



Zugangsvoraussetzungen  
für Pflegeausbildung herabgesetzt

# Öffnung für Hauptschüler

▶ Fachkräftmangel ▶ S. 8

▶ Die MDK-Kummer-Servicenummer ▶ S. 18



# 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 Steinröhder  
Bundesgeschäftsführerin

## Liebe Mitglieder!

Beim Hauptstadtkongress wurde es plötzlich hektisch. Gerade als die Vorträge über Pflege- und Ausbildungsqualität beginnen sollten, verbreitete sich die Nachricht, dass die Ausbildung zur Krankenpflege vom Bundestag für Hauptschüler geöffnet worden sei. Bevor die Nachricht bestätigt wurde, kam schon die erste begrüßende Pressemitteilung eines Pflegeverbands heraus. Auf den allgemeinen Protest, der bis zum Vortragsverzicht einiger Referenten ging, beschwichtigten die Politiker zunächst. Und dann, war es doch so. Was wir von der Übereiferigkeit des Gesetzgebers halten, haben wir in unserem Titelthema zusammengefasst.

Der unachtsame Umgang mit der Pflege zeigt sich auch bei der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Die ist seit einem Jahr im Gange und ein Ende ist noch nicht in Sicht. Die Kassen versuchen mit dem MDK ihr eigenes Süppchen zu kochen. Richtlinien werden erlassen, ohne dass zukunftsweisende Regelungsbestandteile offengelegt werden. Überall ist die Wachsamkeit der Verbände gefragt. Dies hat der Referent für Bundesangelegenheiten, Herr Mittag, kommentiert.

Wir verfolgen die Ereignisse sehr aufmerksam und sind bei den Geschehnissen vor Ort. Aber wir vergessen auch Ihre aktuellen Probleme nicht. Sie müssen jetzt mit den Bestimmungen umgehen. Dabei helfen wir Ihnen. Wenn der MDK sich kurzfristig bei Ihnen anmeldet und Sie die Unsicherheit überfällt, rufen Sie doch unsere **ABVP-Hotline** für unangemeldete MDK-Prüfungen an:  
**Tel. 01805/22 87 38.** Lesen Sie dazu unseren Artikel auf Seite 18.

Nicht unwichtig sind auch die Gespräche mit den Verbraucherschützern und unseren Dauerkritikern. Wir freuen uns, dass es uns gelungen ist, diesmal den Pflegeexperten und Anwalt der Versicherten Claus Fussek für ein Interview des AID zu gewinnen.

Neben der weiteren, großen Politik und unserem Anstoß zur Diskussion über den Fachkräftemangel haben wir uns wie immer bemüht, Alltagsprobleme aufzugreifen und Tipps zu geben. Sie werden in diesem Heft Hinweise zu den Neuerungen beim ABVP Qualitätshandbuch finden, und Tipps zum Aufwandsersatz für ein Katheterset. Die Rubrik Justitia hat ein Urteil zur Bedeutung von Pflegemängeln für den Bestand des Versorgungsvertrages aufgegriffen und vieles mehr ...

Viel Spaß darüber hinaus bei den länderbezogenen Berichten Ihrer Referenten in den Regionalgeschäftsstellen, die neben der Redaktion auch zu dieser interessanten Ausgabe des ABVP im Dialog beigetragen haben. Wir kümmern uns um Ihre Fragen und Probleme. Wenn Sie über das AID hinausgehende Fragen haben, unsere Geschäftsstellen und Referenten sind jederzeit telefonisch erreichbar.

*S. Heinsödel*  
Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Susanne Steinröhder

## 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, Goseriede 13, 30159 Hannover

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

**Redaktion:**  
Rudolf Pietsch, Thorsten Mittag, Susanne Steinröhder, Lars Viereck, Endris Björn Heimer

**Anzeigenkontakt:**  
Redaktion „ABVP im Dialog“, Goseriede 13, 30159 Hannover, Email: [dialog@abvp.de](mailto: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](http://www.systemprint.de)

## Inhalt

<b>Titelthema</b>	
▶ Öffnung der Pflegeausbildung für Hauptschüler	▶ 4
<b>Hintergrund &amp; Meinung</b>	
▶ Die Situation in der Pflege – das Interview	▶ 6
▶ Fachkräftemangel	▶ 8
▶ Gesundheitswesen im internationalen Vergleich	▶ 10
▶ Kosten nehmen zu	▶ 11
<b>Justitia</b>	
▶ Dokumentationspflicht verletzt	▶ 12
▶ Arbeitsschuhe – ein Pflege Thema?	▶ 13
<b>Pflegepraxis &amp; QM</b>	
▶ Die MDK-Kummer-Service Nummer	▶ 18
▶ Neu beim ABVP QM-Handbuch	▶ 18
▶ Schulnoten für Pflegedienste	▶ 20
▶ Bemerkungen und Hinweise	▶ 21
<b>Betriebswirtschaft</b>	
▶ Betriebswirtschaftliche Unterstützung	▶ 16
<b>Kommentar</b>	
▶ Neue Qualitätsprüfrichtlinien	▶ 15
<b>Intern</b>	
▶ AG Pflegebedürftigkeitsbegriff nimmt Arbeit auf	▶ 14
▶ ABVP benennt neue Bundesgeschäftsführerin	▶ 14
▶ Neue Mitarbeiterinnen in den Geschäftsstellen	▶ 14
<b>Kurz notiert</b>	
▶ Patientenverfügung	▶ 14
▶ Pflegebedürftigkeit	▶ 20
<b>Service &amp; Partner</b>	
▶ Altenpflegeausbildung	▶ 17
▶ Leipziger Pflegemesse	▶ 17
<b>Länderberichte</b>	▶ 22
<b>Veranstaltungen</b>	▶ 28
<b>Adressen &amp; Erreichbarkeiten</b>	▶ 28

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

– Irrtümer vorbehalten –

# Öffnung für Hauptschüler

## Zugangsvoraussetzungen für Pflegeausbildung herabgesetzt

Am 17. Juni dieses Jahres hat der Bundestag über die Verabschiedung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften eine Änderung der Gesetze über die Berufe der Krankenpflege (KrPflG) und in der Altenpflege (AltPflG) beschlossen. Dadurch werden die Zugangsvoraussetzung herabgesetzt und es künftig auch Hauptschulabsolventen mit 10-jähriger Ausbildung ermöglicht die Kranken- bzw. Altenpflegeausbildung zu absolvieren.

Hinter verschlossenen Türen wurde diese Problematik diskutiert und die pflegerische Fachwelt vor vollendete Tatsachen gestellt. Dieser Beschluss wird in der Verbandslandschaft abgelehnt. Nur der bpa befürwortet diese Entwicklungen und greift damit die Argumentation des im März verabschiedeten Positionspapier des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. auf, in dem die Systemintegration und gezielte Abwerbung von Hauptschülern zur Bewältigung des zukünftigen Pflegebedarfs erfolgen sollte. Allerdings reduziert selbst der Deutsche Verein diese Integration in seinem Ausbildungsmodell auf den Umweg über die Helferausbildungen.

Der ABVP e.V. kritisiert diese Entwicklungen. Bedeutet dies, dass die bisherigen Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildungs- und Berufsinhalte überhöht waren? Dies verdeutlicht erneut die Dimensionen dieser einseitigen Entscheidung.

### Entwicklung der Anforderungen in der Pflege:

Das Anforderungsprofil in der Pflege ändert sich ständig und es wird steigen. Ein Grund ist mit Sicherheit die demographische Veränderung unserer Gesellschaft. Die Menschen werden immer älter, allerdings auch immer gebrechlicher und kränker. Der Pflegebedarf, einschließlich der spezialisierten Pflegeformen, nimmt entsprechend zu. Hinzu kommt, dass Pflege immer mehr außerhalb des Krankenhauses oder Altenheimes stattfindet. Tatsächlich kommt mittlerweile hier gem. § 3 SGB XI das Prinzip „ambulant vor stationär“ zur Anwendung. Durch die konsequente Umsetzung der Fallpauschalen in den Krankenhäusern, sowie durch den viel verbreiteten Wunsch der älteren Menschen, ihren Lebensabend in den eigenen vier Wänden zu verbringen, findet auch die spezialisierte Pflege immer mehr in der Häuslichkeit statt. Dies zieht einen immer weiter steigenden Anspruch an die Fachlichkeit der Pflegefachkräfte nach sich. Pflegefachkräfte werden häufiger unbeaufsichtigt auf sich gestellt sein. Das ist auch ein klares ökonomisches Prinzip. Ohne die Möglichkeit, sich Rat bei Kollegen oder Ärzten einzuholen, wird so ein immer komplexeres Wissen von den Pflegefachkräften eingefordert. Hinzu

kommt, dass durch das Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im letzten Jahr die Aufgaben der Pflegefachkräfte nach § 63 Abs. 3b und c SGB V erweitert werden können und sollen, was wir durchaus begrüßen. Im Rahmen von Modellversuchen sollen hierzu ärztliche Tätigkeiten, also Heilberufstätigkeiten, in besonderer Form delegiert werden.

Steigende Fachlichkeit und spezialisiertes Wissen sind ebenso Ausdruck der Professionalisierung der Pflege. Die Öffnung des direkten Weges für Hauptschüler läuft diesem Prozess entgegen.

### Reformierung des Ausbildungssystems

Es besteht durchaus die Notwendigkeit, unser Ausbildungssystem zu reformieren. Es ist geplant, ab dem Jahr 2011 die Ausbildungsgänge der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kindergesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in einem Ausbildungsgang als „Grundausbildung“ mit der späteren Möglichkeit der Spezialisierung zu vereinen. Diese Überlegungen unterstützen wir. Daraus folgt jedoch, dass die Grundqualifikation höheren Anforderungen entsprechen muss. Die Absenkung ist demnach widersinnig – im Bezug auf die Profession Pflege und im Bezug auf die bevorstehenden Entwicklungen. Das Gegenteil wäre konsequent – dem „Hauptschulbeschluss“ müsste demnach folgende Konstruktion folgen: Absenkung der Ausbildungsinhalte für diese Zielgruppe und flächendeckende Umsetzung der Altenpflege- und Pflegehelferausbildung. Darauf aufbauend sind alle Formen der Weiterqualifikation, hin zur Fachkraft denkbar.

Allen Auszubildenden sollte nach erfolgreichem Abschluss der Fachkraftausbildung offenstehen, ein fachbezogenes Studium aufzunehmen. Diese Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten wären im Sinne der „Lissabon-Strategie“. Die Lissabon-Strategie befasst sich unter anderem mit Wachstum und Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb des gesamten Europas. Das heißt, es werden gemeinsame Werte und Ziele definiert, damit die ausgebildeten Fachkräfte überall in Europa eingesetzt werden können. Der Deutsche Verein schlägt als Konsequenz zu der Forderung des lebenslangen Lernens und zu dieser Lissabon-Strategie eine ähnliche Vorgehensweise vor.

### Gesellschaftliche Stellung

So wäre eine Absenkung der schulischen Zulassungsvoraussetzung für diesen Beruf durchaus denkbar, ohne die gesellschaftliche Anerkennung zu gefährden. Der Wunsch nach einem gehobenen sozialen Status sollte nicht unterschätzt werden. Der Kranken- und Altenpflegeberuf hat in der deutschen Gesellschaft keinen hohen Stellenwert. Betroffen sind die Berufsinhaber. Dies ist einer von mehreren Gründen, warum dieser Beruf immer mehr von deutschen Pflegefachkräften im angrenzenden Ausland ausgeübt wird. Hier geht die Tendenz

eindeutig zu den nordischen Ländern. Wir müssen uns also Strategien einfallen lassen, um den Pflegeberuf in Deutschland attraktiv werden zu lassen. Es ist kontraproduktiv, dass mit einer Herabsetzung der Zulassungsvoraussetzung zum Pflegefachberuf das Signal gesendet wird, dass der Anspruch an diesem Beruf eher als gering anzusehen ist. Wir alle wissen, dass das Gegenteil der Fall ist. Und genau hier wird die großzügige Öffnung sehr schnell zu einer Falle werden.

### Fazit

Es kann nicht sein, dass mit dem Hinweis, „der Markt wird dieses Problem schon selbst regeln“ oder „der potenzielle Ausbildungsbetrieb kann die Einstellung von Hauptschulabsolventen ablehnen“, ein Konstrukt gesetzlich verankert wird, das weder den Jugendlichen hilft, noch den Fachkräftemangel behebt. Im Gegenteil, die Frustration bei den Auszubildenden wird wachsen, dieses Gebaren wird Schule machen und der Fachkräftemangel wird sich wahrscheinlich noch verschärfen.

