstatt von den behandelnden Ärzten. Bei Langzeit-Vitalwert-Kontrollen verlangen sie ebenfalls vielfach noch Daten ihrer Versicherten von den Pflegediensten – anstatt von den behandelnden Ärzten. Ähnliches gilt bei einer Veränderung der Medikation.

Sie fordern damit zum Rechtsbruch auf.

Die Kassensachbearbeiter wissen das.

Sie belasten damit sowohl die Pflegedienste als auch ihre Versicherten. Widersetzt sich der Pflegedienst der rechtswidrigen Forderung der Kassen, dann warten die Pflegebedürftigen z. T. wochenlang auf den Bescheid ihrer Kasse, ob sie die Kosten für eine ärztlich für notwendig erachtete Maßnahme übernimmt.

DIE KASSEN ORIENTIEREN SICH AM WOHL IHRER VERSICHERTEN

Alle Krankenkassen beherzigen den Grundsatz, dass ihr Versorgungsauftrag Vorrang vor ihren finanziellen Interessen haben muss. Das Scheinargument, über eine restriktive Genehmigungspraxis werde sorgsam mit den Mitteln der Versichertengemeinschaft umgegangen, wird endlich in die Mottenkiste verbannt.

Es gilt die Regel: „Im Zweifel für den Versicherten“. Zusätzliche Informationen, die die Versorgung verzögern, sind die Ausnahme, weil dem ärztlichen Sachverstand vertraut wird. Außerdem wird auf die Kenntnis von versichertenbezogenen Daten in den Kassenverwaltungen generell verzichtet. Soweit solche Daten zur Beurteilung der Notwendigkeit einer ärztlich verordneten Maßnahme herangezogen werden, erhalten ausschließlich die medizinischen Dienste diese Daten. Die geben ihre Stellungnahme gegenüber den Kassen ab.

Die Kassen regeln Entsprechendes mit den Abrechnungsstellen.



DIE PROFESSIONELLE PFLEGE WIRD ALS SOZIALPOLITISCHE RESERVE AUSGENUTZT

Der Professionellen Pflege wird zu Recht unterstellt, dass sie sich verantwortlich für ihre zu pflegenden Menschen fühlt. Die Erfahrung zeigt, dass sie keine durchgreifenden arbeitsrechtlichen Maßnahmen ergreifen wird, um ihre Interessen durchzusetzen. Tatsächlich wird es auch kein Pflegeunternehmen geben, das seinen Geschäftsbetrieb zur Durchführung politischer Interessen unterbricht.

Diese hohe Verantwortungsbereitschaft nutzen Politik und Kostenträger aus, um stolz auf das Funktionieren eines Gesundheitswesens zu verweisen, das angeblich das beste der Welt sei. Wenn irgendwo ein Mangel auftaucht, wie z.B. in der Sicherstellung der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie bei der Beschaffung von Medikamenten in stationären Einrichtungen, wird dies auf die Professionelle Pflege abgeladen. Eine Vergütung wird dafür ebensowenig bereitgestellt wie für die Koordinierungsleistungen der Pflegedienste in der ambulanten Versorgung, wenn die hausärztliche Versorgung hierbei Lücken lässt.

Diese Entwicklung ist auch das Ergebnis von Verbandspolitiken auf Einrichtungsseite, die von Konfliktvermeidung bis zu bewusster und in vielen Fällen nachteiliger Nähe zu Politik und Kassen reichen. Konsequente Interessenvertretung fällt so zu oft dem faulen Kompromiss zum Opfer.

DIE POLITISCHEN RAHMENBEDINGUNGEN WERDEN GRÜNDLICH VERBESSERT

Die konsequente Orientierung an den Interessen des pflegerischen Mittelstands und an denen, die täglich Verantwortung für ihre Mitarbeiter sowie die Pflegebedürftigen übernehmen, wird Leitbild aller Pflegeverbände. Die Politik des VDAB, sich an den „Weißen Seiten“ dieses Buches zu orientieren, macht Schule. Die Vertreter der Professionellen Pflege stimmen sich intensiver miteinander ab. Faule Kompromisse mit den Kostenträgern gehören der Vergangenheit an. Niemand geht auf Drohungen von Kostenträgern ein. Für den inhaltlichen gemeinsamen Leitfaden ist die

Charta der Professionellen Pflege in Deutschland

akzeptiert.

Auf ihrer Grundlage werden die politischen Entwicklungen analysiert und bewertet. Damit wird die Professionelle Pflege ein zuverlässiger und berechenbarer Partner in Gesellschaft und Gesundheitswesen.



Wenn Sie weitere Bereiche kennen, in denen der gesunde Menschenverstand regieren sollte, dann schreiben Sie uns bitte.



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 132 | 45219 Essen

Telefon 02054 95 78-0
Telefax 02054 95 78-40
info@vdab.de
www.vdab.de



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

DAS SCHWARZBUCH UND DAS WEISSBUCH

DER PRIVATEN PROFESSIONELLEN PFLEGE

2. überarbeitete und erweiterte Auflage

