

Fluch oder Segen?

Mindestlohn in der Pflege

► Hygieneprüfungen
bei Hessischen
Pflegediensten ► S.7

► Beantragen Sie
ggf. Kurzarbeit ► S.15



Einfach mehr drin:



Aral CardPlus.

Geballter Service zum einfachen Preis:
Das Komplett-System, das mehr kann.

Machen Sie mit unserer Aral CardPlus das Beste aus Ihrem Fuhrpark: mit optimaler Kontrolle und Sicherheit, übersichtlichen Analysen, europaweiter Flexibilität und dem größten Tankstellennetz Deutschlands. Und das ganz ohne Extrakosten. **Übrigens: Für Sie als Mitglied des ABVP gibt es besondere Konditionen.** Fragen Sie uns einfach.

Aral CardPlus: Einfach mehr drin. Zum einfachen Preis.



Alles super.



Susanne Steinröder
Vorsitzende

Liebe Mitglieder!

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

nachdem wir die Pflegemesse 2009 in Nürnberg erfolgreich hinter uns gebracht haben, möchten wir unser gutes „ABVP im Dialog“ turnusgemäß erscheinen lassen, auch wenn es aufgrund der Messeausgabe des „ABVP vor Ort“ nun deutlich schlanker vor Ihnen liegt.

Wie Sie sehen können, gibt es genügend interessante Themen, die wir Ihnen präsentieren können.

Seit der Aufnahme der Pflegebranche in das Entsendegesetz ist das Thema Mindestlohn in der Pflege in aller Munde. Grund genug, diesen Punkt zum Schwerpunktthema zu machen: Die Positionierung des ABVP e.V. ist das Titelthema der aktuellen Ausgabe.

Als neuen und künftig festen Bestandteil unseres Verbandsmagazins finden Sie in der vorliegenden Ausgabe erstmals die Rubrik „Pflegepraxis und QM“. Hier finden Sie nützliche Tipps und Praxishilfen für den Pflegealltag in Ihrem ambulanten Dienst und wertvolle Informationen aus dem Bereich Qualitätsmanagement und Umsetzung in die Praxis.

Impressum

ABVP im Dialog ist die offizielle Mitgliederzeitschrift des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege e.V. (ABVP e.V.), Hannover.

Herausgeber:

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., Hannover, Bundesgeschäftsstelle, Gosseriede 13, 30159 Hannover

Telefon: 0511 / 515 111-0
Telefax: 0511 / 515 111 – 8109
Email: dialog@abvp.de
Internet: www.abvp.de
v.i.S.d.P.: Geschäftsführender Vorstand des ABVP e.V.

Redaktion:

Thorsten Mittag,
Rudolf Pietsch, Lars Viereck,
Endris Björn Heimer

In diesem Zusammenhang und mit Verweis auf die PTVA (Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant) nach § 115 SGB XI möchte ich an dieser Stelle besonders auf unsere ambulanten Intensiv-Workshops aufmerksam machen, die wir ab Mai bundesweit veranstalten werden. Lesen Sie hierzu mehr in unserem Bericht auf Seite 16 und auf unserer Homepage www.abvp.de.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Bereich Betriebswirtschaft. Hier finden Sie einen interessanten Bericht zum Thema Kurzarbeit als effizientes Mittel bei reduzierter Auftragslage – auch in der Pflege.

Neben diesen und anderen spannenden und interessanten Themen gibt es außerdem wieder viele Neuigkeiten aus den einzelnen Bundesländern in unseren Länderberichten.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen der aktuellen Ausgabe des ABVP im Dialog.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Susanne Steinröder

Inhalt

Titelthema

- ▶ Mindestlohn

Justitia

- ▶ Urlaubsanspruch EuGH ▶ 4
- ▶ Betriebliche Übung ▶ 5

Pflegepraxis & QM

- ▶ BZ-Messung ▶ 6
- ▶ Das erste Mal kommt bestimmt ▶ 7

Länderberichte

- ▶ 8

Betriebswirtschaft

- ▶ Beantragen Sie ggf. Kurzarbeit ▶ 15

Veranstaltungen

- ▶ Veranstaltungstermine 16

Kurz notiert

- ▶ Freitags-Entlassungen ▶ 15
- ▶ Hygieneprüfungen bei Hessischen Pflegediensten ▶ 7
- ▶ Impressum ▶ 3
- ▶ Adressen und Erreichbarkeiten ▶ 16



Anzeigenschaltung „ABVP im Dialog“

Nähere Informationen erhalten Sie von
Jörg Pietschmann | Telefon: 034298/759-14
Email: pietschmann@systemprint.de

www.systemprint.de

Anzeigenkontakt:

Redaktion „ABVP im Dialog“,
Goseriede 13, 30159 Hannover,
Email: dialog@abvp.de

Layout + Druck:

System Print Medien GmbH,
Am Kellerberg 16, 04349 Leipzig
Telefon: 03 42 98 / 7 59 – 0
Telefax: 03 42 98 / 7 59 – 24
www.systemprint.de

Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Sofern nicht extra angegeben: ©2009 ABVP e.V.

– Irrtümer vorbehalten –

Mindestlohn in der Pflege

Fluch oder Segen?

Der Bundesrat hat bereits im Februar dieses Jahres zugestimmt, die Pflegebranche in das Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AentG) aufzunehmen. Damit stellt sich für uns als Arbeitgeberverband nicht mehr die Frage, ob wir den Mindestlohn befürworten, sondern „wie“ wir ihn befürworten können.

Der Staat vertritt die Ansicht, dass diese Ordnungsmaßnahme notwendig sei, da durch die zurückgehende Tarifbindung eine flächendeckende Sicherstellung von Mindeststandards nicht mehr gewährleistet ist. Er möchte damit das Lohndumping in Deutschland verhindern. Er möchte einem Zeitgeist entgegenreten in dem der Wettbewerb zum großen Teil über die Löhne der Beschäftigten geführt wird. Er wünscht sich einen fairen Wettbewerb über bessere Dienstleistungen, effizienteres Management und klügere Ideen. Soweit können wir den staatlichen Ansichten gerne folgen und diese vertreten. Man möchte geneigt sein anzunehmen, dass hier bereits der Gesetzgeber entsprechende Regelungen mit § 72 Abs. 3 SGB XI gefunden hat. Demnach sollte die Zulassung einer Einrichtung an die Einhaltung ortsüblicher Löhne gebunden werden. Der Gesetzgeber sieht i. d. R. dabei den Tarif vor Ort als Maßgabe.

Wir akzeptieren und befürworten eine angemessene Entlohnung unserer Arbeitnehmer. Es ist uns durchaus bewusst, dass die Form der Entlohnung im unmittelbaren Zusammenhang steht mit Einkommensarmut und sozialer Stigmatisierung. Höhere Löhne werden sich in der Zukunft auf eine Rentensteigerung und einer Steigerung von Sozialleistungen auswirken, also der Altersarmut entgegenwirken. Schon heute drückt eine angemessene Entlohnung die Wertschätzung des Arbeitgebers gegenüber dem Arbeitnehmer aus. Dem Arbeitnehmer schafft es Sicherheit und Vertrauen. Das ist insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund des akuten Fachkräftemangels notwendig. Der Pflegeberuf ist in diesem Bereich durch eine Vielzahl von Gründen besonders unattraktiv. Daher ist jede Regelung, die der Steigerung der Attraktivität auch in der ambulanten Pflege dient aus Berufsverbandssicht zu begrüßen. Schafft ein Mindestlohn – der ja kein Spitzenlohn darstellt – all das? Wovon reden wir hier also?

Es muss klar werden, dass wir hier über Mindestlöhne sprechen und nicht über Durchschnittslöhne. Weiterhin muss geklärt werden, für wen die Mindestlöhne gelten sollen? Für die gesamte Branche oder für den Bereich der angelernten Kräfte? Hier muss eine sinnvolle Festlegung gefunden werden. Es wurde bereits eine Expertenkommission zwecks Umsetzung der Gesetzesvorgabe gebildet. Die Kommission kann gemäß § 12 Abs. 4 AEntG im Rahmen von Empfehlungen zu Arbeitsbedingungen Mindestlöhne für unterschiedliche

Qualifikationen beschließen und auch regionale Unterschiede berücksichtigen. So birgt die alleinige Mindestlohnfestlegung für Hilfskräfte die Gefahr, dass sich berechnete Vergütungsunterschiede zu Fachkräften verschieben. Liegt der Hilfskraftmindestlohn zu hoch, muss der Unternehmer die Fachkraftvergütung nachjustieren. Die Festlegung auf alle Bereiche würde diesen Unterschied zwingend mit berücksichtigen.

Weiterhin stellt sich uns die Frage, warum Leiharbeitsfirmen ausgenommen werden. Wenn wir hier über fairen Wettbewerb sprechen, sprechen wir auch über die Einbeziehung der Leiharbeit. Die Union hatte die Forderung der SPD nach Aufnahme der Branche in das Entsendegesetz abgelehnt. Grundsätzlich kann für die Zeitarbeitsbranche nur noch eine Lohnuntergrenze über das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz erlassen werden.

Eine Akzeptanz der Einführung des Mindestlohns ist für uns als Arbeitgeberverband von entscheidenden Kriterien abhängig. Wir können nicht akzeptieren, dass private Trägerverbände nicht in die Kommission aufgenommen werden können. Wir forderten die Aufnahme unseres Verbandes, als einzigen bundesweit tätigen ambulanten Arbeitgeberverband, zumal sich etwa 60% der ambulanten Einrichtungen in privater Trägerschaft befinden. Im Entsendegesetz wurde explizit die ambulante (Kranken-)Pflege erwähnt, also muss auch dort unsere Stimme gehört werden. Wir haben unsere Forderung auf unterschiedliche Art und Weise angebracht. Eine Entscheidung hängt sich bislang einerseits an behördlicher Stase und andererseits am „jungen“ Stand des Gesetzgebungsverfahrens auf.

Eine weitere Frage, zu der auch wir uns noch immer um die Antwort drücken, ist die Höhe des Mindestlohnes. In der Öffentlichkeit werden bereits Zahlen verbreitet, die in der Höhe doch sehr weit auseinander gehen. Für welche Qualifikation frage ich mich? Uns sind Beträge bekannt von 7,00 € – 13,50 € Stundenlohn. Diese Schere zeigt sehr deutlich, dass die im vorherigen Absatz beschriebenen Kriterien noch in keiner Weise geklärt sind. Die Schere macht doch deutlich, dass eine Kommission nicht mit einer Summe rausgehen kann. Auch ist nicht geklärt über welche geographischen Bereiche Deutschlands wir sprechen. Es muss für Gesamtdeutschland eine sozialverträgliche Lösung gefunden werden. Sollen sich dabei „schwache“ Länder an „starken“ Ländern orientieren, oder umgekehrt?