Schon gegenwärtig gibt es insbesondere in der Krankenpflegeausbildung eine relativ hohe Abbrecherquote. Dies zeigt uns doch unter anderem, dass die Auszubildenden Schwierigkeiten haben, dem umfangreichen Stoff plus der praktischen Ausbildung gerecht zu werden. Wenn die Reaktion darauf heißt, wir setzen die schulischen Zulassungsvoraussetzungen herab, wird die Abbrecherquote dramatisch ansteigen.

Es hilft keinem, wenn uns jetzt – auch im Hinblick auf die bevorstehende Bundestagswahl – Scheinlösungen präsentiert werden. Wir sehen uns in Deutschland Problemen ausgesetzt, von denen wir weder die Heftigkeit noch den Umfang abschätzen können. Wir brauchen tragfähige Konzepte, die kurzfristige, mittelfristige und langfristige Lösungen für das umfassende Problem des Pflegefachkräftemangels aufzeigen. Wir fordern die Politik auf, sich mit uns an einen Tisch zu setzen und solche Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

**Am Rande:** Bildungsreformer sind der Meinung, dass die Hauptschule grundsätzlich abgeschafft werden soll, weil dieses Bildungskonstrukt diskriminierend und ausgrenzend ist. Deshalb wird der „Hauptschulbeschluss“ an Bedeutung verlieren, sofern er überhaupt Wirkung entfalten kann: Gegenwärtig wird diese Änderung nur in vier Bundesländern wirksam, da der 10-jährige Hauptschulabschluss nicht in allen anderen Ländern zum Bildungssystem gehört.

von Susanne Steinröhder



## online-factoring für 0,7 bis 1,2%

Das innovative Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren reduziert Ihre Kosten und steigert Ihren Gewinn.

- Sofortauszahlung (Blitzüberweisung)
- Auszahlung zu 100%
- extrem günstige Konditionen
- keine weiteren Kosten
- kurze Vertragsbindungsfristen
- flexibel und unkompliziert in der Handhabung
- feste Ansprechpartner
- Schnittstellen zur Finanzbuchhaltung

Weitere Informationen erhalten Sie bei der

BFS Service GmbH  
Im Zollhafen 5 (Halle 11)  
50678 Köln

Telefon 0221.97356-160  
Telefax 0221.97356-164

bfs-service@sozialbank.de  
www.bfs-service.de  
www.sozialbank.de

# Die Situation in der Pflege

## Das Interview



AiD im Interview mit Claus Füsseck, Sozialpädagoge

Claus Füsseck gilt als ein scharfer Kritiker des herrschenden Gesundheitssystems und der Pflegesituation. Seit fast drei Jahrzehnten kämpft er für die Humanisierung der Altenpflege, sammelt Beschwerden und geht Politikern auf die Nerven. Er wird sowohl als „Pflege-rebell“ wie auch als „Engel der Alten“ bezeichnet. Aber woher kommt dieser Unterschied?

Claus Füsseck kritisiert Missstände in der Pflege. Das Aufdecken von Missständen könnte eigentlich im Interesse jeder guten Pflegekraft liegen. Vielfach fühlen sich jedoch gute Pflegekräfte vollkommen zu Unrecht durch die Aussagen von Herrn Füsseck angegrangert. Warum aber wehren sich gerade Pflegekräfte dagegen, dass schlechte Verhältnisse aufgedeckt werden?

Endris Björn Heimer besuchte den Sozialpädagogen in seinem Münchner Büro der Vereinigung Integrationsförderung (VIF) zum Gespräch über aktuelle Pflegethemen, über die Unterschiede ambulanter und stationärer Versorgungsformen und über mögliche Wege einer Imageaufwertung der Pflege.

**EBH: Herr Füsseck, wie bewerten Sie den Erfolg Ihrer Maßnahmen, seit vielen Jahren in dieser Form auf unzumutbare Bedingungen im Gesundheitswesen und in der Pflege hinzuweisen und für Verbesserungen zu kämpfen?**

Füsseck: Wir haben die Erkenntnis gewonnen, dass es vor Ort großartige, engagierte und hochmotivierte Pflegekräfte gibt, die nicht von „Job“ reden, sondern denen ihre Arbeit Spaß macht. Mit dem Buch „im Netz der Pflegemafia“ hatten wir das Ziel, die Branche zu spalten – und zwar in engagierte Pflegekräfte, die sich einsetzen für eine Verbesserung der Pflege, einer Veränderung des Systems innerhalb dessen gearbeitet wird und in die Pflegekräfte, die einfach von einem „Job“ reden. Ich arbeite selbst seit 25 Jahren im Leitungsteam eines ambulanten Pflegedienstes. Ich würde von engagierten Pflegekräften erwarten, dass sie ehrlich erklären, dass unter den gegebenen Bedingungen nur ein bestimmtes Maß an Qualität zu leisten ist.

Pflegekräfte haben damit begonnen, selbstkritisch mit ihrer eigenen Branche umzugehen. Es gibt in Deutschland bestimmt niemanden, der für schlechte Pflege ist, es gibt bestimmt niemanden, der nach Minuten gepflegt werden möchte, es gibt auch keine Pflegekraft, die gelernt hat, nach Minuten zu pflegen. Eigentlich besteht hier ein riesen Konsens. Dazu kommt, dass die meisten alten Menschen zu Hause leben. Es gäbe also auch noch eine riesen Lobby, die dafür sorgen könnte, dass Menschen unter menschenwürdigen Bedingungen gepflegt werden können. Aber meine erschreckende Erkenntnis ist die, dass ein großer Teil unserer eigenen Branche daran verdient, dass sich im System nichts bewegt. Je größer die Missstände – oder

verwenden wir statt dem Begriff Missstände den Begriff Pflegemängel – umso größer der Verdienst. Eine ganze Branche lebt davon, dass die Pflegemängel bleiben.

Wir müssen lernen zu sagen, dass die Schmerzgrenze erreicht ist und wir müssen aufhören mit diesem Zertifizierungswahn. Vergleichen Sie die Pflegesituation mit der Tatsache, dass Sie als Autofahrer gezwungen werden, mit einem Auto ohne Bremsen zu fahren und der Arbeitgeber erklärt Ihnen, dass Sie Ihren Arbeitsplatz verlieren, wenn Sie mit diesem Auto nicht fahren. Es ist pervers, wenn Pflegekräfte erklären, sie müssten unmenschlich und würdelos pflegen, aus Angst, Ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

**EBH: Im § 3 SGB XI ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ festgeschrieben. Die Erfahrungen zeigen den Wunsch nach einer Pflege in der eigenen Häuslichkeit, dennoch zeigen Statistiken einen deutlichen Ausbau von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Wo liegt Ihrer Meinung nach der Grund hierfür?**

Füsseck: Ich bin seit 30 Jahren in der Pflege tätig, davon habe ich 5 Jahre im stationären Bereich gearbeitet. Schon immer galt der Satz „ambulant vor stationär“, damals noch nicht vom Gesetzgeber vorgegeben, sondern weil der Bürger es wollte. Es gibt ein schönes Sprichwort: „einen alten Baum verpflanzt man nicht“, dazu brauche ich keinen Gesetzgeber. Dass dies in eine gesetzgeberische Version gefasst wird, sorgt für eine immer größere Aufweichung von „ambulant vor stationär“ hin zu „ambulant und stationär“. Ein flächendeckender, bedarfsgerechter Ausbau der häuslichen Pflege ist eine klare Konkurrenz zu Pflegeheimen. Nehmen Sie die Situation der Gebührenverhandlungen – man wird doch einen Teufel tun, kostendeckende Sätze in der häuslichen Pflege zu verhandeln, weil man weiß, dass dann die alten Menschen zu Hause bleiben. In Dänemark zum Beispiel hat man stellenweise daraus die Konsequenz gezogen und erklärt, dass man keine Pflegeheime mehr bauen will, weil niemand hinein will. In Deutschland ist es so, dass wenn das Geld bei der häuslichen Pflege nicht reicht, die Kommune für die Kosten verantwortlich ist. Bei stationärer Pflege ist der überörtliche Träger für die Deckung der Kosten verantwortlich. Ja welche Kommune, die über Geldmangel klagt, wird diesen Irrsinn mitmachen, den Ausbau der ambulanten Pflege voranzutreiben, wenn sie dann die Folgekosten übernehmen muss? Das ist die gleiche Diskussion mit den Pflegestützpunkten.

Und in diesem Zusammenhang kann es also nicht das Interesse von Berufsverbänden sein, gleichzeitig ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen zu vertreten. Es kann doch niemanden überraschen, dass die großen Verbände ihre zahlungskräftigen, stationären Mitglieder nicht verprellen können, die können sich doch nicht eine eigene Konkurrenz aufbauen. Ich kann von einer Brauerei auch nicht erwarten, dass sie sich für anonyme Alkoholiker engagiert. Das ist völliger Nonsens. Und da ein Teil der Branche das noch immer nicht begriffen hat, werden flächendeckend die Landschaften mit Heimen zugebaut. Und wenn Pflegeheime gebaut werden, dann müssen diese auch belegt werden.

**EBH: Sie haben eben schon die Pflegestützpunkte angesprochen. Inwieweit sehen Sie die Bundespolitik verantwortlich, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, bzw. welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach die nun neu installierten Pflegestützpunkte und die Pflegeberater?**

Füsseck: Das lenkt doch nicht die Bundespolitik. Das lenken die Verbände. Ulla Schmidt will doch bestimmt selbst nicht ins Pflegeheim. Es wird doch in Deutschland niemand gezwungen, ein Pflegeheim zu bauen und zu betreiben. Das ist doch wirtschaftliches Eigeninteresse. Eine Gesellschaft muss sagen, wie sie im Alter bei Pflegebedürftigkeit leben, wohnen und gepflegt werden will. Wenn die Gesellschaft dies eindeutig erklärt, müssen die Weichen gestellt werden. Und dann müssen Gemeinden entsprechende Strukturen schaffen. Ich kenne Gemeinden, die in ambulante Pflege investieren, in Wohngemeinschaften, in Nachbarschaftshilfen, es müssen ja nicht alles Pflegedienste sein. Die Kommunen müssten Geld zur Verfügung stellen, um die Strukturen zu schaffen und um anschließend die Folgekosten übernehmen zu können. Stattdessen macht man ein paar Alibi-Projekte, investiert als „Gesellschaft“ weiter in Heime und anschließend wundert man sich, dass diese Heime auch belegt werden müssen. Und die Pflegestützpunkte, die will doch letztendlich keiner. Man weiß doch genau, dass der Pflegeberater in einem Stützpunkt eine eierlegende Wollmilchsau sein müsste, er müsste die gesamte Palette beraten können. Jeder ambulante Dienst, jede Pflegekasse und jedes Sozialamt hatten doch bislang schon die Aufgabe, umfassend zu beraten. Offensichtlich wurde hier aber nur über Jahrzehnte der Mangel verwaltet. Im Grunde gibt's diese Pflegestützpunkte doch alle schon seit Jahren.

**EBH: Das Pfwg erlaubt den Einsatz von Einzelpflegekräften. Wie groß schätzen Sie deren Einfluss auf die ambulante Pflege?**

Füsseck: Sie müssen diese Frage ihrer Mutter oder ihrem Vater stellen. Zu 95 % werden Sie die Antwort bekommen „ich möchte zu Hause sein“. Schwierig ist, dass sich viele Dienste auf die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege spezialisieren. Dies unterstützt in einzelnen Regionen den verstärkten Einsatz osteuropäischer Pflegekräfte bzw. künftig vielleicht auch von Einzelpflegekräften. Wir müssten überlegen ob wir es schaffen, in dieser Gesellschaft offensiv dafür einzutreten, dass die ambulante Versorgung durch einen sinnvollen Personalmix gewährleistet werden kann – von der professionellen, examinierten Pflegekraft bis hin zu ehrenamtlichen Kräften, Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde. Man müsste zusammen arbeiten, man müsste Strukturen öffnen, z.B. vermehrt Tagespflegen anbieten. Warum ist es denn nicht möglich, Tag- und Nachtwachen zu organisieren, die dann auch bezahlbar sind? Wir müssen unseren Berufsstand professionalisieren, wir müssen lernen, die politischen Zusammenhänge zu verstehen, um uns dagegen wehren zu können.

**EBH: Der ambulanten Pflege wird vielfach vorgeworfen, sie sei zu teuer und im Verhältnis zur stationären Pflege nicht in der Lage, vergleichbare Leistungen zu vergleichbaren Preisen anzubieten. Auch der Missstand der zu leistenden „Minutenpflege“ wird der ambulanten Pflege zugeschrieben.**

Füsseck: Na klar – hier werden Äpfel und Birnen miteinander verglichen. Ich muss doch dazu sagen, dass eine häusliche Pflege individuell ist, sie ist 1 zu 1. Im stationären Bereich pflegt eine Pflegekraft 15 Menschen. Ja warum kann man das aber nicht so sagen? Das weiß doch jeder und das sieht doch jeder: natürlich muss ein Heim kostengünstiger als eine häusliche Pflege sein, solange sich die häusliche Pflege im Minutenbereich abspielt und häufig in Ergänzung pflegender Angehöriger arbeitet. Zeitintensive und individuelle Betreuung muss natürlich teurer sein als eine Massenabfertigung in einem Heim. Der Bürger, der sich für eine Form der pflegerischen Versorgung zu entscheiden hat, muss dies wissen und unter Umständen dazu bereit sein, eine teurere Pflege auch zu finanzieren.

**EBH: Welche Möglichkeiten und Wege sehen Sie, insbesondere das Image der ambulanten Pflege aufzuwerten?**

Füsseck: Die Pflegedienste müssen gemeinsam offen, ehrlich und transparent dazu stehen, dass sie mit Pflege Geld verdienen wollen und müssen. Sie müssen erklären, dass zur Deckung der notwendigen Kosten, insbesondere der Personalkosten, entsprechende Vergütungen notwendig sind. Die Leistungen müssen unterschieden werden: für die Behandlungspflege benötigt man examinierte Fachkräfte, um mit meiner Mutter an die Luft zu gehen, kann ich vielleicht auch einen Zivildienstleistenden einsetzen. Eigentlich weiss es doch sowieso jeder, dass ein Pflegedienst in 5 Minuten einen Patienten nicht trösten, in den Arm nehmen und dann auch noch duschen kann. Wir Pflegedienste müssten offener damit umgehen und den Patienten und den Angehörigen sagen, was in 5 Minuten zu leisten ist und was nicht. Wir wissen, dass es die Leistungskomplexe erlauben, bei schnellerer Pflege auch mehr Geld zu verdienen. So ist das System angelegt. Wenn ich also als Pflegedienst nach den Anforderungen meiner Verträge und Vergütungen arbeite, die ich übrigens mit meiner Unterschrift selbst akzeptiert habe, dann muss ich auch dazu stehen. Wenn ich bei der Qualitätsprüfung dem MDK aufzeigen kann, dass ich zertifiziert bin, dann kann ich mich im Umkehrschluss auch nicht darüber beklagen, dass die Bedingungen so unmöglich sind. Warum überbieten sich Pflegedienste, indem sie sich zertifizieren lassen? Warum konfrontieren wir nicht gemeinsam den MDK mit den Strukturen? In den meisten Fällen sind die Prüfer doch sogar Berufskollegen. Wenn die Pflegedienste diese Situation nutzen und erklären, was unter den Strukturen möglich ist und was nicht, dann muss der MDK irgendwann – ob abhängig oder nicht – erklären, dass mit diesen Konditionen eine gute, ganzheitliche Pflege nach den aktuellen Erkenntnissen nicht möglich sein kann. Einer Gesellschaft muss man sagen, dass zu einer umfassenden Versorgung auch gehört, dass eine Schwester oder ein Pfleger den Patienten tröstet, ihn in den Arm nimmt und vielleicht mal eine Tasse Tee mit ihm trinkt. Und ...

... natürlich ist das Arbeitszeit. Und natürlich muss das auch bezahlt werden.

von Endris Björn Heimer

# Fachkraftmangel

Ausdruck einer wachsenden Branche oder Ausdruck politischer Fehlsteuerung?

Das Thema Fachkraftmangel ist geprägt von Diversifikation – von unterschiedlichen Einflüssen. Mehrere Aspekte müssen betrachtet, gebündelt und entsprechend gelöst werden. Schnell ist so eine nationale Kampagne gefordert, also ein nationaler Kraftakt, um die uns prognostizierten Zuwachs- und Veränderungsraten in der pflegerischen Versorgung zu bewältigen.

Was nützt es Ihnen, wenn Sie Pflegeaufträge haben, kein Fachpersonal verfügbar ist und Hilfskräfte laut den Verträgen nicht einsetzbar sind:

- ▶ In fast 11.000 zugelassenen ambulanten Pflegediensten werden rund 225.000 Mitarbeiter beschäftigt. Das sind 28 % der Gesamtbeschäftigtenanzahl im Pflegewesen, wobei mit über 71.000 Krankenpflegefachkräften deutlich mehr in diesem Berufszweig ambulant arbeiten, als im stationären Bereich. Der stationäre Bereich beschäftigt insgesamt 2,5-mal so viele Mitarbeiter und kommt mit weniger dieser begehrten Fachkräfte aus.
- ▶ Darüber hinaus kennzeichnen folgende Beschäftigtenzahlen die ambulante und stationäre Versorgung: es sind überwiegend Frauen beschäftigt (ca. 86 %) und die Mehrheit sind Teilzeitbeschäftigte (über 70 %).
- ▶ Die Ausbildungszahlen in allen Berufszweigen sind lt. Statistischem Bundesamt (Berufsbildungsberichte 2001–2008) allgemein rückläufig (Der eklatante Rückgang von Umschülern hat notgedrungen zur Berücksichtigung im Konjunkturpaket II geführt).

Dem gegenüber stehen folgende Prognosen und Zuwachsraten:

- ▶ Der Markt soll entsprechend dem demographischen Wandel wachsen: Von derzeit 1,4 Mio. Pflegebedürftigen auf über 3,4 Mio. im Jahre 2030 (+ 58 %). Die Prognosen der demenziellen Erkrankungen müssten hinsichtlich des gleichzeitigen Auftretens einer Pflegebedürftigkeit bereinigt werden. Nichtsdestotrotz sind auch hier gewaltige Steigerungsraten zu erwarten. Derzeit sind 1,2 Mio. Menschen an Demenz erkrankt. Mit zunehmender Hochaltrigkeit steigt diese Zahl deutlich an, was gewaltige strukturelle Effekte auf den Bereich der niedrighschwelligeren Betreuung haben wird.
- ▶ Personalbedarf Pflege: Gegenwärtig geht man bundesweit von 30.000 unbesetzten Stellen aus (Lt. Vereinigung der Wohlfahrtsverbände). Der künftige Bedarf von Pflegekräften wird (ungeachtet nach Qualifikation) prognostisch bis zum Jahre 2050 auf 1,5 Mio. Vollzeitstellen steigen. Personal für allgemeine Betreuung ist in Abwägung vermehrt zunehmender ehrenamtlicher Tätigkeiten zu sehen. Die Steigerungsprognose eines eigentlich gerade erst geschaffenen Berufsfeldes (z.B. Betreuungsassistenten nach § 87b SGB XI) kann noch nicht getroffen werden.
- ▶ Verweildauer von Pflegekräften: Lt. der Rheinland-Pfälzischen Studie zur Verweildauer in Pflegeberufen (2005) kann davon ausgegangen werden, dass Fachkräfte mind. 10 Jahre nach Berufseinstieg im Job bleiben. Das ist länger als bisher angenommen.

- ▶ Der Stellenabbau dieses Jahrzehnts im Krankenhaussektor beziffert lt. GKV Spitzenverband Bund 30.000–50.000 Beschäftigte, welche unmittelbar ins Pflegewesen übergegangen sein dürften. Ein solch massiver Stellenabbau, der begründet durch die Scharfschaltung der DRG's seit 2003 zumindest bis 2006/2007 kurzfristig eine leichte Marktberuhigung erzeugte, wird sich nicht periodisch wiederholen. Im Gegenteil: Mit zusätzlichen Mitteln eines Förderprogramms werden gegenwärtig 17.000 neue Fachkraftstellen im Krankenhaussektor über die nächsten drei Jahre geschaffen.
- ▶ Bislang ist jeder dritte Pflegebedürftige im Heim untergebracht. Der Trend zur ambulanten Versorgung und die strukturelle Ermöglichung dieses Wunsches der Betroffenen werden jedoch dafür sorgen, dass sich diese Anzahl sukzessive verringert. Indiz hierfür sind die Korrekturen benötigter Heimbetten und die Maßnahmen der Kommunen zum Heimbaustopp. Der ambulante Markt wird deutlicher wachsen als der stationäre.

## Angesichts dieser Prognosen bedarf es der Verantwortung.

Die Kampagne des Bundesfamilienministeriums „Moderne Altenpflege“ zum Beispiel ist ein Beweis für politische Verantwortung. Mit bunten Plakaten und Marktplatzpartys wurde jungen Personen verdeutlicht, wie ein moderner, sozialer und von der Gesellschaft anerkannter Beruf heute in der Altenpflege aussieht. Die angesprochenen Altenpflegefachkräfte konnten erleben, dass die Politik sie nicht vergessen hat. Das Ganze kostete viel Geld für Kampagnen- und Werbeveranstalterfirmen und hat an den Rahmenbedingungen der Pflege nichts verändert. Es gab keine entscheidenden inhaltlichen Aussagen. Frau von der Leyen hat damit dennoch ihren Legislaturauftrag erfüllt und etwas gegen den Altenpflege-Fachkraftmangel getan. Das vom gleichen Ministerium auf Zeit geförderte Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung, könnte auch als eine nationale Kampagne eingestuft werden. Hier werden eindrucksvoll Informationen für Pflegeeinrichtungen und Interessenten einer Altenpflegeausbildung zusammengestellt sowie Veranstaltungen durchgeführt, denen noch die so genannten „Jobbörsen“ fehlen. Auch hier ändern sich aber keine Rahmenbedingungen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat seinerseits gegen den Krankenpflege-Fachkraftmangel in Krankenhäusern prompt ein mehrere hundert Millionen schweres Förderprojekt auf den Weg gebracht, um neue Stellen für ursprünglich gestrichene Fachkräfte in der Akutversorgung zu schaffen: 17.000 neue Stellen. Das Geld kommt langsam in den Krankenhäusern an. Eine Welle von Abwerbungen von Krankenpflegepersonal erwartet insbesondere die ambulante Szene.

Andere Kampagnen und Modellprojekte auf Länderebene gibt es viele – vielfältig gefördert, gerade wenn es um die Zusammenführung der unterschiedlichen Berufszweige in eine gemeinsame Grundausbildung geht. Keines hat jedoch bisher nachhaltig die Rahmenbedingungen verändern können.

Um es vorweg zu nehmen: Die gegenwärtige Situation und die Prognosen führen zu einer immensen Verdichtung: Die im Markt verbleibenden Fachkräfte, insbesondere Krankenpflegefachkräfte, sind heiß begehrt und können sich ihre „Jobs“ aussuchen. Hier entscheiden die angebotenen Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, Gehalt, etc.) und der zwischenmenschliche Kontakt zum Chef oder zur PDL. Wer jung und ungebunden ist, kommt den sozialdemokratischen Nachklängen der Agenda 2010 nach und ist flexibel – zieht in die Ballungsräume. Hier sind die Vergütungsaussichten besser – der Markt reguliert das automatisch: Angebot und Nachfrage. Forderungen gegenüber dem Arbeitgeber können eher durchgesetzt werden – das wird schnell erlernt, denn: Im Ballungsraum wird die junge Fachkraft von der benachbarten Einrichtung abgeworben, flexibel halt.

Der Pflegedienst im ländlichen Raum muss sich zudem der Konkurrenz „Arbeitgeber-Stadt“ stellen, ihm verbleiben perspektivisch ältere, familiär gebundene Fachkräfte, der Nachwuchs fehlt. Der ambulante Sektor hat wegen der verhältnismäßig unattraktiven Ausgestaltung der Arbeitsplatzbedingungen gegenüber stationären Versorgern und neuerdings auch gegenüber dem MDK besondere Schwierigkeiten zu überwinden. Dies gilt sowohl in struktureller als auch in finanzieller Hinsicht. Hier fehlt es eindeutig an politischer Resonanz. Insbesondere die eklatante Situation der vielfach ausbleibenden ambulanten Ausbildung von Altenpflegefachkräften (ungeachtet der vorgeschriebenen ambulanten Praxiserlässe) wird kaum lösungsorientiert registriert. Die dringend benötigten Krankenpflegefachkräfte lassen die Einrichtungen schließlich am Tropf hängen. Spätestens hier stellt sich die Frage, welche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, damit ambulante Pflegedienste ihren Bedarf aus eigener Kraft decken können – etwas, was für vollstationäre Einrichtungen völlig selbstverständlich ist.