Geht man von den „Klassikern“ der Argumentationshilfen zum richtigen oder „sozialen“ Lohn aus, müsste er sich unabhängig der Qualifikation eher am oberen Drittel der aufgeführten Skala bewegen. So ist bereits richterlich festgelegt worden, dass ein Lohn unterhalb 80% des örtlichen Tarifs sittenwidrig sei. Neuerdings haben wir wieder durch den DGB und ver.di gelernt, dass wir über Armuts-



Alle reden von Qualität

oder Prækariatslöhne sprechen, bewegen diese sich unterhalb von 2000€ brutto. Wie kommt dieser Betrag zu Stande? Bei genauerer Betrachtung stellen wir fest, dass die Erläuterung hierzu lautet, dass diese Marke prozentual unterhalb von 75 % eines durchschnittlichen Brutto-Vollzeiteinkommens liegt. Das Problem dabei ist der Durchschnittswert. Sie müssen sich vorstellen, dass hier möglicherweise Millionärsgehälter einfließen. Im Ergebnis haben wir also eine irgendwie geartete, künstliche Hochrechnung. Der Median relativiert das Ergebnis.

Wir hätten den Mindestlohn selber nicht gefordert. Eine Akzeptanz des Mindestlohns kann unsererseits erst erfolgen, wenn die Rahmenbedingungen zur Beteiligung und grundsätzlich zur Schaffung einer wirtschaftlich tragbaren Basis für ambulante Pflegedienste erfüllt sind:

- ▶ Aufnahme privater Trägerverbände in die Expertenkommission. Die Nichtbeteiligung ist ein verfassungswidriger Eingriff in die Tarifautonomie
- ▶ Refinanzierung über die Vergütung unserer Leistungen durch den Leistungsträger und Leistungsempfänger.
- ▶ Aufgabe der Bindung von Vergütungsverhandlungen an der Grundlohnsumentensteigerung, sondern leistungsgerechte Vergütung entlang von Gestehungskosten und amtlichen Preisindices.
- ▶ Bundeseinheitliche Vergütungsregelung und daraus schlussfolgernd: bundeseinheitliche Mindestlöhne

Erst wenn diese Fragen geklärt und die Rahmenbedingungen festgelegt sind, werden wir über Beträge sprechen. Vorher ist dies reine Spekulation und kann keine betriebswirtschaftliche Grundlage enthalten. Dieser Tendenz werden wir nicht folgen. Wir sind nicht schlauer als die Kommission erlaubt.

Generell akzeptieren wir in unserer Branche die Einführung eines sozialverträglichen Mindestlohns, wenn die vorangegangenen Voraussetzungen erfüllt worden sind. Sozialverträglich soll heißen, für den Arbeitgeber genauso wie für den Arbeitnehmer. Es wäre mit Sicherheit nicht Ziel führend, wenn noch mehr Unternehmen in die Insolvenz getrieben würden, nur weil die Rahmenbedingungen nicht geschaffen wurden. Abschließend die wohl generellste Formel, welche auf die Lohnfindung Anwendung finden kann: Ist der Mindestlohn zu hoch, kostet er Arbeitsplätze, ist er zu niedrig bleibt er wirkungslos.

▲
von Susanne Steinröhder



Reden Sie doch mit!

Das QM-Handbuch für die ambulante Pflege –

Information und Bestellung:
Tel.: 0511 / 515 111 - 0 · Email: qm@abvp.de



Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.

Wir sind die Ambulanten.

*) Preis für Mitglieder des ABVP e.V. für ein Handbuch in der nicht editierbaren Version; Preise für Nichtmitglieder und in der editierbaren Version auf Anfrage.

Urlaubsanspruch verfällt nicht

Urteil des EuGH vom 20.01.2009 (Az.: C 350/06)



Ein Bericht
von Sonja Schmitz

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg hat entschieden, dass Arbeitnehmer auch nach einer langen Krankheit Anspruch auf nicht genutzten Urlaub haben. Sie dürfen ihn entweder nachholen oder der Arbeitgeber muss ihnen die Urlaubstage nachträglich auszahlen.

In dem zugrunde liegenden Fall war der Kläger nach einer langen Krankheit frühverrentet. Wegen seiner langen Krankheit konnte der Kläger weder 2004 noch 2005 seinen Jahresurlaub nehmen. Bei seinem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis wollte er sich seinen Anspruch auf Jahresurlaub ausbezahlen lassen. Der Arbeitgeber weigerte sich mit dem Hinweis, dass der Jahresurlaub spätestens bis zum 31. März des Folgejahres genommen werden müsse.

Der EuGH hat im Ergebnis dem Kläger recht gegeben. Damit haben die EU-Richter mehrere Vorschriften im Bundesurlaubsgesetz für europarechtswidrig erklärt: Nach deutschem Recht erlischt der Anspruch des Arbeitnehmers auf bezahlten Jahresurlaub am Ende des betreffenden Kalenderjahres und spätestens am Ende eines Übertragungszeitraums, der – vorbehaltlich einer tarifvertraglich vorgesehenen Abweichung zugunsten des Arbeitnehmers – drei Monate beträgt. War der Arbeitnehmer bis zum Ende dieses Übertragungszeitraums arbeitsunfähig, muss der nicht genommene bezahlte Jahresurlaub am Ende des Arbeitsverhältnisses nicht finanziell abgegolten werden.

Der EuGH führt hierzu u. a. aus, dass der Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub nicht davon abhängig gemacht werden kann, dass der Arbeitnehmer während des in einem Mitgliedsstaat festgelegten Bezugszeitraums tatsächlich gearbeitet hat. Einem Arbeitnehmer, der während des gesamten Bezugszeitraums und über einen im nationalen Recht festgelegten Übertragungszeitraum krankgeschrieben ist, fehlt jede Möglichkeit, in den Genuss seines bezahlten Jahresurlaubs zu kommen. Der Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub bei Ablauf des Bezugszeitraums und/oder eines im nationalen Recht festgelegten Übertragungszeitraums darf folglich nicht erlöschen, wenn der Arbeitnehmer während des gesamten Bezugszeitraums krankgeschrieben war und seine Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende seines Arbeitsverhältnisses fortgedauert hat, weshalb er seinen Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub nicht ausüben konnte.

In Bezug auf den Anspruch auf eine bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses zu bezahlende Vergütung für bezahlten Jah-

resurlaub, den der Arbeitnehmer nicht nehmen konnte, ist diese Vergütung so zu berechnen, dass der Arbeitnehmer so gestellt wird, als hätte er diesen Anspruch während der Dauer seines Arbeitsverhältnisses ausgeübt.

Kommentar:

Der EuGH distanziert sich eindeutig von der bisherigen deutschen Rechtsprechung. Er differenziert zwischen Sinn und Zweck des Urlaubes – die Erholung – und andererseits dem Hintergrund der Krankschreibung – nämlich die Gesundung des Arbeitnehmers. Beides könne nicht in einen Zeitraum fallen. Vielmehr könne die mit dem Urlaub bezweckte Erholung erst zeitlich nach der während der Arbeitsunfähigkeit erfolgenden Genesung ihre Wirkung entfalten.

Hat aber der Arbeitnehmer, der über einen längeren Zeitraum hinaus wegen Arbeitsunfähigkeit in einem Prozess der Genesung war, tatsächlich einen Bedarf, Erholungsurlaub zu nehmen? Dient dieser nicht vielmehr als Unterbrechung und Möglichkeit, erholenden Abstand von der geleisteten Arbeit zu nehmen? Sofern der Arbeitnehmer über längere Zeit hinweg arbeitsunfähig erkrankt war, gestaltet sich hier nicht die Eingliederung in den Betriebsablauf noch ein Stück schwieriger? Und noch viel wichtiger gestaltet sich die Auswirkung auf den Arbeitgeber: Dieser handelt sicherlich vorausschauend, wenn er bei längerfristig erkrankten Arbeitnehmern Rückstellungen für Ansprüche auf Urlaubsabgeltung bildet. Gleichfalls muss er bei der Personalplanung nun noch perspektivischer denken: Der erkrankte Arbeitnehmer wird wegen seines Anspruchs auf Urlaubsabgeltung für weitere Zeit nicht als Arbeitskraft zur Verfügung stehen. Letztlich läuft dies darauf hinaus, dass der Arbeitgeber sich frühzeitiger als bisher Gedanken über eine mögliche Kündigung machen wird. Die Durchsetzung einer Kündigung könnte unter Umständen begünstigt sein, da der Arbeitgeber bekanntlich die Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen und seine Kostenbelastung darlegen und beweisen muss. Der weitere Ausfall des Arbeitnehmers wegen Urlaubsabgeltung könnte hier argumentativ herangezogen werden. Festzuhalten bleibt jedenfalls eine zusätzliche Kostenbelastung, welche auch die Pflegebranche trifft.

Alle Jahre wieder?

Gewohnheitsrecht für Sonderzahlungen vertraglich ausschließen

Vorbehalt im Arbeitsvertrag hat Vorrang vor Betrieblicher Übung

Nach der Rechtsprechung kann bereits eine dreimalige, regelmäßige Sonderzahlung zu einer Betrieblichen Übung führen. Diese wirkt wie eine einvernehmliche Änderung des Arbeitsvertrages. Es bedarf insbesondere keiner schriftlichen Niederlegung oder Vertragsanpassung. Freundlichkeiten, Überschwang des Arbeitgebers wird damit von einer vermeintlich unumkehrbaren Selbstverpflichtung auf Dauer sehr gebremst bzw. verleidet.

Das Bundesarbeitsgericht hat unlängst über die Forderung eines Arbeitnehmers auf Fortbestand eines sieben Jahre lang gezahlten Weihnachtsgeldes entschieden. Die maßgebliche Besonderheit bestand darin, dass bereits im Formulararbeitsvertrag der Hinweis gegeben wurde, wonach zusätzliche Leistungen neben dem monatlichen Gehalt freiwillig und mit der Maßgabe erfolgen, dass auch bei wiederholter Zahlung kein Rechtsanspruch für die Zukunft begründet wird. Dadurch wird das Entstehen eines Anspruchs des Arbeitnehmers auf die Zusatzleistungen aus betrieblicher Übung verhindert.

Das BAG führt aus, dass die Regelung im Arbeitsvertrag keinesfalls unwirksam ist, sondern auch nach der Schuldrechtsreform (früher wurde der Arbeitsvertrag keiner AGB-Prüfung unterzogen) jede vertragliche Bindung der Arbeitgeberin bei der Gewährung von Sonderleistun-

gen verhindert. Die Arbeitgeberin ist frei, jedes Jahr neu über das Ob und Wie von Sonderzahlungen zu entscheiden. Die gewählte Formulierung verstößt nicht gegen das Transparenzverbot des § 307 Abs. 1

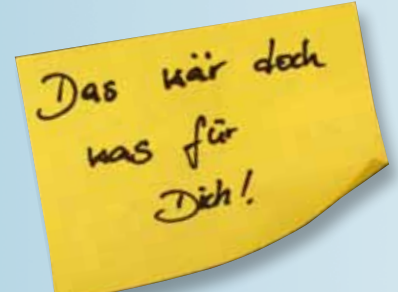
Satz 2 BGB. Bei einem klar und verständlich formulierten Freiwilligkeitsvorbehalt, der jeden Rechtsanspruch des Arbeitnehmers auf die Sonderzahlung ausschließt, fehlt es auch an einer „versprochenen Leistung“ im Sinne von § 308 Nr. 4 BGB. Da ohne verbindliche Zusage der Sonderzahlung eine Zahlungsverpflichtung von vornherein nicht begründet wird, verstößt der Freiwilligkeitsvorbehalt nicht gegen den Grundsatz „pacta sunt servanda“.