## Wieder einmal fragt man sich, wie dies dem Grundsatz ambulant vor stationär gerecht werden soll.

Dem Anstoß der Debatte müssen viele Punkte folgen: **Grundausbildung** (Hauptschülerdebatte, Ausbildung in der ambulanten Pflege); **Arbeitsmarktpolitik** (Volkswirtschaftlicher Stellenwert des Pflegewesens, Wirtschaftskrise – Konjunkturprogramm, Mindestlohn, Schwarzarbeit); **Rahmenbedingungen der Leistungserbringung** (Arbeitsplatzbedingungen, Qualifikation der Leistungserbringung (Delegation), Qualität der Leistungen). Zu den Gründen des Fachkraftmangels in der ambulanten Pflege zählen zahlreiche Fehlsteuerungen wie auch quantitative Entwicklungen. Reduzieren wir die Problematik zu Beginn auf lediglich allgemeine Gründe und die Einkommen, dann können folgende Aussagen getroffen werden:

Allgemeine Gründe:

- ▶ Attraktivere Arbeitsbedingungen in der vollstationären oder Akutversorgung.
- ▶ Mit dem Beschluss des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) am 13. Februar 2009 wurde ein Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern auf den Weg gebracht, wodurch in drei Jahren bis zu 17.000 neue Stellen im Pflegedienst (zu 90 Prozent durch die Krankenkassen) zusätzlich finanziert werden. Wenn die zusätzlichen Mittel auch zur Aufstockung von Teilzeitstellen genutzt werden können, wird dies weitere Fachkräfte aus dem Markt abziehen.

- ▶ Gleichzeitig wird kein „Überschuss“ an Gesundheits- und Krankenpflegern in Krankenhäusern ausgebildet, die dann organisch dem außerklinischen Bereich zur Verfügung stehen.
- ▶ Erhöhung der Prüfquote durch den MDK nach dem PFWG: Abwerbung von „sehr qualifizierten“ Fachkräften.
- ▶ Die Personalmindestvoraussetzungen der Rahmenverträge nach § 132a Abs 2 SGB V erzeugen in Bezug auf die Aufgabenverteilung und Qualifikationsbegründung zwischen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften einen zusätzlichen künstlichen Fachkraftmangel bei der Erbringung von Behandlungspflege.
- ▶ Es fehlen strukturelle Anreize zur Altenpflege-Erstausbildung in der ambulanten Pflege. Die Finanzierung ist in allen Systemen unsolidarisch und geht auf Kosten der Pflegebedürftigen und Träger. Dennoch profitieren diese Träger. Sie können ihre Erfolge und den offensichtlichen Nutzen jedoch nicht erfolgreich multiplizieren.
- ▶ Es gibt unweigerlich einen steigenden Fachkräftebedarf: Demographischer Wandel, steigende Zahl demenziell Erkrankter, das familiäre Pflegepotential nimmt ab, Rückgang der reinen Pflegegeldempfänger und vermehrte Nachfrage professioneller Pflege.
- ▶ Die Trennung unterschiedlicher Berufsgruppen führt dazu, dass a) Engpässe in unterschiedlichen Pflegebereichen nicht ausgeglichen werden können und b) nur unzureichend Wechselmöglichkeiten bestehen, was wiederum zur frühzeitigen Beendigung der Pflegekarriere führt.

Präkarisierung sozialer Arbeitsplätze:

Kann sich die Politik dem Vorwurf verarmender Beschäftigungssituationen erwehren? Wenn durch den demographischen Wandel auf der einen Seite immer mehr Personen solidarisch finanzierte Leistungen in Anspruch nehmen, auf der anderen Seite jedoch immer weniger Personen diese solidarischen Mittel aufbringen, liegt die sozialtaktische Notbremse in der Beschneidung von Leistungen und in der Beschneidung kostenintensiver Gestehungskosten, wie z. B. Personalkosten. Die Politik verhält sich hierzu scheinheilig und setzt auf den Erfolg des schleichenden Prozesses. Was bedeutet demzufolge konkret Präkarisierung bezogen auf die Mitarbeiter im Pflegewesen? Am Beispiel des Tarifs verdeutlicht: Stiegen die Löhne im öffentlichen Dienst seit der Jahrtausendwende um 38 %, können in der ambulanten Pflege Minimalsteigerungen von lediglich 6 % nachgewiesen werden. Da bewegt sich nichts. Dies liegt deutlich über der Schmerzgrenze und bleibt erheblich hinter der allgemeinen Preisentwicklung zurück. Aber die Bundesregierung wäscht ihre Hände in Unschuld und bezieht auf die kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE am Bsp. der Drucksache 16/10470 (07.10.2008) Stellung:

- ▶ Die Bundesregierung hält eine leistungsgerechte Vergütung in der Altenpflege für eine wichtige Voraussetzung zur Sicherung der Pflegequalität, als Indikator für Attraktivität und gesellschaftlichen Stellenwert.
- ▶ Ferner kann sie auf Arbeitsmarkt regulierende Maßnahmen hinweisen, deren Effekte allerdings noch ausstehen: § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI ortsüblicher Lohn, Arbeitnehmer-Entsendegesetz (Mindestlohnkommission), Kampagne Moderne Altenpflege.

## Fortsetzung: Fachkräftemangel

- ▶ Gemäß dem Gesetzeslaut ist sie der Meinung, dass es einem Träger ermöglicht werden muss, bspw. tarifliche Steigerungen über die Pflegekassen durch die Vergütungsvereinbarungen zu refinanzieren und so den Versorgungsauftrag zu erfüllen.
- ▶ Damit argumentiert sie auch, dass dies einen ruinösen Kostenwettbewerb zwischen Trägern auf Kosten der Pflegequalität und der Einkommen garantiert. Denn der Markt würde insofern über den Arbeitnehmer geregelt.
- ▶ Daraus lässt sich ableiten: Auch außerhalb eines Tarifes sind marktübliche Gehälter über oder unter den Tarifen zu bezahlen, so dass tarifungebundene Träger nicht ausgenommen werden können.
- ▶ Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots auch für private Anbieter bedeutet, dass die bezahlten Vergütungen an den Markt anzupassen sind – flexibel auf den Arbeitsmarkt reagieren.
- ▶ Die Bundesregierung setzt allerdings auf den Vereinbarungsweg und argumentiert damit scheinheilig, denn sie will verhindern,

dass Steigerungsraten automatisch an die tariflichen Steigerungen gekoppelt werden. Sie verweist bei Nichteinigung auf Konfliktlösungsmechanismen, wie die Schiedsstelle.

- ▶ Das Problem mit den Schiedsstellen ist weitreichend bekannt. Zu vielen fragwürdigen und der Präkarisierung zuspieldenden Bescheidungen gesellt sich die chronische Überlastung der Sozialgerichte, wenn der Rechtsweg gegen die Festsetzung bestritten wird, welche weitere Entscheidungen bis auf Jahre hinauszögern. Nützt diese Positionierung der Bundesregierung der Gewinnung von Fachkräften weiter – wohl kaum! Es ist politisch gewollt, dass soziale Arbeitsplätze wenig Kosten verursachen. Niedrige Einkommen fördert Fachkräftemangel. Daher muss künftig der Druck an der Stelle angesetzt werden, wo es Parteien empfindlich trifft: Die Wählerstimme. Angesichts einer alternden und zusehends aufgeklärten Gesellschaft machbar.

▲  
von Thorsten Mittag

# Gesundheitswesen im internationalen Vergleich:

kürzere Sprechstundenanteile | höhere Arzneimittelpreise

Nach Ansicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – in Deutschland durch die Verzahnung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (AID Ausgabe 2/2005) der maßgebliche Gutachter in globalen Qualitätsfragen – haben wir eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt.

Allerdings sind Medikamente hier teurer als in jedem anderen europäischen Land – und deutschen Ärztinnen und Ärzten steht die wenigste Zeit für ihre Patienten zur Verfügung. In der täglichen Praxis ist der genaue Nutzen vieler medizinischer Maßnahmen unklar. Die offizielle Analyse kommt zum Ergebnis, Deutschland solle mehr in die praxisrelevante klinische Forschung investieren und neuen Technologien gegenüber offen aber kritisch eingestellt sein, um sein

Gesundheitssystem bezahlbar und leistungsfähig zu erhalten.

Deutschland war das erste Land, in dem eine allgemeine Krankenversicherung eingeführt wurde, und noch 125 Jahre später sind deren Vorteile offenkundig.

Heute liegt der Focus darauf, dieses System nachhaltig zu sichern.

Möglichkeiten, das zu erreichen, werden in besserer Forschung sowie kritischerer Evaluation sämtlicher Behandlungen vor ihrer Einführung in die Regelversorgung gesehen. Denn nicht jede neue Technologie stellt notwendigerweise einen Fortschritt dar. Vor ihrem breiten Einsatz sollten innovative Behandlungen daher zunächst unter Praxisbedingungen ausreichend getestet werden.

### Merkwürdigkeiten:

Die ärztlichen Sprechstunden sind in Deutschland pro Patient um 30 % kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die kürzesten in Europa. Dennoch haben deutsche Ärztinnen und Ärzte längere Arbeitszeiten.

Deutsche verwenden mehr frei verkäufliche Arzneimittel als andere Europäer und zahlen für Medikamente die höchsten Preise in Europa.

In acht Ländern wurde im Jahr 2008 ein internationaler Vergleich der Qualität der Gesundheitsversorgung bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten durchgeführt. Nach den britischen und niederländischen waren die deutschen Patientinnen und Patienten am drittbesten gegen private Zuzahlungen geschützt. Niederländer und Deutsche hatten den besten Zugang zu medizinischer Notfallversorgung. Allerdings weisen die Ergebnisse auch darauf hin, dass sich außerhalb von Krankenhäusern mehr Behandlungsfehler ereignen.

Deshalb – so das Fazit – sollten sich Initiativen zur Patientensicherheit nicht nur auf Krankenhäuser konzentrieren.

▲  
von Rudolf Pietsch

# Kosten nehmen zu

Warum steigen die durchschnittlichen Verordnungskosten?

Der AOK Bundesverband hat ermittelt, dass die durchschnittlichen Kosten für eine Verordnung vom Jahr 1992 bis zum Jahre 2008 um 175 % gestiegen sind.

Das damit nicht die Ausgaben der häuslichen Krankenpflege (HKP) gemeint sind, ergibt sich bereits daraus, dass angeblich im Jahr 2008 44,- Euro pro Verordnung durchschnittlich bezahlt wurden. Offensichtlich werden in die Verordnungskosten Komponenten von ärztlicher Vergütung bis hin zu Arzneimittelkosten hineingerechnet.

Die Statistik hat also in irgendeiner Weise mit der häuslichen Krankenpflege zu tun, aber offensichtlich keine Aussagekraft für die häusliche Krankenpflege. Maßgeblich sind – vielleicht alle – weiteren Bestandteile der Verordnungskosten, welche die Kostenexplosion verursacht haben. Dazu gibt es allerdings im Internetportal keine Graphik. Diese beschränkt sich auf Folgendes:

In der häuslichen Krankenpflege sind in den einzelnen Bundesländern seit Einführung der Pflegeversicherung nur minimale Vergütungssteigerungen um wenige Prozent zu verzeichnen. Oftmals sind Nettoausgleiche und Anpassungen erst verzögert und nach jahrelangen Verhandlungen erreicht worden.

Wie wir aus Erfahrung wissen, wird derart tendenziöses und oberflächliches Datenmaterial jedoch auch von Gesundheitspolitikern falsch interpretiert. Dabei wird keine unrichtige Aussage oder Erklärung erhoben. Allerdings werden die logischen und richtigen Schlussfolgerungen ausgeschwiegen.

Verbunden wird die Darstellung der gezeigten Graphik zur Entwicklung der durchschnittlichen Verordnungskosten mit folgender Erklärung: „Die Zahl der Verordnungen hat sich im gleichen Zeitraum nahezu halbiert. Zurück zu führen ist dies u. a. auf Leistungsausgrenzungen durch die Politik: Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 beispielsweise wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.“

Die Zunahme der Genehmigungsverwaltung innerhalb der AOK und diverse, zum Teil gerichtlich ausgetragene Streitigkeiten über die Leistungspflicht der AOK, werden nicht angesprochen. Die sind jedoch in der Praxis von unseren Mitgliedern erfahrbar und führen dazu, dass einige Versicherte auf die Finanzierung der Versorgung oder die Versorgung ganz verzichten, um nicht Streit mit der Krankenkasse führen zu müssen.