Mangels eines Anspruchs des Arbeitnehmers bedarf es weder einer Ankündigung noch einer Begründung des Arbeitgebers, warum er die Sonderzahlung in diesem Jahr verweigert.

Praxishinweis: Das BAG führt seine bisherige Rechtsprechung fort, wonach Freiwilligkeitsvorbehalte, sofern sie unmissverständlich formuliert, transparent und ohne Widerspruch zu anderen Regeln des Arbeitsverhältnisses sind, das Entstehen von Ansprüchen aus betrieblicher Übung verhindern können. ▲



Ein Bericht von Rudolf Pietsch



Die Revolution Ihrer Abrechnung

Das gab's noch nie: Jetzt erhalten Sie Ihr Geld schon vor der Pflege...

Einfach per Knopfdruck über egeko cash!

Und noch eine Revolution:

Gestalten Sie Ihre Abrechnung jetzt noch individueller, noch flexibler, noch vielseitiger...

Für jede Anforderung genau die passende Lösung: Die neuen Tarife bei opta data®!

Basis

Vorfinanzierung inkl. Rechnungsprüfung und -versand

BasisPlus

Vorfinanzierung inkl. Erstellung und Versand der Rechnungen

Klassik

Vorfinanzierung inkl. Leistungserfassung, Rechnungserstellung und -versand

Weitere Informationen erhalten Sie gebührenfrei unter 0800 / 678 23 28 oder auf www.optadata-gruppe.de

Hessische Pflegedienste aufgepaßt:

Prüfung ambulanter Pflegedienste nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Hessischem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst

Während sich bundesweit Inhaber, Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte ambulanter Pflegedienste auf die unangemeldeten Qualitätsprüfungen durch den MDK vorbereiten, gibt es in Hessen nun bei der Prüfung der Umsetzung hygienerelevanter Gesetze auch Arbeit für die Hygienebeauftragten ambulanter Dienste. Das Positive an den Prüfungen ist, dass sie im Voraus angekündigt werden.

Grundlage der Prüfungen sind § 36 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), die Biostoffverordnung (BiostoffV) und Gefahrenstoffverordnung und § 9 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD). Die Umsetzung der

Überwachung dient der Bekämpfung von arbeitsbedingten Erkrankungen im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Prüfung umfasst die Bereiche Hygieneplan, Reinigungs- und Desinfektionsplan, Schulung, Desinfektionsmittel, Handwaschplätze, Medizinprodukte bzw. Instrumentenaufbereitung, Impfangebote, Gefährdungsbeurteilung, Arbeitskleidung bzw. Schutzausrüstung, Lagerung allgemein/Sterilgut und die Ausstattung der Pflegedienst-PKW.

Auf unserer Homepage unter www.abvp.de steht eine Übersicht zum Download bereit, mit deren Hilfe Sie sich auf die Hygieneprüfungen vorbereiten können. In dieser Übersicht finden Sie außerdem die Quellverweise zur Erstellung der notwendigen Betriebsanweisungen.

ein Tipp von Endris Björn Heimer



Beispiel für eine ausgefüllte Verordnung
finden Sie auch unter www.abvp.de / Qualitätsmanagement

Verordnungsmanagement Heute

regelmäßige Blutzuckermessungen



Ein Bericht von
Endris Björn Heimer

Was können Pflegedienste tun, um zu einen reibungslosen Ablauf beizutragen?

Häufig werden ärztliche Verordnungen für regelmäßige Blutzuckermessungen deshalb abgelehnt, weil ambulante Pflegedienste im Vorfeld nicht ausreichend auf den Inhalt der Verordnung achten. In den meisten Fällen betrifft dieses Problem Patienten mit einem stark schwankenden Blutzuckerspiegel. Die Ablehnung der Kostenübernahme erfolgt häufig mit folgender Begründung, dass entweder die Verordnung entsprechend den Richtlinien nur bei der Erst- und Neueinstellung eines Diabetes nur bis zu

4 Wochen, bzw. nur im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie genehmigungsfähig ist, die Leistungen – mit Verweis auf § 12 SGB V – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen oder dass die Leistungen unter Umständen auch von im Haushalt lebenden Angehörigen übernommen werden können. Was können Pflegedienste im Vorfeld tun, um keine Ablehnung aus den genannten Gründen zu erhalten?

► Ablehnung mit Verweis auf Erst- und Neueinstellung

In der aktuellen Fassung des Richtlinienkataloges über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, die am 27.06.2007 in Kraft getreten ist, wird unter Punkt I (Grundlagen) Abs.3 beschrieben: „Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V sind in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen. [...]“ Die Öffnungsklausel für Einzelfälle vom 15.03.2007 beschreibt hierzu in den Erläuterungen: „Dazu zählen [...] Maßnahmen, die zwar im Leistungsverzeichnis vorgesehen sind, danach aber nur unter bestimmten, im Einzelfall nicht erfüllten Voraussetzungen verordnungsfähig wären, z.B. Blutzuckermessungen als Dauermaßnahme gemäß Nr. 11 des Leistungsverzeichnisses.“ (vgl. BSG, 26.01.2006, B 3 KR 4/05 R)

Demnach sind Blutzuckerkontrollen also auch dann genehmigungsfähig, wenn keine Um- oder Neueinstellung bzw. intensivierte Insulintherapie durchgeführt wird. Aus der eingereichten Verordnung muss in diesem Fall eindeutig hervorgehen, dass und warum der Patient nicht eingestellt werden kann. Dieses muss mit entsprechenden Diagnosen untermauert sein.

Sofern der behandelnde Arzt tatsächlich eine Neueinstellung beabsichtigt und die Insulintherapie aufgrund der durch Messung gewonnen Erkenntnisse anpassen möchte, darf dieser entscheidende Hinweis auf der Verordnung nicht fehlen. Hieraus resultiert eine genaue Dokumentation der Werte und Information an den behandelnden Arzt, der dann auf Nachfrage die zur Genehmigung erforderlichen Daten an die Krankenkasse weitergeben kann.

Die Übersendung der Blutzuckerprotokolle aus der Patientendokumentation des Pflegedienstes auf Anfrage an die Krankenkasse stellt einen Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen dar (vgl. AiD 1/08). Hilfsweise kann hier eine eigene Dokumentation des Patienten durch diesen an die Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden.

► Ablehnung mit Verweis auf intensivierte Insulintherapie

Sofern der Blutzuckerspiegel auch über 4 Wochen hinaus und trotz veränderter Therapie weiterhin starken Schwankungen unterliegt, und der Arzt zur Applikation eines zweiten Insulins rät, das zusätzlich, anhand eines Spritzenplanes und entsprechend dem gemessenen Wert in festgelegter Höhe verabreicht werden soll, sind bereits die Erfordernisse für die dauerhafte Genehmigung erbracht. Auch hier muss der entsprechende Verweis auf der Verordnung enthalten sein. Die intensivierte Insulintherapie erfordert einen ärztlichen Therapieplan, aus dem hervorgehen muss, wann wieviel von welchem Insulin wohin verabreicht werden soll.

► Ablehnung mit Verweis

auf Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V
Grundsätzlich ist es wichtig, dass aus der Verordnung hervorgeht, warum der Patient sich den Blutzucker nicht selbst messen kann. Hilfreiche Diagnosen sind hier zum Beispiel ein starker Tremor in beiden Händen mit Begründung, eine Sehschwäche des Patienten oder aber auch – gerade bei dem Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung – die mangelnde Compliance des Versicherten. Auf jeden Fall müssen auf der Verordnung Diagnosen dokumentiert sein, die eine Fähigkeit zur selbständigen Messung nachvollziehbar einschränken bzw. ausschließen.

Unter bestimmten Umständen kann die Anleitung des Patienten zur selbständigen Durchführung angezeigt sein. Im Falle der Genehmigung von Anleitungen sind diese durch den ambulanten Dienst zu dokumentieren. Sie dienen als Nachweis und ggf. Begründung für eine erfolglose Anleitung. Sofern eine Anleitung von vorneherein ausgeschlossen wird, ist auch dies mit Begründung auf der Verordnung zu dokumentieren.

► Ablehnung mit Verweis auf im Haushalt lebende Angehörige

Bezüglich der Forderung von Krankenkassen zur Übernahme leichter behandlungspflegerischer Tätigkeiten durch Angehörige, verweisen wir auf unser Rundschreiben vom 02.12.2007 zu diesem Thema. Hierin enthalten ist eine Handlungsanleitung für den Fall, dass Krankenkassen die Kostenübernahme für behandlungspflegerische Leistungen mit Verweis auf § 37 Abs.3 SGB V nicht genehmigen. Sofern Sie dieses Rundschreiben anfordern wollen, rufen Sie uns einfach an oder schreiben Sie uns eine Email.

Telefon: 0511 / 515 111 – 0, Email: dialog@abvp.de

Infos auch auf unserer Homepage www.abvp.de

MDK-Prüfung:

Das erste Mal kommt bestimmt.

ABVP e.V. unterstützt Sie bei MDK-Prüfungen

Erfahrungsbericht vom Inhaber eines ambulanten Pflegedienstes, notiert von Sascha Haltenhof

„Seit 15 Jahren sind wir auf dem Markt, haben einen guten Ruf und arbeiten gut mit den hiesigen Ärzten zusammen. Im Schnitt versorgen wir 70 Patienten. Die Zahl schwankt immer ein bißchen. Alle Patienten sind zufrieden mit der Pflege, wir haben immer viele Danksagungen und Weihnachtswünsche an unserer Pinnwand hängen. Es gibt immer mal Kleinigkeiten zu klären und auch Kritik. Das klärt sich aber schnell – ein Anruf, dann ist es meistens in Ordnung.

Es ist ein schönes Arbeiten, nicht immer ruhig, aber schön. Das Wichtigste ist, dass die Pflege stimmt und das Team harmoniert. Sicherlich müßten wir mal an unserer Dokumentation arbeiten, aber dazu bleibt im Pflegealltag kaum Zeit. Wir müssen ja auch noch auf die Wirtschaftlichkeit achten.

Ich dachte mir immer, dass der MDK ruhig kommen kann. Klar, auch wir haben zwei Patienten, die scheinbar nie so richtig zufrieden sind, aber die Angehörigen haben mir erst vor kurzem erklärt, dass sie früher schon so waren. Wahrscheinlich sind sie einfach einsam. Wir leisten schon gute Arbeit und sind noch nicht ein einziges Mal geprüft worden. Naja, mit dem neuen Pflegegesetz wird es wohl bald so weit sein.

Und dann kam die Anmeldung zur MDK-Prüfung, per Fax, gleich für den nächsten Tag.