▲  
von Rudolf Pietsch



Ihre Wünsche...  
sind unser Angebot

Wir sorgen für...

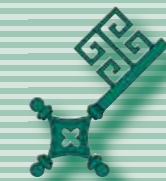
- ✓ Datenträgeraustausch
- ✓ Kostenersparnis
- ✓ Individuelle Betreuung
- ✓ Zeitersparnis
- ✓ Transparenz
- ✓ Liquidität



...denn Zeit und Personal kosten Geld.

Wir erledigen für Sie die komplette Leistungsabrechnung mit Krankenkassen, Privatpersonen und sonstigen Kostenträgern. Wir führen bei säumigen Zahlungspflichtigen konsequent das Mahnwesen durch.

... 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

# Dokumentationspflichten verletzt

Außerordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages droht

**Beschluss des Sozialgerichtes Hamburg vom 5.8.2008 (Az. S48 KR 1002/08ER)**

Im Ausgangsverfahren wurde einem ambulanten Pflegedienst (Antragstellerin) von der Krankenkasse der Vertrag nach § 132a SGB V fristlos gekündigt, nachdem diese wiederholt zeitgleiche Einsätze von einzelnen Mitarbeitern bei verschiedenen Versicherten abgerechnet hatte.

Die Antragstellerin hatte dagegen eingewandt, dass es sich hier lediglich um Dokumentationsfehler im Sinne der Angabe versehentlich falscher Termine gehandelt habe, die Einsätze aber zu anderen Zeiten tatsächlich stattgefunden hätten.

Gegen die fristlose Kündigung des Vertrages beantragte die Antragstellerin die Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes mit dem Ziel der Fortsetzung der Vertragsbeziehung bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache.

Das Sozialgericht Hamburg wies den Antrag des Antragsstellerin zurück, da sich die außerordentliche Kündigung nach Auffassung des Gerichtes als zulässig erwies. Denn die Voraussetzungen für eine außerordentliche Kündigung lagen hier vor.

**Nach § 30 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages gem. § 132a SGB V kann von der Antragsgegnerin ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten der Antragsgegnerin derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag für die Antragsgegnerin nicht mehr zumutbar ist.**

Die Antragsgegnerin macht hier als Kündigungsgrund, die gröbliche Pflichtverletzung bei der Abrechnung von Leistungen entgegen § 24 Abs. 2 des Vertrages geltend. Danach werden ausschließlich die von der Antragsgegnerin auf der Basis der ärztlichen Verordnung genehmigten und vom Leistungserbringer selbst erbrachten und ordnungsgemäß nachgewiesenen Leistungen vergütet. Hinsichtlich des ordnungsgemäßen Nachweises der Leistung verweist der Vertrag auf § 4 Abs. 6, wonach der sachliche Umfang und die jeweilige Uhrzeit des Leistungsbeginns vom Leistungserbringer auf dem Leistungsnachweis entsprechend der Anlage 7 zum Vertrag zeitnah darzustellen, zu unterschreiben und vom Versicherten durch wöchentliche Unterschrift zu bestätigen ist.

Unstreitig wurden in den Monaten Juli und August 2007 die Einsätze einiger Mitarbeiter bei den im Kündigungsschreiben im einzelnen aufgeführten Versicherten nicht ordnungsgemäß dargestellt, da zeitgleiche oder nahezu zeitgleiche Einsätze der jeweiligen Mitarbeiter bei verschiedenen Versicherten angegeben wurden. § 4 Abs. 6 Satz 1 des Vertrages fordert aber ausdrücklich die Eintragung der jeweiligen Uhrzeit des Leistungsbeginns, so dass es sich zumindest bei jeweils einem der zeitgleichen Einsätze hinsichtlich der Leistungszeit um eine Falschangabe durch das Pflegepersonal gehandelt haben muss.

Es ist hier nicht nachzuvollziehen, weshalb es dem Pflegepersonal nicht möglich gewesen sein sollte, die jeweils richtige Uhrzeit des Leistungsbeginns einzutragen.

Es handelt sich daher im vorliegenden Fall um eine gröbliche Pflichtverletzung im Sinne von § 30 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 des Vertrages. Dabei kann offen bleiben, ob bereits der einmalige Verstoß gegen die Dokumentationspflichten als gröblich bewertet werden könnte, dagegen spricht, dass sich die Gröblichkeit des Verstoßes auch nach dem Vertrag grundsätzlich nach dem Gewicht der verletzten Pflicht und der Dauer bzw. Intensität der Pflichtverletzung beurteilt. Allerdings handelt es sich hier gerade nicht um einen einmaligen Fall. Zum einen stehen bereits für die Monate Juli und August 2007 zehn nur stichprobenartig ermittelte und zur Abrechnung eingereichte Einsätze von Pflegepersonal in Rede, bei denen der Leistungsbeginn fehlerhaft dokumentiert worden ist. Zum anderen war es bereits in der Vergangenheit mehrfach zur Abrechnung zeitgleicher Einsätze gekommen. Die Antragstellerin ist diesen konkreten Vorwürfen weder zu einer früheren Zeit noch nunmehr im einstweiligen Rechtsschutzverfahren entgegengetreten. Die danach unstrittigen Verstöße zogen dann auch eine Abmahnung der Antragstellerin durch die Antragsgegnerin nach sich.

Hinzu traten noch andere unstrittige Verstöße gegen die ordnungsgemäße Dokumentation erbrachter Leistungen, wie z.B. die Abrechnung häuslicher Krankenpflege während eines Krankenhausaufenthaltes zweier Versicherter und den nach Angaben der Antragstellerin versehentlich zur Abrechnung eingereichten Verbandswechsel bei zwei Versicherten.

Unter diesen Umständen war der Antragsgegnerin ein Festhalten an dem Vertrag nicht mehr zumutbar. Die Antragstellerin war trotz Abmahnung durch die Antragsgegnerin über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage, Fehler bei der Dokumentation in den Leistungsnachweisen abzustellen. Die Antragsgegnerin ist aber auf eine hohe Sorgfalt bei der Dokumentation durch die Pflegeunternehmen angewiesen und muss sich auf diese verlassen können.

Die vorliegende Entscheidung des Sozialgerichtes macht deutlich, dass insbesondere die mehrfache Verletzung von vertraglichen Vorschriften nach § 132a SGB V durchaus geeignet ist, die Krankenkasse im Einzelfall zur Ausübung des außerordentlichen Kündigungsrechtes zu berechtigen. Insbesondere, im Vorfeld bereits gleichgelagerte Verstöße, die von der Kasse bereits abgemahnt wurden, erhöhen die Gefahr, dass dann bei weiteren Verstößen trotz Abmahnung und Hinweises der Krankenkasse, dieses Fehlverhalten anzustellen, dann eine so schwere gröbliche Pflichtverletzung vorliegt, die zur außerordentlichen Kündigung seitens der Krankenkasse berechtigt, auch wenn die Pflege ansonsten nicht zu beanstanden ist. Der Leistungserbringer ist daher gut beraten, die vertraglichen Vorschriften, insbesondere im Bezug auf die Abrechnung, genau zu beachten. Der Beschluss ist rechtskräftig und kann unter [www.abvp.de/Arbeitshilfen](http://www.abvp.de/Arbeitshilfen) und **Recht/Rechtsprechung** eingesehen werden.

▲  
von Maïke Beisner

# Arbeitsschuhe – Ein Pflegeethema?

Gut zu Fuß im Pflegeberuf – Kriterien für sicheres Schuhwerk

Um Arbeitsausfall zu vermeiden, kann der Arbeitgeber präventive Maßnahmen von der fürsorglichen Bereitstellung von Arbeitsschuhen bis zu Dienstanzweisungen ergreifen. Die BGW gibt hinsichtlich des Schuhwerks im Pflegeberuf folgende Hinweise:

► **Umknicken, ausrutschen, stürzen:**

Viele Arbeitsunfälle passieren aufgrund von ungeeignetem Schuhwerk – insbesondere in Pflegeberufen. Mit sicheren Arbeitsschuhen können Sie Unfälle vermeiden.

► **Ein (vorn) geschlossener Schuh:**

Die Zehen und der Vorderfuß sind geschützt. Das Verletzungsrisiko der Zehen sinkt – besonders beim Schieben von Betten und Rollstühlen. Auch aus hygienischer Sicht spricht viel für den geschlossenen Schuh. Schließlich kann im pflegerischen Tun immer einmal etwas „danebengehen“. Im günstigsten Fall bleibt der Fuß dann trocken.

► **Eine geschlossene, feste Fersenkappe:**

Die Fersenkappe garantiert hohe Standsicherheit. Dass die Pflegekraft selbst fest und sicher steht, ist auch Voraussetzung dafür, dass sie Patienten Stabilität beim Transfer oder bei der Mobilisation geben kann. Gewichtsverlagerung und Drehbewegungen sind dennoch möglich. Die Kappe bietet eine feste Fersenführung, gibt seitlichen Halt und verhindert so das Umknicken. Ferse, Sehnen, Bänder und Gelenke sind geschützt. Eine Polsterung an der Kappe vermeidet Verletzungen, zum Beispiel an der Achillessehne. Achtung: Ein Fersenriemchen bietet keinen derartigen Schutz – auch dann nicht, wenn es gepolstert und verstellbar ist!

► **Eine regulierbare Spannweite:**

Die Schuhe können durch Schnüren oder einen Klettverschluss in der Weite an den Fuß angepasst werden. Insgesamt muss der Schuh genau passen und fest am Fuß sitzen, um ein „Schwimmen“ des Fußes im Schuh zu vermeiden.

► **Eine gut profilierte, großflächige Auftrittsohle:**

Das Material muss auf glatten und nassen Böden rutschhemmend wirken, um Rutsch- und Sturzunfälle auch auf feuchten oder

verschmutzten Böden zu verhindern. Die Auftrittfläche der Sohle sollte möglichst groß sein, damit ausreichende Standsicherheit gegeben ist. Schuhe mit der sogenannten Barfußtechnik sind aus diesem Grund als Arbeitsschuhe eher ungeeignet.

► **Eine dämpfende Sohle:**

Sie reduziert zusätzlich die Wirkung von kleinen Stößen, die beim Gehen und Laufen unweigerlich entstehen, und entlastet so Gelenke und Wirbelsäule. Achtung: Schuhe mit Korkfußbett haben meist nur eine minimale Dämpfung, die sie überdies schon nach wenigen Wochen Tragezeit völlig einbüßen.

► **Ein anatomisch geformtes Fußbett:**

Es stützt den Fuß, entlastet das Fußgewölbe und dämpft Stöße ab.

► **Ein flacher Absatz:**

Ist der Absatz nicht höher als zwei Zentimeter, wirkt sich das positiv auf die Körperhaltung aus. Das Körpergewicht verteilt sich gleichmäßig auf den gesamten Fuß, die Wirbelsäule wird entlastet.

► **Ein wasserabweisendes, strapazierfähiges und pflegeleichtes Material:**

Atmungsaktives Material wie Leder oder Goretex nimmt die Feuchtigkeit des Fußes auf und transportiert sie nach außen weiter. Socken aus funktionellem Gewebe (Mikrofaser, Wolle) unterstützen diese Wirkung.

► **Achtung bei der Schuhwahl:**

Pflegekräfte müssen sich jederzeit auf ihre Standsicherheit verlassen können, vor allem auch wenn sie Patienten bewegen und umlagern. Fehlt dabei der feste Halt, ist auch die Sicherheit des Patienten gefährdet. An geeigneten Schuhen, die zudem bequem und modern sind, mangelt es auf dem Markt nicht. Und natürlich soll der Schuh auch gut aussehen. Zahlreiche Sport- und Freizeitschuhe erfüllen diese Anforderungen, ebenso klassische Arbeitsschuhe, die es im Fachhandel gibt. Aber Achtung: Auch Schuhe, die Händler oder Herstellern explizit als „Pflegeschuhe“ oder „Profischuhe“ anbieten, sollten Sie stets anhand der genannten Kriterien kritisch prüfen.

► **Noch ein praktischer Hinweis:**

Auch der beste Schuh verschleißt im Ar-

beitsalltag. Alle sechs Monate sollten Sie sich und Ihren Füßen deshalb ein paar neue Arbeitsschuhe gönnen. Noch besser ist es, zwei Paar Schuhe im Wechsel zu tragen – eine Sohle mit Dämpfung braucht nämlich fast einen ganzen Tag, bis sie wieder zu ihrer alten Elastizität zurückfindet. Nimmt man die Einlegesohle heraus, kann der Schuh besonders gut ablüften.

► **Unterstützung durch den Arbeitgeber:**

Arbeitskleidung und Arbeitsschuhe gehören in Berufen des Gesundheitsdienstes zusammen. Häufig stellt der Arbeitgeber die Arbeitskleidung, weil damit erhöhte hygienische Anforderungen verbunden sind oder weil die einheitliche Dienstkleidung eine besondere Außenwirkung erzielen soll. Schuhe dagegen beschafft und finanziert der Arbeitgeber meist nur dann, wenn die Gefährdungsbeurteilung ergeben hat, dass mit Fußverletzungen durch äußere Einwirkungen regelmäßig zu rechnen ist. In den anderen Fällen müssen sich Pflegekräfte um ihre Arbeitsschuhe selbst kümmern. Das bedeutet aber nicht, dass damit das Thema „Schuhe“ allein Sache der Mitarbeitenden ist.

**Arbeitgeber können und müssen darauf hinwirken, dass Mitarbeitende sich sicherheitsgerecht verhalten.**

Auch wenn es um die Auswahl geeigneter Schuhe geht. Durch klare Vorgaben, welche Kriterien die Schuhe erfüllen müssen, und durch überzeugende Argumente, die für diese Kriterien sprechen, können Arbeitgeber das Kauf- und Trageverhalten bei den Mitarbeitenden beeinflussen. Solche Vorgaben sollten gemeinsam mit den gewählten Vertretern der Beschäftigten erarbeitet und am besten in einer Dienstvereinbarung verankert werden. Darüber hinaus können Arbeitgeber auch Anreize bieten: zum Beispiel, indem sie eine Vorauswahl geeigneter Schuhe selbst treffen und über den zentralen Einkauf Großkundenrabatte an die Beschäftigten weitergeben. (Quelle: bgw info)



Ein Bericht von Rudolf Pietsch

# AG nimmt Arbeit auf

## AG Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Tradition der AG's im ABVP hat sich stets als unerlässlicher Bestandteil des Verbandes bei der Meinungsbildung und der öffentlichen Darstellung erwiesen. Das hat insbesondere die AG Budget einmal mehr gezeigt. Daher ist es umso erfreulicher, dass sich Herr Bodden und Herr Viereck als „eingespieltes Team“ dem nächsten großen Thema – der nächsten Pflegereform – widmen. Hauptamtlich unterstützt werden sie von Sonja Schmitz (GS West) und Thorsten Mittag (GS Ost).

Die AG sieht ihre Aufgabe darin, dass ungeborene Reformvorhaben frühzeitig strukturiert aufzuarbeiten und entsprechende Prüfsteine zu entwickeln, die möglichst noch vor einem Gesetzgebungsverfahren zum Einsatz kommen. Daher wird gegenwärtig der Umsetzungsbericht und das neue Begutachtungsassessment (NBA) des seit 2006 konstatierten Beirats zum Pflegebedürftigkeitsbegriff analysiert und, bezogen auf die ambulante Versorgung, ausgewertet. Klar ist, dass solche Grundsatzänderungen auf das bestehende System immense Auswirkungen haben werden:

- ▶ Der Grad der „Selbstständigkeit“ rückt in den Fokus.
- ▶ Der Hilfsmiteinsatz zum Erhalt der Selbstständigkeit bekommt in der Begutachtung einen noch höheren Stellenwert.
- ▶ Bisherige Maßstäbe gehören der Vergangenheit an: Gesundheitlich bedingte Probleme (psychisch, kognitiv, körperlich, etc.), Zeitaufwand der privat pflegenden Pflegeperson.

Das Kriterium hauswirtschaftliche Leistungen (hier Haushaltsführung) ist zwar Gegenstand des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, spielt jedoch bei der Bewertung keine Rolle mehr. Grundsätzlich kann sich aus den einzelnen Prüfmodulen eine Überarbeitung der uns bekannten Leistungskomplexsysteme ergeben.

▲  
von Thorsten Mittag

## ABVP benennt neue Bundesgeschäftsführerin

Am ersten August dieses Jahres hat **Susanne Steinröhder** die Bundesgeschäftsführung des Verbandes übernommen. Damit wurde ihr die Möglichkeit gegeben, die bereits im Ehrenamt angestoßenen Veränderungen und Umstrukturierungen, die zu einem nachhaltigen Erfolg des ABVP e.V. beitragen sollen, weiterführen zu können. Den Vorsitz hat satzungsgemäß Frau **Martina Lippert** kommissarisch übernommen. In der Bundesmitgliederversammlung am 19. November 2009 wird dann ein neuer Vorsitz gewählt werden. Frau Steinröhder freut sich auf ihre neue Tätigkeit: „An dieser Stelle möchte ich mich beim geschäftsführenden Vorstand für sein entgegengebrachtes Vertrauen bedanken. Ich freue mich auf meine Aufgabe und auf

die Zusammenarbeit mit den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern in diesem Verband. Wie versprochen, werde ich die bereits begonnene Arbeit in meiner Tätigkeit als Bundesgeschäftsführerin fortführen. Ich bin von dem bereits spürbaren Erfolg überzeugt, wenn wir die eingeschlagene Richtung beibehalten.“

▲  
die Redaktion



Susanne Steinröhder



Martina Lippert

## Neue Mitarbeiterinnen in den Geschäftsstellen des ABVP

Die **Geschäftsstelle Nord** ist seit Juli 2009 mit Frau Natalie Scholz, vertretungsweise für die in Mutterschutz befindliche Frau Hauss, besetzt.



Natalie Scholz

Mit **Natalie Scholz** konnten wir eine sehr engagierte und kompetente Mitarbeiterin als Ansprechpartnerin für die Mitglieder der Geschäftsstelle Nord und für die Bundesgeschäftsstelle gewinnen.

Wir wünschen Ihnen und uns eine angenehme Zusammenarbeit mit Frau Scholz.

Die **Geschäftsstelle Ost** hat seit Mai 2009 als neue Ansprechpartnerin Frau Kerstin Bader in ihrem Team.



Kerstin Bader

Mit **Kerstin Bader** konnte eine junge und sehr engagierte Sekretärin für die Geschäftsstelle in Berlin gewonnen werden.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Frau Bader. Sie freut sich auf Ihren Anruf!

▲  
die Redaktion

## Kurz notiert

### Patientenverfügung

#### Gesetzliche Regelung

Nach jahrelangen Debatten hat der Bundestag vor der Sommerpause eine gesetzliche Regelung für die Patientenverfügung verabschiedet. Hat der Patient keine tödliche Erkrankung, muss sein Wille trotzdem befolgt werden. Auch die Beratung durch einen Arzt im Vorfeld der aufgesetzten Verfügung muss nicht eingeholt werden. Bundesministerin Zypries (SPD) äußerte sich wie folgt: „Endlich gibt es mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit!“ Bundesärztekammerpräsident Hoppe ist dagegen ent-

täuscht. Es würde viele Situationen von Schwerstkranken geben, die sich mit dem Gesetz nicht regeln ließen. Auch der Deutschen Hospiz-Stiftung geht der Beschluss nicht weit genug. Weitergehende Informationen in Form einer Broschüre für Sie und Ihre Patienten finden Sie beim Bundesministerium für Justiz unter: [http://www.bmj.de/files/-/1512/Patvfg\\_160108.pdf](http://www.bmj.de/files/-/1512/Patvfg_160108.pdf) Ein Musterdokument der Patientenverfügung kann kostenfrei im Internet herunter geladen werden, z.B. unter: <http://www.aerztekammer-hamburg.de/patienten/patientenverfueg.htm>

kurz notiert von Thorsten Mittag

## MDK-Prüfung:

# Neue Qualitäts-Prüfrichtlinien (QPR)

Ein Jahr nach in Kraft treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 30.06.2009 neue Qualitäts-Prüfrichtlinien (QPR) genehmigt.

Damit ist der MDK formal legitimiert, nunmehr nach einem neuen System Qualitätsprüfungen in Ihrer Einrichtung durchzuführen, dem die Pflege-Transparenzvereinbarung (PTV) als Teilmenge zusätzlich zu Grunde liegt. Wir stellen streitig, dass dieses Verfahren jedoch korrekt durchgeführt wurde. In dem, der Genehmigung vorausgegangen, Beteiligungsverfahren war nämlich die Prüfanleitung nicht vorgelegt worden, die die Prüfkriterien präzisieren. Deswegen stufen wir die bei diesem Sachstand durchgeführten Prüfungen gegenwärtig als anfechtbar ein.

Mit den Schreiben vom 23.07.09 und 03.08.09 hatten wir Sie umfassend zum gegenwärtigen Sachstand informiert. Alle notwendigen Informationen finden Sie gut sortiert auf der Startseite unserer Homepage: [www.abvp.de](http://www.abvp.de). Darüber hinaus stehen Ihnen die kompetenten Ansprechpartner in den Geschäftsstellen zur Verfügung. Denn eins ist klar: Insbesondere die Veröffentlichung der Prüfberichte wird kurz und mittelfristig zu einer bisher unbekannt Aufmerksamkeit bezüglich ihrer den Kassen und Versicherten geschuldeten Qualität der Leistungserbringung führen. Vorsorge ist hier besser als Nachsorge. Das mag im Rahmen der bisherigen Maßnahmenbescheide der Kassenverbände noch anders gewesen sein. Deswegen liegt uns sehr am Herzen, dass Sie den geeigneten Rahmen zur Auseinandersetzung mit der Thematik haben.

Historisch gesehen waren die QPR schon immer problematisch. Die Entwicklung und Schaffung hoher Anforderungen für Pflegedienste – insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements – sollte ursprünglich gem. § 80 SGB XI vertragspartnerschaftlich erfolgen. Nachdem die Vereinbarungen hierzu nicht zustande gekommen waren, wurden sie letztendlich einseitig und zum großen Ärger aller beteiligten Akteure auf Leistungserbringerseite festgelegt, indem die bis dahin formulierten „Qualitätsgrundsätze ambulant“ stark für Qualitäts-Prüfrichtlinien interpretiert worden sind.

Aufgrund des ursprünglichen Mitwirkungsrechts war ein qualifiziertes Beteiligungsrecht für Verbände bisher nicht erforderlich. Nun sind diese Beteiligungsrechte erstmalig in der Form eingeräumt worden und zugleich durch die Hintertür wieder genommen worden. Diese streitwürdige Beschneidung wurde über die MDK-Prüfanleitung initiiert. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Teil der QPR nicht zum Bestandteil des Beteiligungsverfahrens gemacht. Schlimmer noch: Die Prüfanleitung gehört nach dieser Rechtsauffassung nicht zu den Richtlinien. Dabei handle es sich lediglich

um eine interne Verfahrensanweisung des MDK! Das BMG toleriert offensichtlich diese Rechtsauffassung und hat sich bisher nicht klar auf unsere schriftliche Anfrage geäußert, wie denn inhaltlich eine solche Auslegung zu erklären wäre, wenn doch offensichtlich die Prüfanleitung anhand von Kriterien zu Beantwortung der Fragen führt. Wir sind entschieden anderer Auffassung und prüfen hierzu alle erdenklichen Schritte. Denn eines ist doch klar: Wir haben insbesondere für die Transparenzkriterien eine Ausfüllanleitung vereinbart, damit genau das nicht passieren kann und für Sie eine faire Prüfgrundlage besteht!



Ein Bericht von Thorsten Mittag

Nunmehr stellen wir fest, dass durch die aufgezeigte Hintertür diese Vereinbarung unterwandert wird. Das hebt die faire Prüfgrundlage vollends auf. Unhaltbar!

Dem aber nicht genug: Sogar das BMG hat mit seinen Auflagen zur Genehmigung der QPR die Vereinbarung der PTV offensichtlich verletzt, indem die Zufallsstichprobe, die so vereinbart auf Erkenntnissen gesicherter pflegewissenschaftlicher Expertise beruhte, bei anlassbezogenen Prüfungen gezielt erweitert werden kann.