Ich muss schon sagen, mein Herz schlug schneller als erwartet, irgendwie kam jetzt doch eine Unsicherheit auf: wie wird es laufen? Wie lange dauert die Prüfung? Sind sie unhöflich? Scheinbar hat der MDK eine Spürnase für prekäre Situationen: gerade jetzt ist meine Stellvertretung in Urlaub und eine weitere Mitarbeiterin ist krank! Aber ich habe mir **Unterstützung beim Berufsverband bestellt**. Ich bekam auch gleich einen Anruf und erste Fragen konnten wir schon am Telefon klären. Das be-

ruhigt schon sehr. Meine zuständige Ansprechpartnerin hat mir zum Beispiel den Tipp gegeben, schonmal Unterlagen rauszusuchen, wie z.B. Pflegekonzept, Ausbildungsnachweise und so.

Abends war die Prüfung dann vorbei, die haben in alle Ecken geschaut und unheimlich viele Fragen gestellt. 6 Patienten haben sie sogar besucht – und natürlich auch die beiden, die sich immer mal beschwerten. Die Spürnasen... Aber sie waren sehr freundlich, sie haben mir am Schluss sogar ganz genau erklärt, was fehlt und was verändert werden muss. Jetzt habe ich erstmal ganz viel zu tun. Die Prüfung lief aber wirklich gut.

Ein Satz hat aber gegessen: „Wir haben Defizite in der Ergebnisqualität festgestellt!“ Damit habe ich nicht gerechnet. Sie meinten Herrn M., seit 3 Wochen unser Patient. Schlaganfall, Diabetes und will nicht aus dem Bett raus. Wir versuchen schon lange, ihn davon zu überzeugen, aufzustehen. Den Dekubitus hat er aus dem Krankenhaus mitgebracht, den Arzt habe ich letzte Woche schon angerufen. Ich hatte es aber nicht dokumentiert und jetzt hängt es an uns. Noch so ein Satz war: „Sie sollten Ihre Verantwortung als Pflegedienstleitung genauer nehmen!“ Soll ich ein herrischer Chef werden? Die Dame vom Verband meinte hierzu, dass ich mein Unternehmen führen und lenken muss. Sie würde mir Unterstützung schicken, jemanden, der mir hilft, geeignete Instrumente zu entwickeln, die ich einsetzen kann, wie Mitarbeitergespräche und so weiter. Für das nächste Mal weiß ich Bescheid – eigentlich hat der MDK ja auch recht mit dem, was er sagt. Ein Außenstehender versteht die Zusammenhänge nur dann, wenn alles transparent ist. Ich habe mir jetzt ein **QM-Handbuch** bestellt und werde Seminare besuchen. Und dann – dann kann der MDK gerne wieder kommen, das nächste Mal wird es besser! “ ▲



Ein Bericht von Sascha Haltenhof

Ihre Wünsche...
sind unser Angebot

Wir sorgen für...

- ✓ Verbesserte Liquidität
- ✓ Kostenersparnis
- ✓ Zeitersparnis
- ✓ Transparenz
- ✓ Individuelle Betreuung
- ✓ Datenträgeraustausch



Über unsere zeitgemäße Serveranlage sind wir direkt mit den Datenannahmestellen der Kostenträger verbunden.

... einfach nur hanseatisch!
zuverlässig · solide · kompetent



Nutzen Sie
den Schlüssel
zum Erfolg!

Breitenweg 29-33
28195 Bremen
Tel. 0421 / 339 08 78
Fax. 0421 / 339 08 79
e-mail: info@as-bremen.de
Internet: www.as-bremen.de



Baden-Württemberg
von Jeannine Oetjen

Pflegestützpunkte

Der bislang einzige Modell-Pflegestützpunkt nach § 7 SGB XI in Baden-Württemberg wird seit September 2008 von der Stadt Denkendorf, im Kreis Esslingen, betrieben. Die neue Landeskonzeption sieht für die Anlaufzeit nur einen Stützpunkt pro Kreis vor, was viel zu wenig ist. Die Bürger zeigen sich interessiert, können aber mit nur einer Anlaufstelle pro Kreis nicht hinreichend bedient werden. Eine fortgeschrittene und vielfältige Angebotsstruktur könne ein einziger Stützpunkt gar nicht überschaubar. Nur eine örtliche Verankerung würde eine passgenaue Information liefern können. Deshalb versucht der Bürgermeister der Stadt Denkendorf über den baden-württembergischen Gemeindefesttag Einfluss zu nehmen, dass die dort zunächst festgelegten 50 Pflegestützpunkte für ganz Baden-Württemberg schnellstmöglich flächendeckend ausgeweitet werden. Die kommunalen Landesverbände haben zwar an der Kooperationsvereinbarung mitgestrickt, aber ihre Bedenken zu der verminderten Anzahl der Pflegestützpunkte in einer Protokollnotiz festgehalten.

Nach der Kooperationsvereinbarung seien 50 Pflegestützpunkte nur eine Ausgangsgröße, schrittweise sollen sie „flächendeckend“ eingerichtet werden. Zur Errichtung der Pflegestützpunkte ist die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (LAG-Pflegestützpunkte) vorgesehen, die über die regionale Trägerschaft der Pflegestützpunkte entscheidet. Gegründet wurde die LAG-Pflegestützpunkte von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie den Kommunalen Landesverbänden. Die Verbände der privaten Krankenversicherung könnten der LAG-Pflegestützpunkte beitreten. Den Verbänden der Leistungserbringer in der Pflege und den Verbänden der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen wird eine Mitwirkung angeboten. Das Ministerium für Arbeit und Soziales arbeitet beratend und moderierend mit.

Das Sozialministerium wird hierfür einen eigenen Verein gründen, dem alle Verbände als zahlende Mitglieder beitreten können. Es werden jedoch zunächst vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig berücksichtigt. „Zur Vermeidung von Doppelstrukturen bekommen die kommunalen Träger sozusagen das „Erstaufschlagsrecht“, erklärte die Ministerin. Erst wenn eine Errichtung eines Pflegestützpunktes unter Beteiligung eines kommunalen Trägers nicht zustande komme, erfolge die Errichtung durch die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte.

Es ist folglich zu hoffen, dass die zurzeit noch bestehende abwartende Haltung der Pflegekassen bald aufgegeben wird und eine ausreichende Anzahl von Pflegestützpunkten geschaffen wird. Die ambulanten Dienste haben jedoch nur geringe Aussichten auf eine Beteiligung an den Pflegestützpunkten. Sie können aber durch eine entsprechende Weiterbildung ihrer Mitarbeiter zu Pflegeberatern nach § 45 SGB XI eine eigene Beratung anbieten.



Bayern
von Jeannine Oetjen



Warnung vor einer Altenpflegeausbildungsumlage

Die Bayrische Arbeiterwohlfahrt (AWO) fordert erneut zur Bekämpfung des Fachkräftemangels ein Umlageverfahren, bei dem Unternehmen, die nicht ausbilden, Geld zahlen müssen, mit dem dann die Finanzierung der Ausbildung in anderen Einrichtungen unterstützt wird. Der ABVP tritt schon seit Jahren entschieden gegen die Einführung einer Altenpflegeausbildungsumlage im ambulanten Bereich auf und kritisiert, dass die landesrechtlichen Alternativen wie die Förderung von Umschulungsmaßnahmen nicht genutzt werden. Diese Auffassung wird auch von der Sozialministerin Christine Haderthauer (CSU) geteilt, die sagte, ein Umlageverfahren sei keine Lösung für den Fachkräftemangel. Damit wäre ein zu hoher bürokratischer Aufwand verbunden. Zudem seien 40 Prozent der Pflegeeinrichtungen in Bayern gegen eine Ausbildungsumlage, so dass mit zahlreichen Klagen zu rechnen wäre. Alternativ wolle die Politikerin mit den Leistungserbringern eine gemeinsame Selbstverpflichtung zu mehr Auszubildendenstellen vorantreiben.

Heimaufsicht heißt jetzt anders

Künftig nennt sich die Behörde, die regelmäßig Heime überprüft und überwacht „Fachbereich Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ (FQA). Zu dieser Namensänderung ist es nach Auskunft des Bayerischen Sozialministeriums durch das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) gekommen. Hiernach war die Namensänderung angebracht, da in das Gesetz auch Einrichtungsformen aufgenommen wurden, die nicht unter den klassischen Heimbegriff gefasst werden konnten, wie zum Beispiel ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung und betreute Wohngruppen. Folglich passe die Bezeichnung „Heimaufsicht“ nicht mehr und müsse dem Wandel der Pflege- und Betreuungslandschaft angepasst werden.



Berlin
von Thorsten Mittag



Pflegestützpunkte dem Ansturm nicht gewachsen?

Dem Einvernehmen zwischen Senat, Pflege- und Krankenkassen, sowie den Bezirken folgend sollten innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist von 6 Monaten nach Senatsbeschluss bzw. Auftragsvergabe die ersten 26 Stützpunkte stehen. Emsig wird seit Oktober/November 2008 daran gebastelt. Zur schnellen Sicherstellung werden bekannter Maßen die bestehenden Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in die Beratungsstruktur mit einbezogen. Schlussendlich sieht der Schlüssel insgesamt eine Dichte von 95.000 Einwohnern pro Pflegestützpunkt vor. Damit sollen dann bis 2011 noch zusätzlich 10 weitere Beratungs- und Anlaufstellen entstehen – pro Bezirk ca. 3 Einrichtungen.

Schon jetzt wird befürchtet, dass die an den Start gehenden „Pflegestützpunkte“ dem Ansturm nicht gewachsen sein werden. Ein absehbarer Missstand, denn die Einschätzung von u.a. Sozialstadtrat Stephan von Dassel (Grüne) beruht auf dreierlei Erkenntnissen: 1. Die zu beratende Zielklientel weitet sich aus. Künftig werden auch Personen mit Behinderungen konzentriert an diesen Punkten Versorgungsfragen stellen. 2. Diesen erweiterten tatsächlichen Anforderungen können die bereits tätigen Berater nicht gerecht werden. Sozial- und verwaltungsrechtlich, sozioökonomisch und disziplinär-fachlich wird primär eine wohnortnahe Versorgung und Betreuung der Gesundheitsförderung, Prävention, kurative, rehabilitative, medizinisch-pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, sowie die Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu koordinieren sein. 3. Dafür steht nur eine geringe Anzahl an Beratern mit sehr begrenzten Öffnungszeiten zur Verfügung. Bspw. im Wedding/Mitte wird der Pflegestützpunkt in der Reinickendorfer Str. 61 nur 16 Std./Woche geöffnet sein.

Von Dassel erwartet Enttäuschungen. Pflegestützpunkte seien ein „Etikettenschwindel“, da etwas Neues und somit etwas ganz anderes suggeriert würde. (Berliner Woche – Lokalausgabe Mitte, Nr. 16/20. Jahrgang, 2009)



Stephan von Dassel
(Bündnis 90/Die Grünen – Landesverband Berlin)



Brandenburg

von Rudolf Pietsch

Betreute Wohngemeinschaften

Das Sozialministerium hat im März 2009 einen Gesetzentwurf zum HeimG (Brandenburgisches Pflege und Betreuungswohngesetz) zur Beratung in den Landtag eingebracht. Die Regelung zu betreuten Wohngemeinschaften ist – wie in den meisten Bundesländern – unklar:

§ 1 Abs. 2: Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn mehrere volljährige Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder mit Behinderung in Trägerschaft oder durch Organisation eines Dritten gemeinschaftlich in räumlicher Nähe von einem Leistungsanbieter Pflege- oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt erhalten (unterstützende Wohnform).

§ 1 Abs. 3: Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf 1. unterstützende Wohnformen, die selbstverantwortlich geführt werden. [...]

Nach den bisherigen Erfahrungen und Pressemitteilungen mit der zuständigen Heimaufsicht wird die Auslegung der „Selbstverantwortlichkeit“ wenig großzügig erfolgen. Die Formulierung ist jedenfalls so gewählt, dass zunächst von einer unterstützenden Wohnform auszugehen ist. Die Heimaufsicht ist vom Nachweis ihrer Zuständigkeit befreit. Die Leistungserbringer oder entgeltlichen Unterstützer sollen beweisen, dass sie die Selbstverantwortlichkeit nicht gefährden. Gegen diese rechtsunsichere und damit wettbewerbsfeindliche bestehen grundsätzliche rechtliche Bedenken. Für die ambitionierten Leistungserbringer in Brandenburg wird das Gesetz keine Verbesserungen bringen. Weiterhin ist eine enge Absprache mit der Heimaufsicht bereits im Planungsstadium von kritischen Projekten unbedingt zu empfehlen.

MDK prüft unangemeldet

Der Druck der Medien in Brandenburg ist groß. Die Sozialministerin wehrt sich gegen Vorwürfe, die Heimaufsicht könne nicht alle Heime prüfen. Der Medizinische Dienst versucht sich insofern aus der Schusslinie zu halten. Dem Prüfer kann kein Vorwurf gemacht werden, wenn die Prüflinge schlecht bewertet werden. Mit guten Prüfungsergebnissen geht er jedoch ein Risiko ein. Er übernimmt im schwierigen Geschäft der kontinuierlich aufrecht zu erhaltenen Pflegequalität in gewisser Weise Gewähr für einen Leistungsanbieter. Selbst die Haftung für ein durch einen der häufigen Skandale widerlegtes Prüfungsergebnis ist nicht ausgeschlossen. Dazu kommt die Hektik von unangemeldeten Prüfungen, die nicht in den Betriebsablauf und Alltag des Pflegeanbieters eingebaut werden können. Bei diesen Rahmenbedin-

gungen ist es also kein Wunder, dass der Brandenburger Medizinische Dienst sich wenig Zeit nimmt, die betrieblichen Besonderheiten zu verstehen. Schneller geht es, „nicht nachvollziehbare“ Qualitätsbemühungen zu behaupten. Der ABVP hilft Ihnen unangemeldete Prüfungen bereits im Vorfeld zu planen und absolvierte Prüfungen richtig darzustellen, auch wenn die Begleitung bei unangemeldeten Prüfungen nicht immer möglich ist.



Hessen

von Sonja Schmitz

Auch in Hessen:

Vergütungsverhandlungen in Aussicht

Die Vergütungen in Hessen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (SGB V) werden aller Voraussicht nach mittels Verhandlungsaufnahme in Kürze eine Anpassung erfahren. Der ABVP beabsichtigt hier, legitimiert durch eine entsprechende Verhandlungsvollmacht seiner Mitglieder für diese eine höhere Vergütung zu verhandeln. Als schwierig dürfte sich hierbei die Verhandlung einer höheren Vergütung für Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI darstellen. Anlässlich von Gesprächen Ende des Jahres 2008, die zwischen den privaten Leistungserbringerverbänden und den Kassenvertretern geführt wurden, deutete sich eine Verhärtung der Fronten an, welche darauf schließen lässt, dass sich ein zähes Ringen ergeben wird. Zur Erinnerung: Im Zuge des zum 01.07.2008 in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hatte der Bundesgesetzgeber die Vergütung für Beratungseinsätze erhöht: 21 Euro für die Pflegestufen I und II, 31 Euro für die Pflegestufe III. Eine Umsetzung dieser Regelung auf Landesebene setzt wiederum eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Verbänden der Leistungserbringer einerseits und den Pflegekassen andererseits voraus. An dem Willen zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung auf Kassenseite mangelt es aktuell in Hessen noch.

Schiedsstellenentscheidung zur Vergütungsanpassung im SGB V

Die Schiedsstelle nach § 132a Abs. 2 SGB V (Häusliche Krankenpflege) hat kürzlich in einem Schiedsverfahren über eine Vergütungserhöhung entschieden. Ausschlaggebend war ein Antrag der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege, mit welchem diese eine Vergütungserhöhung in Höhe von 7,63% ab dem 01.01.2009 für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (inkl. Hausbesuchspauschale) forderte. Begründet wurde dies u.a. mit der Steigerungsrate der Personal- und Sachkosten für die Jahre 2008 und 2009. Die Kassenverbände ori-

entierten sich hierbei streng an die sog. marktübliche Vergütung, ausreichend wurde hier für 2009 die Grundlohnsumentensteigerung in Höhe von 1,41% angesehen. Die Schiedsperson hat im Ergebnis wie folgt entschieden: Die Vergütungen werden ab dem 01.01.2009 um 3,9% erhöht, ebenso die Vergütung für die Hausbesuchspauschale um 3,9% gesteigert. Die Schiedsperson ließ es in diesem Verfahren auf eine Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität ankommen. Dadurch wurde nach der Schiedsspruchbegründung die Unterfinanzierung der LIGA-Vergütung in den letzten Jahren berücksichtigt.

Zu berücksichtigen ist, dass es sich hierbei um ein allein zweiseitiges Parteiverfahren zwischen der LIGA und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen handelt. Eine unmittelbare Wirkung für andere Dienste in Hessen lässt sich hieraus nicht ableiten. Als wesentlich zu beachten gilt ebenfalls, dass der Schiedsspruch kassenseits beklagt wird. Andererseits könnte der Schiedsspruch jedoch auch als Argumentationsstütze für zukünftige Verhandlungen nützlich sein, da hier vom Ausnahmetatbestand in § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V Gebrauch gemacht wurde. Es bleibt zu hoffen, dass für höhere Vergütungen zukünftig Raum bleibt bzw. geschaffen wird.



Mecklenburg-Vorpommern

von Thorsten Mittag

Irritation: AOK Mecklenburg-Vorpommern zahlt Pflegediensten mehr?

Eine Pressemitteilung der AOK-MV vom 24.03.09 (dpa) ist ein Paradebeispiel falscher Informationspolitik der Pflegekassen gegenüber ihren Versicherten. Darin wird richtiger Weise verkündet, dass es eine Vergütungserhöhung (Erhöhung des jeweils individuellen Punktwertes um 3,7% im SGB XI) der ambulanten Pflegedienste im Land geben wird. Inhaltlich falsch ist hingegen die Verknüpfung mit der Aussage, dass die AOK-MV aufgrund dessen mehr als bisher für die zu Hause versorgten Versicherten ausgibt. Hier angeblich rund 2,5 Millionen € für 14.000 Pflegebedürftige / Jahr. Worin diese Steigerung tatsächlich begründet ist, wird nicht dargestellt.

Der mündige (betroffene) AOK-Versicherte greift zum Taschenrechner und errechnet für sich einen „Anteil“ von über 178 €. Bekanntermaßen zahlt die Pflegekasse sowieso im Rahmen der Pflegesätze, wie sie selbst sagt, „Höchstpreise“. Diese sind gedeckelt. Jede Erhöhung im SGB XI geht also immer hundertprozentig zu Lasten der Versicherten. Hier wird allerdings der Eindruck vermittelt, dass dies die AOK trägt.

Im Ergebnis rufen irrtümlich informierte Betroffene bei den Pflegediensten an und fragen, wie viel Leistungen sie nun mehr bekämen, da die Kasse den Pflegediensten ja mehr zahle. Der Frust wird dann schnell erzeugt, wenn genau Gegenteiliges beraten werden muss. Höherer Punktwert bedeutet, dass die Leistungen bei gedeckelten Pflegesachleistungen der Kassen teurer werden.

Diese Informationspolitik erzeugt einseitig Ärgernis und Misstrauen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegediensten. Der ambulante Dienst kann dann nur noch schwer erläutern, wie sich die tatsächliche komplizierte Vergütungsgestaltung ergibt. Der Dienst wird als Preistreiber dargestellt.

Tatsächlich müsste genau anders herum argumentiert werden: Aufgabe der Kasse wäre es darzustellen, dass die Preisanhebung bei ambulanten Pflegeleistungen, die der Kostenträger maßgeblich mit beeinflusst – so der politische Auftrag als Körperschaft – weit hinter der allgemeinen Verbraucherpreisentwicklung (amtliche VPI / Gesamtteuerung BRD – Preisindices, 2006–2008: 5%) in der BRD zurück bleibt. Genau genommen werden die Preise künstlich gering gehalten – hier zum Vorteil der Versicherten. Dabei sind die Sachkosten für den Pflegedienst nicht im gleichen Maße von den benannten Preisindices abgekoppelt, wie seine Vergütungssteigerung. Noch nicht berücksichtigt sind in dieser Betrachtungsweise steigende Personalkosten.



Vergütungsverhandlungen SGB V endgültig gescheitert

Nachdem es bei der letzten Verhandlungsrunde am 12. Dezember 2008 zu keiner Annäherung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Privaten Pflege Niedersachsen (LAG PPN, der auch der ABVP angehört), der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrt Niedersachsen (LAG FW) und den Kostenträgern gekommen war, gingen die Vertreter der Leistungserbringer bereits von dem Scheitern der Verhandlungen aus. Entgegen aller Erwartungen riefen die Krankenkassen jedoch zurück an den Verhandlungstisch, so dass die Vertragsparteien am 24. März 2009 erneut zu Gesprächen über die Vergütungsmodalitäten in der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGBV zusammentrafen.

Das Ergebnis war für beide Seiten jedoch wenig zufriedenstellend. Auf die Hauptforderung der LAGs, alle Leistungen entsprechend der gestiegenen Gestehungskosten um 5,9% anzuheben, gin-

gen die Kostenträger kaum ein. Dies obwohl die LAGs mit der Anpassung ihrer Forderung für die Wegepauschale von 10,2% auf die sonst geforderte Steigerungsrate von 5,9% ein Entgegenkommen signalisierten. Die Kostenträger boten wie zuvor eine Erhöhung aller Vergütungspositionen um 1,41%. Allerdings sollte eine Öffnung des § 7 des Rahmenvertrages für Hilfskräfte nun nicht mehr Vertragsbestandteil sein. Weiterhin sollte dieses Angebot nur bei einer Zusammenlegung der Wegepauschalen für „günstige“ und „ungünstige“ Zeiten zu einer Einheitswegepauschale i.H.v. 4,26 € Geltung erlangen.