Lassen Sie mich abschließend noch mal deutlich hervorheben:

Es gibt gegenwärtig noch keine, vom GKV-Spitzenverband abgesegnete, MDK-Prüfanleitung für den ambulanten Bereich. Der MDK begibt sich jetzt so lange auf dünnes Eis, wie dies nicht nachgeholt worden ist. Er ist nicht legitimiert, nach den alten QPR zu prüfen. Prüft er nach den neuen QPR, muss das Gesamtverfahren hinterfragt werden, denn die Prüfunterlagen sind nicht komplett.

Sollte dies geschehen und sie erhalten gute Noten, die Sie auch unmittelbar veröffentlicht wissen wollen, wird man Ihnen sagen, das die Technik noch nicht so weit ist, obgleich die Prüfergebnisse lt. dem Gesetz veröffentlicht werden müssen.

Wir führen gerne diese Diskussion für Sie!



Neue Leistung des ABVP e.V. für ambulante Pflegedienste

## Betriebswirtschaftliche Unterstützung



Ein Bericht von  
Endris Björn Heimer

Ab September 2009 bietet der ABVP e.V. seinen Mitgliedern exklusiv umfangreiche Hilfen und Unterstützung zur Vermeidung und zur Umkehr aus einer finanziellen Schieflage an.

**Die Konzeption greift als Vorstufe einer Unternehmensberatung auf ein Netzwerk von wichtigen Fachleuten zurück. Mitgliedsbetriebe für Testphase gesucht.**

In Gesprächen mit Inhabern ambulanter Pflegedienste stellt sich immer wieder heraus, dass sich diese vielfach über mehrere Jahre hinweg mit verschiedenen Problemen arrangieren und sich mit der Erkenntnis begnügen, dass eine qualitative Pflege eben einfach nicht ausreichend profitabel ist. Häufig wird jedoch die scheinbar mangelnde Profitabilität mit einem übermäßigen Einsatz der eigenen Person kompensiert. Die Folge: Verzicht auf freie Tage, Reduzierung des eigenen Urlaubs, schwankendes Gehalt bzw. unkalkulierbare Privatentnahmen. Schwankende Umsätze setzen Unternehmer beinahe täglich vor große Herausforderungen. Starre Kostenstrukturen, die sich unter Umständen über Jahre hinweg im eigenen Dienst etabliert haben, verhindern in vielen Fällen notwendige Investitionen. Erforderliche Investitionen, die einen temporären Engpass mit sich bringen, werden wahlweise verschoben oder mit kreativen Finanzierungsmodellen in den Alltag integriert. Nicht selten wird eine Schieflage aber auch gar nicht als Problem wahrgenommen. Vielleicht hatte man als Unternehmer noch nie oder nur selten das Gefühl der Sorglosigkeit und hat sich über eine lange Zeit an die finanzielle Enge gewöhnt.

Mit Beginn der Wirtschaftskrise ist das Thema der finanziellen Schieflage deutlich populärer geworden. Während man bis-

lang versucht hat, mit seinen Problemen selbst zurecht zu kommen und das Thema in Gesprächen gemieden und versucht hat, sich die Situation „schön zu reden“, greifen Unternehmer laut Statistiken nun sehr viel häufiger auf die Dienstleistung der professionellen Unternehmensberatung zurück. Eine Vielzahl von Anbietern, mehr oder minder auf die speziellen Anforderungen und Bedürfnisse ambulanter Pflegedienste spezialisiert, tummeln sich auf dem Markt und stehen mit Rat und Tat stets hilfreich und natürlich kostenpflichtig zur Verfügung. Doch in aller Regel werden diese Hilfen erst sehr spät in Anspruch genommen, häufig erst dann, wenn es beinahe schon zu spät ist: Jetzt stehen hohe Beratungskosten als unüberwindbares Hindernis, unter Zeitdruck wird versucht, das „Ruder“ herumzureißen.

Vielfach stehen die finanziellen Schwierigkeiten in Zusammenhang mit Potenzialen im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Die Struktur, vornehmlich kleiner Pflegedienste, erfordert scheinbar das starke Engagement der Leitungskräfte im Pflegealltag. Die zeitlichen Ressourcen reichen nur selten für Maßnahmen der Qualitätssicherung, die Administration und die bürokratischen Anforderungen an ein Unternehmen werden dann „nebenbei“ mit erledigt.

**Der ABVP e.V. möchte seinen Mitgliedsbetrieben helfen und zwar bevor eine finanzielle Schieflage eintritt oder ein Engpass vorhanden ist.**

**Für die im September beginnende Testphase suchen wir ambulante Pflegedienste, die dazu bereit sind, einen von uns entwickelten Fragebogen zu beantworten.** Die Antworten dienen dazu, eine Ist-Situation zu erfassen, als Basis zur Abstimmung der weiteren Inhalte der neuen Konzeption. Auf Wunsch nehmen wir gerne nach Ausfüllen des Fragebogens direkt mit Ihnen Kontakt auf. Selbstverständlich behandeln wir Ihre

Daten streng vertraulich und vernichten diese im Anschluss an die entsprechende Bearbeitung ordnungsgemäß.

Schon jetzt verfügen wir in unserem Netzwerk über kompetente Partner, mit Hilfe derer wir in der Lage sind, Ihnen unsere Leistungen zu deutlich günstigeren als den marktüblichen Konditionen anbieten zu können. Wir möchten Sie unterstützen und Ihnen dabei helfen, die Zukunft zu meistern und allgemein den Ausbau ambulanter Einrichtungen in Deutschland weiter voran zu treiben.

Auf Wunsch werfen wir im Rahmen eines persönlichen Kontakts durch unsere Mitarbeiter bei Ihnen vor Ort auch ein Auge auf die Qualitätsmanagement-Strukturen in Ihrem Betrieb.

**Die Ergebnisse unseres neu entwickelten „QM-Kurz-Checks“ zeigen Ihnen schnell Möglichkeiten eines individuellen Gesamtpakets.**

Wir freuen uns auf Ihr Interesse und Ihre Teilnahme an der Testphase unserer neuen Konzeption. Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns und bestellen Sie Ihren Fragebogen. Die Fragebögen werden dann nach Eingang bearbeitet. Sie erhalten auf jeden Fall eine regelmäßige Gesamt-Auswertung per Mail.

Sie haben Fragen zur neuen betriebswirtschaftlichen Unterstützung des ABVP e.V.? Sie benötigen Hilfe und wünschen ein individuelles Beratungsgespräch? Kein Problem! Rufen Sie uns an und vereinbaren Sie einen Termin mit uns. Wir nehmen uns die Zeit, die Sie brauchen und kommen gerne zu Ihnen. Wir sind für Sie da!

**Telefon: 0511 / 515 111 - 0,  
Email: [dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)  
[www.abvp.de](http://www.abvp.de)**

## Altenpflegeausbildung

Auch im ambulanten Pflegedienst (!)?

**Das Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung berät kostenlos**

Seit im Jahr 2003 das Altenpflegegesetz des Bundes in Kraft getreten ist, kommt den Einrichtungen der Altenhilfe als Ausbildungsbetrieben eine neue Verantwortung zu. Um hier zielgerichtete und wirkungsvolle Impulse zu geben, wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit finanzieller Förderung durch die Europäische Union das „Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung“ ins Leben gerufen.

Das Servicenetzwerk Altenpflegeausbildung besteht bereits seit zwei Jahren und bietet ausbildungsinteressierten Pflegeeinrichtungen noch bis September 2010 Informationen und Beratung zur Einrichtung von Ausbildungsplätzen und zur Verbesserung der Ausbildungsqualität. Zentrales Instrument der Information und Kommunikation ist die Internetseite [www.altenpflegeausbildung.net](http://www.altenpflegeausbildung.net), die laufend aktualisiert und ergänzt wird. Hier sind die Angebote Information, Beratung, Fortbildung, Kooperation/Vernetzung des Servicenetzwerkes näher beschrieben und es können zahlreiche Informationen und Materialien rund um das Thema Altenpflegeausbildung abgerufen werden. Diese Informationen sind zum Teil bundeslandspezifisch aufbereitet. Der Newsletter des Servicenetzwerkes, der über die Internetseite abonniert bzw. abgerufen werden kann, beschäftigt sich in



jeder Ausgabe ausführlich mit einem Schwerpunktthema. Der aktuelle Newsletter Nr. 5 widmet sich schwerpunktmäßig der Ausbildung in ambulanten Pflegediensten.

Die sechs regionalen Servicestellen, die jeweils für ein oder mehrere Bundesländer zuständig sind, stehen den Altenpflegeeinrichtungen und ihren Trägern für Anfragen zur Altenpflegeausbildung zur Verfügung. Alle Leistungen des Servicenetzwerkes sind kostenlos. Gerne nimmt die Zentrale Servicestelle des Servicenetzwerkes Altenpflegeausbildung in Berlin Ihre Anfrage entgegen und leitet Sie an die zuständigen regionalen Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner weiter: [zentrale@altenpflegeausbildung.net](mailto:zentrale@altenpflegeausbildung.net) oder Tel. 030-330995-03. Die für Sie zuständige Servicestelle finden Sie auch auf der Internetseite unter [www.altenpflegeausbildung.net/snaa/organisation/servicestellen](http://www.altenpflegeausbildung.net/snaa/organisation/servicestellen).

vom Service Netzwerk Altenpflegeausbildung

## Leipziger Pflegemesse

vom 29.09. – 01.10.2009

Das diesjährige Fachprogramm in Leipzig wird maßgeblich durch den ABVP e.V. mitgestaltet. Ein besonderes Highlight ist die ABVP-Podiumsdiskussion zum Thema „wohin steuert die ambulante Pflege?“, zu der sich zahlreiche prominente Gäste angemeldet haben. Auf der Aktionsbühne im Management-Forum der Halle 1 bieten wir Ihnen an allen 3 Messetagen interessante Fachvorträge durch hochkarätige Referenten zu wichtigen Themen der häuslichen Pflege an. Einen weiteren Schwerpunkt bilden außerdem unsere Workshops im Kongress. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen das ausführliche Programm. Auch erhalten Sie alle Informationen auf der Homepage der Leipziger Messe unter [www.pflegemesse.de](http://www.pflegemesse.de).

Besuchen Sie uns auf der Messe – Sie finden uns und unseren Medienpartner Systemprint Medien GmbH in Halle 1 an Stand B05. An unserem Stand informieren wir Sie über Neuigkeiten im Programm des ABVP e.V. Wir freuen uns, Ihnen zur Messe unseren neuen Servicepartner, die Daimler AG, vorstellen zu dürfen und laden Sie ganz herzlich zum „Probefahren“ im neuen SMART ein. Wir haben ein Kontingent an Freikarten. Rufen Sie uns an und bestellen Sie Ihre persönliche Einladung in unserer Bundesgeschäftsstelle bei **Frau Natalie Scholz unter 0511 / 515 111-0**. Wir freuen uns auf Sie!

von Endris Björn Heimer

**SYSTEM  
PRINT  
MEDIEN**



Pflegen  
Sie Ihr  
Auftreten

### Anzeigenschaltung „ABVP im Dialog“

Nähere Informationen erhalten Sie von  
Jörg Pietschmann  
Telefon: 034298/759-14  
Email: [pietschmann@systemprint.de](mailto:pietschmann@systemprint.de)

[www.systemprint.de](http://www.systemprint.de)

ABVP e.V. baut eigene QM-Konzeption weiter aus

# Die MDK-Kummer-Service Nummer

**Besondere Umstände erfordern besondere Maßnahmen: der ABVP e.V. reagiert auf die geänderten Bedürfnisse von ambulanten Pflegediensten bei unangemeldeten MDK-Prüfungen und richtet einen Bereitschaftsdienst ein.**

Es ist 7:00 Uhr am frühen Morgen, ein Wochentag irgendwo in Deutschland. Im Vorbeigehen wirft die Pflegefachkraft noch schnell einen Blick auf das Faxgerät, zieht ein Blatt heraus und liest: „... Durchführung einer Qualitätsprüfung ... um 9:00 Uhr in den Räumlichkeiten Ihres Pflegedienstes.“ Der MDK kommt! Und zwar heute! Was ist zu tun? Die Pflegedienstleitung wird angerufen und über die bevorstehende Prüfung informiert. Diese fährt so schnell wie möglich ins Büro. Sie weiß, was auf sie zukommt, sie hat sich lange und gut darauf vorbereitet. Im Schrank stehen die Ordner mit den Personalunterlagen. Sie wirft noch einen Blick auf die letzten Dienst- und Tourenpläne und geht im Kopf die Patienten durch, die ihr gerade einfallen. Die letzte Pflegevisite liegt schon eine Weile zurück, ein paar Neuaufnahmen gab es in den letzten Tagen, und jetzt ist Urlaubszeit. „Sind die Dokus in Ordnung?“ fragt sie sich. Schnell kreisen die Gedanken. Sie will an alles denken und auch keine Fehler machen. Sie will gut vorbereitet wirken und keine Angst ausstrahlen. Und dann kommt auf einmal diese Leere im Gedächtnis. Die letzte MDK-Prüfung liegt schon einige Jahre zurück. Die Vorbereitung war reine Theorie. Aber wird sie nun an alles denken? Wird sie die neuen Prüfrichtlinien parat haben und wird sie wissen, was sie im Zusammenhang mit den Veröffentlichungen von Prüfergebnissen zu beachten hat? Wen kann sie fragen? Wen kann sie jetzt so schnell erreichen und wer kann ihr die Unruhe nehmen? Ihr Blick schweift über die Pinnwand neben dem Schreibtisch und bleibt kleben an dem letzten Schreiben des ABVP: Rufbereitschaft! Die MDK-Kummer-Service Nummer. „Das ist es!“ denkt sie sich und wählt 01805 – ABVPeV(228738).