Die Anhebung der Vergütungen, die sich nach der jeweiligen Grundlohnsomme richtet, gleicht die tatsächlichen Kostensteigerungen in einem Pflegedienst nicht aus. Um es zu verdeutlichen: Eine Steigerung der Vergütung um die angebotenen 1,41% würde nicht einmal den allgemeinen Kostenanstieg durch die Inflationsrate (Veränderung des Verbraucherpreisindex zum Vorjahr) ausgleichen. Diese lag in Deutschland schon für das Jahr 2008 bei einem Wert von 2,6%. Erklärtes Ziel der LAG PPN und LAG FW ist es daher, einen Vertragsabschluss über dem Grundlohnsommenniveau zu erreichen. Da die Kostenträger einen Vertragsabschluss über diesem Grenzwert kategorisch ausgeschlossen haben, wurde ihr Angebot abgelehnt. Die LAG PPN und LAG FW haben noch in der Sitzung die Verhandlungen für gescheitert erklärt und angekündigt, die Schiedsperson anzurufen. Über den Verlauf des Schiedsverfahrens werden wir Sie selbstverständlich auf dem Laufenden halten.

BKK stoppt Ausschreibung von ableitenden Inkontinenzprodukten

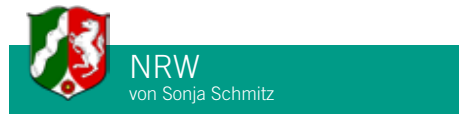
Der BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen und das bundesweite BKK Gemeinschaftsunternehmen spectrum|K entschieden, das europaweite Ausschreibungsverfahren für ableitende Inkontinenzhilfen aufzuheben. Damit zogen sie die Konsequenzen aus vorangegangenen Fehlversorgungen mit Hilfsmitteln.

Bis Ende letzten Jahres waren Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, Verträge mit Hilfsmittelanbietern öffentlich auszuschreiben. Das Resultat der abgeschlossenen Ausschreibungen war ernüchternd. Insbesondere bei aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln wurden viele Ausschreibungsgewinner und mit Ihnen die Krankenkassen massiv kritisiert. Betroffene, Verbraucherschutzorganisationen, ambulante Pflegedienste sowie stationäre Pflegeeinrichtungen beklagten unter anderem die mangelhafte Saugfähigkeit und Passform der Produkte, Lieferschwierigkeiten, eine schlechte Erreichbarkeit der Ausschreibungsgewinner sowie

die Tatsache, dass der Hauptzweck der Ausschreibung, nämlich eine kostengünstigere Versorgung mit diesen Artikeln zu erreichen, verfehlt wurde.

Eine ähnliche Fehlversorgung soll nun durch den Rückzug der Ausschreibungen vermieden werden. Die Versicherten können nun weiterhin selbst entscheiden, welches Homecare-Unternehmen oder Sanitätshaus sie mit Kathetern versorgt und wer sie bei der Auswahl und im Umgang mit ihren Hilfsmitteln schult und berät.

Der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen nutze die Gesetzesänderung, nach der es zum Jahresanfang erlaubt ist, von den Ausschreibungen abzusehen und mehrere Vertragspartner für die Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln einzubeziehen. Hierzu zitierte die Zeitung CARE konkret in der Ausgabe vom 27.03.2007 den Vorstandsvorsitzenden des BKK Landesverbandes, Hans-Hermann Runge: „Die hohen Qualitätsziele können wir nur umfassend und flächendeckend sicherstellen, indem wir die Ausschreibung aufheben und Verträge mit geeigneten Vertragspartnern schließen, die nah am Versicherten sind.“



Vergütungsverhandlungen im SGB V

Wie auch alle übrigen privaten Leistungserbringerverbände hat der ABVP im vergangenen Monat die Vergütungsvereinbarung nach § 132a Abs. 2 SGBV für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege gegenüber den Krankenkassen (Ersatz- und Primärkassen) gekündigt. Die bisher vereinbarten Preise gelten selbstverständlich bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung weiter. Die Aufforderung zur Verhandlung wird in Kürze an die Krankenkassen adressiert werden. Es wird beabsichtigt, hier gemeinsam mit anderen privaten Verbänden die Verhandlungen zu führen. Anfang April hatte die Geschäftsstelle West Sie darum gebeten, eine Verhandlungsvollmacht zu übersenden, damit der ABVP die Vertragsverhandlungen korrekt in Ihrem Namen führen kann. Es liegen nahezu alle Verhandlungsvollmachten vor, dennoch möchten wir an dieser Stelle nochmals an die Übersendung an die Geschäftsstelle West erinnern. Über den aktuellen Sachstand der Verhandlungen wird Sie Ihre Geschäftsstelle West umgehend informieren.

Verhandlung eines SGB V-Rahmenvertrages mit der ARGE Rheinische Betriebskrankenkassen

Der ABVP ist aktuell bestrebt, mit der ARGE Rheinische Betriebskrankenkassen einen Rahmenvertrag im Bereich der Häuslichen Krankenpflege

(SGBV) zu verhandeln. Die Verhandlung eines regionalen Rahmenvertrags für das Vertragsgebiet der ARGE Rheinische Betriebskrankenkassen ist notwendig, da hier aktuell noch ein vertragsloser Zustand herrscht. Die Verhandlungsvorbereitungen sind nahezu abgeschlossen. Zu klären ist aktuell, ob die privaten Leistungserbringerverbände gemeinsam mit den Leistungserbringerverbänden der Freien Wohlfahrtspflege verhandeln werden oder aber eine getrennte Verhandlung stattfinden wird. Der ABVP beabsichtigt hier zeitnah, möglichst bis zum Sommer 2009 einen Rahmenvertrag zu schließen. Auch hier werden Sie zeitnah und umfassend von Ihrer Geschäftsstelle West unterrichtet.



Rheinland-Pfalz
von Sonja Schmitz

Vergütungsverhandlungen SGB V und SGB XI

Für den ambulanten Bereich stehen die Leistungserbringer und die Kostenträger aktuell in Vergütungsverhandlungen für den Bereich SGB V als auch SGB XI. Die Vergütungsverhandlungen für ambulante Pflegeleistungen gemäß § 89 SGB XI sind nunmehr abgeschlossen. Die Verhandlungsparteien haben sich auf eine Erhöhung der Vergütung für ambulante Pflegeleistungen in Höhe von 4% geeinigt. Die Laufzeit der Vereinbarung ist vom 01.05.2009 bis zum 31.12.2009. Danach werden sich die Vertragsparteien erneut in Vergütungsverhandlungen begeben.

Die Vergütungsanpassung für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach SGBV stellt sich dagegen als schwierig dar. Das Angebot der Kassenvertreter lag bei einer Vergütungsanhebung in Höhe von 1,41%. Dies entspricht der Grundlohnsummensteigerung. Die Kassenvertreter argumentieren stur mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität: Nach gesetzlicher Vorgabe haben die Vertragspartner die Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden (§71 Abs. 1 Satz 1 SGBV). Die Leistungserbringer haben einheitlich – sowohl die Verbände der Wohlfahrt als auch der Privaten – das Angebot der Krankenkassen bisher als unzureichend abgelehnt. Und dies wohl überlegt: Eine Vergütungsanhebung in Höhe von 1,41% ist nicht dazu geeignet, die finanziellen Bedürfnisse ambulanter Pflegedienste im Ansatz abzudecken. Viele ambulante Pflegeeinrichtungen geraten aktuell in Existenznot. Bedenkt man alleine die Steigerung der Benzinkosten im Jahr 2008 in Verquickung mit einem vorgehaltenen Fuhrpark des Pflegedienstes, wird ersichtlich, dass enorme

Ausgabensteigerungen die Dienste getroffen haben. Viele Einzelleistungen erbringt der ambulante Pflegedienst zudem noch unentgeltlich nach dem „eh da-Prinzip“. Argumentativ bietet auch das Gesetz hier eine Ausnahmeregelung zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität, welche den Vertretern der Krankenkassen sicher bekannt ist, jedoch nicht zur Anwendung kommen soll. Eine weitere Feinheit gilt es im Bereich der Häuslichen Krankenpflege in Rheinland-Pfalz im ambulanten Bereich noch zu bedenken: Bislang existiert keine vertraglich vereinbarte Schiedsstelle, die bei Scheitern der Vergütungsverhandlungen angerufen werden könnte. Die Leistungserbringer beklagen dies bereits seit geraumer Zeit und ersuchen die öffentlichen Stellen verstärkt darum Gebrauch von ihrem Aufsichtsrecht zu machen. Sollte auch hier kein schnelles Vorankommen zu verzeichnen sein, ist ernsthaft zu erwägen, verstärkt in die Öffentlichkeit zu gehen, frei nach dem Motto: „Der Pflege geht die Luft aus“.



Saarland/Rheinland-Pf.
von Sonja Schmitz

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Palliativpflege

Anfang April 2009 haben sich Verantwortliche aus Luxemburg, dem Saarland und aus Rheinland-Pfalz zusammengefunden, um das Projekt „Interregionale Weiterbildungsakademie Palliativ Care“ (IWAP) ins Leben zu rufen. Sozialministerin Dreyer aus Rheinland-Pfalz, Marie-Josée Jacobs, Ministerin für Familie und Integration für das Großherzogtum Luxemburg sowie der saarländische Minister für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, Prof. Vingener stellten zusammen mit Projektpartnern aus den drei Regionen die Projektziele für eine patientenorientierte Palliativpflege und eine interregionale Aus- und Weiterbildung vor. Im Mittelpunkt des Projektes steht ein gleichmäßiges, qualitativ hohes Niveau der Weiterbildung nach einheitlichen Standards. Ein wissenschaftlicher Beirat wird das auf 3 Jahre angelegte Projekt begleiten und unterstützen. Die Bedürfnisse schwerstkranker Menschen, die sich in ihrer letzten Lebensphase befinden, sollen so nun endlich grenzüberschreitend in den Mittelpunkt gerückt werden. Mittels einer interregionalen Zusammenarbeit sowie einer Vernetzung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativpflege für Fachkräfte und Ehrenamtliche soll versucht werden, einer wachsenden Nachfrage an Angeboten der Palliativpflege zu begegnen.

Der ABVP wird Sie über den Fortgang des Projektes informieren.



Sachsen
von Rudolf Pietsch

Vergütungsverhandlungen SGB V

Die Krankenkassen konnten sich mit dem Ansinnen, Abschläge für „besondere“ Wohnformen einzuführen, nicht durchsetzen. Die Verbände der Wohlfahrtspflege mussten ihr ganzes Gewicht einbringen, um dies zu verhindern. Zu Recht hatten wir auf diese letzte Chance gesetzt, nachdem nicht organisierte Pflegedienste ungünstige Abschlagsregelungen bereits seit 2 Jahren hinnehmen müssen. Die Kompromisslösung lautet, die Wohlfahrtsverbände haben einen Ausschuss mit den Kassen gebildet, der einen Kompromiss finden soll. Zunächst einmal ist ein Kompromiss damit abgewehrt.

Es scheint zur Übung zu werden, dass irgendeine verhandelnde Krankenkasse, die möglicherweise von der überzogenen Verhandlungsführung die Nase voll hat, uns über das Verhandlungsergebnis gesondert informiert. Diesmal informierte uns der vdek darüber, dass seit April 2009 eine Vergütungsvereinbarung mit der Liga der Freien Wohlfahrtspflege abgeschlossen wurde. Der vdek bietet diese auch dem ABVP mit Laufzeit vom 1. Mai 2009 bis 31. Januar 2011 wie folgt an:

Leistungsgruppe I	Erhöhung um 1%
Leistungsgruppe II bis V	Erhöhung um 3%
Grundpflege/ Hauswirtschaft	Fortschreibung der bisherigen Preise

Einordnung der Leistung „Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung (ITEK) in die Leistungsgruppe IV

Wir erwarten, dass sich alle anderen Krankenkassen dem Angebot kurzfristig anschließen werden. Die AOK Plus über die Rechtsaufsicht zu einer kurzfristigen Vertragsänderung zu bewegen, hatte bereits beim letzten Mal mangels Interesse des Sozialministeriums keinen Erfolg. Die Verzögerungen mit diesem Kostenträger werden wir unserer Verhandlungstaktik schuldig bleiben. Förderlich war insoweit, dass wir die Verhandlungen der Wohlfahrtspflege nicht mit Zugeständnissen aus anderen Vertragsverhandlungen torpediert haben.



Sachsen-Anhalt
von Rudolf Pietsch

Verhandlungen mit den Pflegekassen

Die Strategie der Verhandlungsführer, die Vergütungsverhandlungen im Jahr 2008 vorzuziehen, hat sich ausgezahlt. Es stellte sich wieder einmal

heraus, dass auf schnelle Einigungen Streitigkeiten, die seit Jahren ausgetragen werden, nicht finden lassen. Die Leistungserbringer trugen vor, dass einige Leistungskomplexe mit höheren Punktzahlen bewertet werden müssten und endlich eine Lösung zum Ausgleich der Fahrkosten gefunden werden müsse. Die Pflegekassen jedoch sehen keinen Nachholbedarf. Sie versuchen jegliche Leistungsverbesserung durch umfangreiche Umstrukturierungsmodelle aufzufangen. Dies birgt die Gefahr der Zunahme von Bürokratie und Intransparenz. Positiv ist, dass die Verhandlungsführung der Leistungserbringer gemeinsam mit der Wohlfahrt an einem Strick zieht.

Schiedsperson für die Häusliche Krankenpflege

Die Suche nach einer Schiedsperson für die Häusliche Krankenpflege geht weiter. Sachsen-Anhalt ist eines der wenigen Bundesländer, die eine Geschäftsordnung der Schiedsperson vereinbart haben, welche die Bestellung von Schiedspersonen unabhängig von konkreten Vertragsstreitigkeiten ermöglicht. Die Regelung hat sich in konkreten Streitigkeiten noch nicht bewährt, da die erste bestellte Schiedsperson, gerade angerufen, das Amt niedergelegt hat. Auch die Stellvertreter standen plötzlich nicht mehr zur Verfügung. Der angeführte Streit hat sich inzwischen erledigt, eine neue Schiedsperson ist noch nicht bestellt.

Dies zeigt, wie schwierig es ist, ein Schiedsverfahren einzuleiten, wenn die Schiedsperson noch nicht vorhanden ist. Eine einvernehmliche Lösung ist der Benennung durch das Sozialministerium jedenfalls vorzuziehen. Die Leistungserbringer haben nun einen Sozialrichter aus Hamburg vorgeschlagen, als Richter im Dienst als neutral und geeignet einzustufen. Die Antwort der Krankenkassen steht noch aus.



Schleswig-Holstein
von Deniz Rethmann

Modellprojekt

zur Bekämpfung multiresistenter Erreger

Das Bundesland Schleswig-Holstein hat gezielte Präventionsstrategien zur Bekämpfung von MRSA entwickelt, die zunächst als Modellprojekt im Kreis Schleswig-Flensburg eingesetzt werden sollen. Die Abkürzung MRSA steht für Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus. Dies sind Bakterien, die gegen üblicherweise eingesetzte Antibiotika resistent sind. Besonders für Menschen, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder chronischen Krankheit regelmäßig Kontakt mit anderen Menschen wie Ärzten oder Pflegern haben, die wiederum häufiger mit anderen kranken Menschen Umgang pflegen, stellen diese Erreger eine gesundheitliche Bedrohung dar.

Um die Verbreitung des Erregers auf ein Minimalmaß einzudämmen, sind systematisierte Hygienemaßnahmen erforderlich. Ziel des Modellprojekts ist es, auf allen Ebenen die regionale Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure zu optimieren und auf diesem Weg die Kommunikation und Organisation der Präventionsmaßnahmen zu erleichtern. Dieses Ziel soll durch drei Kernelemente erreicht werden:

- ▶ Durchführung von Prävalenz-Untersuchungen und deren Auswertung,
- ▶ Schulungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen,
- ▶ EDV-Vernetzung mit dem Ziel eines zeitnahen und unproblematischen Datentransfers.

Die Ergebnisse der Prävalenz-Untersuchung stellen die Grundlage der Projektarbeit dar, da hier der Gegenstand der Arbeit, also wie häufig und bei wem MRSA-Infektionen auftreten, eruiert wird. Für die Eindämmung der Erreger unerlässlich ist auch die Aufklärung und Information von Beschäftigten im Gesundheitswesen. Denn ein sachgemäßer Umgang mit Betroffenen kann nur bei frühzeitigem Erkennen einer Infektion und ihrer richtigen Behandlung erreicht werden. Insbesondere die speziellen Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Weiterverbreitung von multiresistenten Erregern spielen hierbei eine wichtige Rolle. Schließlich soll ein zentrales, elektronisches Informationsportal aufgebaut werden, das allen Einrichtungen des Gesundheitswesens einen optimalen Wissenstransfer ermöglichen soll. In diesem Rahmen wird weiterhin beabsichtigt, erarbeitete Präventions- und Therapiekonzepte einzustellen, die zur Qualitätsverbesserung in der Behandlung betroffener Patienten beitragen sollen.



Thüringen
von Rudolf Pietsch

Thüringer Technik ganz vorne

Die Technische Universität Ilmenau, Fachbereich Neuro-Informatik und kognitive Robotik teilt mit, dass sie zurzeit einen Assistenzroboter an einem Erfurter Seniorenheim testet. Schon 2011 soll er marktreif sein. Die Lösung des Fachkräftemangels?

Der Pflegeassistent soll einmal die Einnahme von Medikamenten kontrollieren können und bei Langeweile Spiele anbieten. Dabei analysiert er ständig die Bewegungen der Bewohner und registriert aufmerksam Unregelmäßigkeiten wie Stürze oder den ungewöhnlich langen Mittagsschlaf. Im Notfall alarmiert er dann den Arzt oder die Familie. Ein künstlicher Gedächtnistrainer und Aufpasser also, der eines Tages Leben retten soll.

Einschränkend wird mitgeteilt, dass die Erfurter Senioren kritisch reagieren. Die Wissenschaftler erklären sich dies damit, dass diese Generation nicht mit Technik aufgewachsen ist. Horos (von Home Robot System) seien im Grunde für zukünftige Generationen. Freude kommt insofern schon jetzt auf, weil die Europäische Kommission sich am Projekt des Ilmenauer Fachbereichs Neuro-Informatik und kognitive Robotik mit 1,25 Millionen EURO beteiligt. Insgesamt sind damit 18 Forscherteams aus sieben Ländern beschäftigt.

Pflege-Fachberufe-Weiterbildungsverordnung auf dem Weg

Das federführende Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat aktuell und überraschend einen Entwurf der Thüringer Verordnung zur Durchführung der Weiterbildungen in den Pflege-Fachberufen zur Diskussion gestellt. Nachdem seit vielen Jahren über die sinnvolle Gestaltung der Weiterbildungen beraten wurde, schien das Interesse der Behörden seit geraumer Zeit nachgelassen zu haben, die Praktikerinformationen in sinnvolle Handlungsanleitungen zu formen. Anscheinend weit gefehlt, das Ministerium spricht nun von „dringlichem“ Regelungsbedarf.

Die Methodik zur erstrebten Verbesserung der Weiterbildungsqualität erscheint jedoch kritikwürdig. Zielten die Beratungen im Vorfeld auf eine Verbesserung der Schulungsqualität ab, sollen nun harte Prüfungskriterien lediglich indirekt einen Anreiz für ein verbessertes Schulungsangebot schaffen. Doch wenn ungenügende Prüfungskandidaten die Lehrer in Verlegenheit bringen sollen, werden Ausbildungsmissstände letztendlich auf dem Rücken der motivierten Schüler ausgetragen.

Ziel der Verordnung ist es, die gegenseitige Anerkennung der Weiterbildungen innerhalb der Länder durch eine bessere Vergleichbarkeit der Weiterbildungen zu erreichen. Gerade deshalb ist es unverständlich, warum die Landesregierung beispielsweise mit 468 h Weiterbildung für die ambulante Pflegedienstleitung über die Üblichkeiten hinaus gehen will. Wir werden darauf aufmerksam machen müssen, dass die fehlende Anerkennung von 460h Ausbildungen aus anderen Bundesländern die Attraktivität des Freistaats nicht gerade erhöht. Im Übrigen werden Übergangsregelungen für alle bisher in Thüringen tätigen Pflegedienstleitungen erforderlich.

Geregelt wird in der Verordnung die Weiterbildung zum Praxisanleiter (224 h), die Pflegedienstleitung stationär (724 h) und ambulant (468 h), die Weiterbildung zur Fachkraft für Geriatrie (720 h), Gerontopsychiatrie, Palliativversorgung (250 h) und Hygiene (660h/302 h außerhalb Krankenhaus).

Beantragen Sie ggf.

Kurzarbeit

Immer wieder geraten Pflegedienste in eine wirtschaftliche Schieflage, weil sich ein plötzlicher, aber umfangreicher Kundenverlust ergibt.

Die saisonalen Hintergründe sollen vorliegend keine Rolle spielen. Jedenfalls ist der Ausfall von erforderlichen Pflegeleistungen nicht vorhersehbar. Das Problem ist, dass die Personalkosten weiterlaufen und die Mitarbeiter möglicherweise nicht mehr beschäftigt werden können. Dienstplanänderungen und der Abbau von Überstunden sind nur in begrenztem Maße möglich. Deshalb kann der Arbeitgeber leicht in Annahmeverzug geraten. Er muss Lohn bezahlen, obwohl die Mitarbeiter nicht produktiv beschäftigt werden können und somit Einkünfte einspielen.

Überrascht konnten wir Anfang des Jahres aus der Automobilindustrie lernen, dass diese zunächst Kurzarbeitergeld vom Arbeitsamt bekommen haben, und unmittelbar danach wieder Überstunden erarbeitet und Sonderschichten eingerichtet wurden. Das bezogene Kurzarbeitergeld muss offensichtlich nicht zurückgezahlt werden.

Wie uns von Mitarbeitern der Arbeitsagenturen bestätigt wurde, ist die Beantragung von Kurzarbeitergeld grundsätzlich auch für Pflegedienste möglich. Diese müssen dann die wirtschaftlichen Verhältnisse, die überraschend und unvorhersehbar eingetreten sind, darstellen. Gelingt dies, können erhebliche Zuschüsse erwirkt werden.

Wichtig ist, dass für den diesbezüglichen Antrag die zuständige Arbeitsagentur anzusprechen ist. Ist der zuständige Ansprechpartner erst ermittelt, wird er zielführend auf die Vorlage weiterer, erforderlicher Unterlagen hinwirken. Insoweit sollte der persönliche Kontakt frühestmöglich gesucht werden.

Grundsätzlich ist die Gewährung von Kurzarbeitergeld von folgenden Voraussetzungen abhängig (§§ 169-182 SGB III):

- ▶ Es muss ein erheblicher Arbeitsausfall mit Entgeltausfall vorliegen.
- ▶ Die betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein.
- ▶ Der Arbeitsausfall muss angezeigt worden sein.

Dabei liegt erheblicher Arbeitsausfall dann vor, wenn er

- ▶ auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht,
- ▶ er vorübergehend ist,
- ▶ er nicht vermeidbar ist und
- ▶ im jeweiligen Kalendermonat mindestens ein Drittel der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von jeweils mehr als 10% ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen sind.

Die betrieblichen Voraussetzungen betreffen die Arbeitgebereigenschaft, der die regelmäßige Beschäftigung von mindestens einem Arbeitnehmer zugrunde liegt.

Die persönlichen Voraussetzungen sind gegeben, wenn

- ▶ der Arbeitnehmer nach Beginn des Arbeitsausfalls eine versicherungspflichtige Beschäftigung fortsetzt,
- ▶ das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt oder durch Aufhebungsvertrag aufgelöst ist und
- ▶ der Arbeitnehmer nicht vom Kurzarbeitergeldbezug ausgeschlossen ist.

Wie einführend bereits erörtert, sollten die individuell zutreffenden Voraussetzungen und Antragsbestimmungen mit der zuständigen Arbeitsagentur frühestmöglich besprochen werden. Die angeführten Hinweise sind insoweit nur als Rahmen zu sehen und sollen Ihnen einen Eindruck über die Möglichkeiten zur Beantragung von Kurzarbeitergeld geben. Im Zweifel sollten Sie also den Antrag frühestmöglich stellen und versuchen, Kurzarbeitergeld gewährt zu bekommen. Wir wünschen viel Erfolg bei der Bewältigung Ihrer kurzfristigen wirtschaftlichen Krise.

▲
von Rudolf Pietsch



Kurz notiert

Freitags-Entlassungen werden zunehmen

Der Trend zur Zunahme von Freitags-Entlassungen ist nicht nur in der Praxis feststellbar, sondern wird nun auch durch höchst richterliche Entscheidungen verstärkt. Aus dem Rechtskreis der Krankenhäuser wird berichtet, dass das Bundessozialgericht den Krankenhäusern die Beweislast für die medizinische Notwendigkeit des Wochenendaufenthalts im Einzelfall aufgebürdet hat (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, Az.: B 1 KN 3/08 R R). Damit trägt das Krankenhaus das Risiko der Nichterweislichkeit der Behandlungsbedürftigkeit am Wochenende. Dieses wird zusätzlich dadurch erhöht, dass das Bundessozialgericht eine nachträgliche Überprüfung der Notwendigkeit einer stationären Versorgung am Wochenende für zulässig hält. Es ist den Kliniken deshalb nicht zu verdenken, wenn sie „im Zweifel“ noch einen panischen Entlassungsversuch am Freitagnachmittag starten.

Krankenhausverordnungen

Gemäß Ziff. 11 Satz 2 der Richtlinien für häusliche Krankenpflege nach § 92 SGB V können Krankenhausärzte häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus verordnen. Dies muss den Krankenhausärzten vermehrt bekannt gemacht werden. Soweit die Verordnung des Krankenhausarztes am Freitagnachmittag versäumt wurde und eine pflegerische Weiterbehandlung deshalb nicht möglich ist, sollte insoweit Kontakt mit dem Krankenhausarzt aufgenommen werden, was bis zur Wiedereinweisung des Patienten führen kann.

Gemäß Ziff. 31 der HKP-Richtlinie kann der Krankenhausarzt anstelle des Vertragsarztes für die Dauer bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktages verordnen (Dienstag). In den Landesmitgliederversammlungen wurde bereits von positiven Erfahrungen berichtet. Entscheidend ist, dass die Krankenhausärzte Kenntnis von ihren Befugnissen erhalten.

kurz notiert von Rudolf Pietsch

Landesmitglieder- versammlungen

mit Qualitätszirkeln

Qualitätszirkel				
Bundesland / LMV	Thema: Schmerz	Thema: Sturz	Thema: MDK	Thema: Ernährung
Baden-Württemberg	14.01.09	16.09.09	11.03.09	08.07.09
Bayern	27.01.09	29.09.09	21.04.09	26.05.09
Berlin		n.n.	19.03.09	28.05.09
Brandenburg		n.n.	n.n.	n.n.
Hessen	09.12.08	20.01.09	21.04.09	25.08.09
Mecklenburg- Vorpommern	12.12.08	27.11.09	12.06.09	04.09.09
Niedersachsen	n.n.	n.n.	28.04.09	n.n.
Nordrhein-Westfalen	29.01.09	19.11.09	29.04.09	26.08.09
Rheinland-Pfalz	27.01.09	10.12.09	14.05.09	23.09.09
Sachsen	11.06.09	30.09.09	26.11.09	15.09.09
Sachsen-Anhalt		09.12.09	27.05.09	09.09.09
Schleswig-Holstein	n.n.	n.n.	13.05.09	n.n.
Thüringen	12.05.09	15.09.09	15.05.09	24.11.09

Veröffentlichung der MDK-Prüfberichte

ABVP QM- & Transparenzinitiative: Ambulanter Intensiv-Workshop:

Nur ein Gesamtpaket zeigt Ihnen, wo Sie mit der Qualität und der Transparenz (PTVA) in Ihrer Einrichtung stehen. Nutzen Sie einen der bundesweit angebotenen ambulanten Intensiv-Workshops und erfahren Sie praxistauglich mehr zu den wesentlichen Bestandteilen und Selbstprüfungsmöglichkeiten, sowohl bei MDK-Prüfungen, als auch bei der Veröffentlichung von Prüfberichten:

- ▶ PflegeTransparenzvereinbarung Ambulant § 115 SGB XI
- ▶ MDK/Qualitätsprüfungsrichtlinie
- ▶ Vor- und Nachbereitung von unangemeldeten MDK-Prüfungen
- ▶ Vermeiden von kostenpflichtigen Wiederholungsprüfungen
- ▶ ABVP QM-Konzeption – das ambulante QM-System
- ▶ ABVP Qualitätszirkel vor Ort

Hannover - 07.05.2009 | Mainz - 08.05.2009 | Karlsruhe - 11.05.2009 | Stuttgart - 12.05.2009 |
Nürnberg - 18.05.2009 | München - 19.05.2009 | Rostock - 26.05.2009 | Gelsenkirchen
- 08.06.2009 | Bonn - 09.06.2009 | Bremen - 10.06.2009 | Kassel - 15.06.2009 | Gera -
16.06.2009 | Magdeburg - 17.06.2009 | Berlin - 18.06.2009

Der Preis beträgt 34,-€ für Mitglieder des ABVP e.V. und 49,-€ für Interessenten. Im Preis enthalten sind Handout mit Seminarunterlagen, CD-Rom mit Selbstüberprüfungs-Tool – PTVA. Im Anschluss an den Workshop erhalten Sie ein Teilnahmezertifikat. **Anmeldung und weitere Informationen unter: (0511) 515 111 - 0**

Adressen und Erreichbarkeiten

Bundesgeschäftsstelle

Goseriede 13 · 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 515 111 – 0
Telefax: 0511 / 515 111 – 8109
Email: dialog@abvp.de
Internet: www.abvp.de
erreichbar: Mo., Di., Do.: 9:00 Uhr bis 17:00 Uhr
Mi.: 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr
Fr.: 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr

Endris Björn Heimer |
Referent des geschäftsführenden Vorstands
Maïke Beisner | Referat Recht
Elisabeth Gruber-Schulz | Büroleitung
Sascha Haltenhof | Referat Marketing
Joanna Hauss | Mitgliederverwaltung
Sylvia Statkus | Empfang Sekretariat
Manuela Zotter | Buchhaltung

ServiceStelle

Goseriede 13 · 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 515 111 – 0
Telefax: 0511 / 515 111 – 8109
Email: service@abvp.de
Ansprechpartner: Elisabeth Gruber-Schulz
erreichbar: Mo. bis Fr.: 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Geschäftsstelle Nord

Goseriede 13 · 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 515 111 – 120
Telefax: 0511 / 515 111 – 8129
Email: reg.nord@abvp.de
erreichbar: Mo. bis Do.: 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr
Fr.: 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr
Deniz Rethmann | Länderreferentin Nord
Joanna Hauss | Sekretariat

Geschäftsstelle Ost

Tieckstrasse 37 · 10115 Berlin
Telefon: 0511 / 515 111 – 130
Telefax: 0511 / 515 111 – 8139
Email: reg.ost@abvp.de
erreichbar: Mo. bis Do.: 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr
Fr.: 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr
Thorsten Mittag | Länderreferent Ost,
Referent für Bundesangelegenheiten
N.N. | Sekretariat

Geschäftsstelle Mitte

Löberwallgraben 9 · 99096 Erfurt
Telefon: 0511 / 515 111 – 140
Telefax: 0511 / 515 111 – 8149
Email: reg.mitte@abvp.de
erreichbar: Mo. bis Do.: 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr
Fr.: 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr
Rudolf Pietsch | Geschäftsführer
Sabine Richter | Sekretariat

Geschäftsstelle West

Schusterstraße 15 · 55116 Mainz
Telefon: 0511 / 515 111 – 150
Telefax: 0511 / 515 111 – 8159
Email: reg.west@abvp.de
erreichbar: Mo. bis Do.: 9:00 Uhr bis 17:00 Uhr
Fr.: 9:00 Uhr bis 14:00 Uhr
Sonja Schmitz | Länderreferentin West
Marita Metzner | Sekretariat

Geschäftsstelle Süd

Schwanthalerstrasse 14 · 80336 München
Telefon: 0511 / 515 111 – 160
Telefax: 0511 / 515 111 – 8169
Email: reg.sued@abvp.de
erreichbar: Mo. bis Do.: 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr
Jeannine Oetjen | Länderreferentin Süd
Christine Hain | Sekretariat