So oder so ähnlich mag es sich in einigen Fällen darstellen, wenn der MDK zur Qualitätsprüfung kommt. Genau hier will der ABVP e.V. mit dem weiteren Ausbau der praxisorientierten QM-Konzeption ansetzen. Aufgrund der Änderungen im PflWG wird es nicht immer möglich sein, persönliche Unterstützung vor Ort anzubieten. Für diese Fälle erreichen Sie ab dem 1. September 2009 an Werktagen von 7:00 Uhr bis 9:00 Uhr und von 16:00 Uhr bis 20:00 Uhr, also vor und nach den regulären Bürozeiten der Geschäftsstellen, den ABVP-Bereitschaftsdienst.

## Was kann der Bereitschaftsdienst für Sie leisten?

Zunächst sind wir in der Lage, Ihre Fragen zum Ablauf einer Prüfung zu beantworten. Die Mitarbeiter des Bereitschaftsdienstes haben allesamt langjährige Erfahrung bei der Begleitung von MDK-Qualitätsprüfungen. Wir können Ihnen Ihre Ängste nehmen, sofern welche vorhanden sind. Wir haben eine Arbeitshilfe vorbereitet, die Sie in die Lage versetzt, Ihren Dienst in kurzer Zeit für die Prüfung vorzubereiten. Gerne übersenden wir Ihnen diese Arbeitshilfe und eine Übersicht mit „15 Tipps für die MDK-Prüfung“. Diese Tipps sind aus den gesammelten Erfahrungen der Mitglieder unserer Arbeitsgemeinschaft Qualitätsmanagement (AG-QM) entstanden. 15 Tipps geben in knappen Sätzen Aufschluss über Ihre Rechte und Pflichten und schildern zusätzlich einige „no go's“ im Verlauf einer Qualitätsprüfung. Sie haben außerdem mit diesen Hilfen die Möglichkeit, Ihre MitarbeiterInnen auf die Prüfung vorzubereiten und ggf. mit zu involvieren.

Gerne gehen wir gemeinsam mit Ihnen die Arbeitshilfen durch und bereiten Sie und Ihren Dienst auf diese Weise auf die bevorstehende Prüfung vor.

Unser Bereitschaftsdienst ist auch in der Lage, Ihnen Ihre individuellen Fragen zu beantworten und Sie bei Problemen zu unterstützen, die Ihnen bereits im Vorfeld der

Prüfung einfallen. Wir informieren Sie auch über die wichtigsten Änderungen der neuen Prüfrichtlinie, z.B. was die Auswahl der zu begutachtenden Klienten betrifft, die Hintergründe der sog. „teilnehmenden Beobachtung“ und den Spielraum, den auch ein MDK-Prüfer hat.

Zusätzlich wird der Bereitschaftsdienst versuchen, für Sie eine persönliche Begleitung zu arrangieren, die dann im Laufe der Prüfung dazu kommt. Zu diesem Zweck werden wir in Kürze damit beginnen, interessierte Pflegedienstinhaber und deren Mitarbeiter in Form eines Seminars zum „Prüfbegleiter“ zu qualifizieren. Mittelfristig sind wir auf diese Weise in der Lage, über ein bundesweites Netzwerk von qualifizierten Fachkräften zu verfügen, die dann – gegen ein Entgelt – auch bei unangekündigten Prüfungen kurzfristig zur Verfügung stehen können.

### ABVP-Hotline für unangemeldete MDK-Prüfungen

**01805 – 22 87 38\* (ABVPeV)**

An Werktagen  
 von 7:00 Uhr bis 9:00 Uhr und  
 von 16:00 Uhr bis 20:00 Uhr

\* 0,14 EUR/min. aus dem Festnetz DTAG  
 Mobilfunkpreise können abweichen

Wir stehen Ihnen während der gesamten Prüfung telefonisch zur Verfügung. Sollten sich während der MDK-Prüfung Fragen ergeben oder Unsicherheiten auftreten, erreichen Sie uns jederzeit telefonisch. Während der regulären Bürozeiten Ihrer Geschäftsstelle ist diese Ihr erster Ansprechpartner. Wir nehmen Ihre Fragen auf und beantworten diese schnellstmöglich. Unter Umständen rufen wir Sie zurück, z.B. wenn eine Beantwortung Ihrer Frage augenblicklich nicht möglich scheint.

Unser Bereitschaftsdienst kann Ihnen auf Wunsch einzelne Bestandteile des ABVP



QM-Handbuchs z.B. per Email zukommen lassen. Wenn Sie wissen, dass in Ihrem eigenen QM-System Bestandteile der weiteren Bearbeitung bedürfen, stellen wir Ihnen – sofern vorhanden – die entsprechenden Inhalte aus dem verbandseigenen Handbuch zur Verfügung. Auf diese Weise können Sie während einer Prüfung darstellen, dass Sie an Ihrem QM-System arbeiten und dieses weiterentwickeln.

Im Rahmen einer 8-wöchigen Testphase werden wir zusätzliche Merkmale unseres Bereitschaftsdienstes erarbeiten, um Ihnen vollumfänglich die Hilfen anbieten und zukommen lassen zu können, die Sie benötigen.

Die Testphase beginnt am 1. September 2009 und dauert 8 Wochen lang. Bis zum 1. November werden wir also daran arbeiten, diesen neuen Baustein der ABVP QM-Konzeption in das Gesamtsystem zu integrieren und als Bindeglied für weitere neue Leistungen vorzubereiten.

Wir möchten Sie unterstützen und möchten Ihnen helfen – wann, wo und wie Sie unsere Hilfe brauchen. Wir unterstützen Sie in Ihrer Arbeit und halten Ihnen gerne den Rücken frei, damit Sie sich auf Ihre Arbeit konzentrieren können. Wenn Sie weitere Ideen haben, wir wir Ihnen helfen können, wenden Sie sich bitte an unsere **AG-QM**. Wir freuen uns auf Anregungen und Tipps, wie wir unsere Arbeit für Sie verbessern können. Wir sind für Sie da!

„Wenn Sie weitere Fragen haben, dann rufen Sie mich einfach wieder an“, sagt der Herr am Bereitschaftstelefon und ergänzt: „Ich werde die Geschäftsstelle über Ihre heutige Prüfung informieren. Wir rufen Sie heute Mittag mal an und fragen, wie es gelaufen ist. Machen Sie sich doch ein paar Notizen über den Prüfungsverlauf, dann können wir diese nachher mal durchgehen.“ Er wünscht mir viel Erfolg und verabschiedet sich dann. Jetzt kann's aber auch losgehen – der MDK kann kommen.

von Endris Björn Heimer

## Neuerungen beim ABVP QM-Handbuch



Seit mehr als einem Jahr steht das QM-Handbuch des ABVP e.V. zur Verfügung und die Nachfrage ist ungebrochen hoch.

Bereits mehr als ein Drittel der ABVP-Dienste und zahlreiche externe Pflegedienste arbeiten mit dem – in vielen Fällen vom MDK lobend erwähnten – Handbuch. Als ein Bestandteil dieser Erfolgsstory wurde der BEHR's Verlag, Deutschlands größter Verlag für Loseblattwerke, im Februar dieses Jahres auf unser Buch aufmerksam. Nach vielen Überlegungen und Gesprächen steht nun fest: BEHR's wird das Werk weiter verlegen. Zur Leipziger Pflegemesse wird im September dieses Jahres der neue Prototyp präsentiert werden können. Der praxisorientierte und einfach zu implementierende Aufbau des Werkes bleibt auch in Zukunft erhalten: der ABVP e.V. ist weiterhin Herausgeber und die Autoren des Handbuchs sind auch in Zukunft die Ihnen bekannten Personen. Im letzten Quartal dieses Jahres werden sämtliche Handbuchkunden kostenlos mit dem neuen Grundwerk ausgestattet. Als QM-Kunde erhalten Sie kostenlos die dann gültige Version mit Ordner in neuem Design und verbesserter Systematik nebst CD. Künftig werden dann regelmäßig vierteljährlich die Aktualisierungen im Rahmen des Ihnen bekannten QM-Abos erscheinen und Ihnen unaufgefordert zugestellt, sofern Sie dies wünschen. Gerne informieren wir Sie telefonisch im Vorfeld der Neuerscheinung oder persönlich, zum Beispiel auf der Leipziger Pflegemesse. Zusätzlich werden Sie im Zusammenhang mit der erforderlichen Umstellung innerhalb dieses Jahres aber außerdem noch durch den BEHR's Verlag angeschrieben und informiert.

von Endris Björn Heimer

## Die Hausnotrufzentrale für Sicherheit & Unabhängigkeit in jedem Alter



NotrufTeam24® gibt Ihren Kunden rund um die Uhr Sicherheit und Unabhängigkeit in den eigenen vier Wänden.

Bieten Sie Ihren Kunden schnelle Hilfe in Notsituationen mit unseren Hausnotrufsystemen – einfach und auf Knopfdruck.

Nutzen Sie die vielfältigen Dienstleistungen und erweitern Sie Ihr Angebot bis hin zur kompletten Systemlösung vor Ort.

Mit NotrufTeam24® als Partner können Sie sich voll und ganz auf Ihr Kerngeschäft konzentrieren – die optimale soziale, medizinische und menschliche Betreuung Ihrer Kunden.

Informieren Sie sich über unser Leistungsangebot – rufen Sie uns an:

**01805 – 12 12 80 \***

\* 0,14 Eur/min. aus dem Festnetz DTAG  
 Mobilfunkpreise können abweichen

[www.notrufteam24.de](http://www.notrufteam24.de)

# Schulnoten für Pflegedienste

Anmerkungen zur Deutschen Prüfpraxis des MDK



Ein Bericht von Dirk Wiederhold

Neuerdings werden „Schulnoten“ an die ambulanten Pflegedienste vergeben. Das Ziel: Transparenz für Patienten und potentielle Kunden zur Auswahl qualifizierter Dienstleister.

rechti gung dieser Institution. Mithin müssen die aufgestockten Personalressourcen des MDK auch in der Zukunft finanziert werden. Hierfür eignen sich doch die künftig für Pflegeeinrichtungen kostenpflichtigen Wiederholungsprüfungen. Lakonisch gesagt sind häufig mehr MDK-Prüfer als eigenes Personal vor Ort. Mancher Gesundheitsanbieter träumt in „angstfreien Nächten“ von solchen Ressourcen.

## Ich persönlich träume vom EFQM und von Peer-Review.

Mit anderen Worten von Augenhöhe bei der „Prüfung“ – besser Qualitätsentwicklung. Pflege resultiert zum Teil aus dem Schatz eines jahrelang aufgebauten Erfahrungswissens. Alleinige Kontrolle und rigide Prüfpraxis bringen uns nicht weiter, sondern nur der fachliche Dialog und die gegenseitige Befruchtung bei der Weitergabe praxistauglicher Ansätze und Konzepte. Lernen vom „Besten“! Das Rad muss nicht neu erfunden werden, andere machen erfolgreiche Pflege vor, gemessen am Ergebnis. Eine klassische Prüfung sollte also durch Dialog ersetzt werden. Was für den Patienten gut ist, muss in der Praxis gemessen werden. Flankierend sollte ein solcher Prozess von Pflegewissenschaftlern begleitet werden. Oft ist der Prüfer der Maßstab. Dies muss abgelehnt und unmöglich gemacht werden.

Aus meiner Sicht sollte man sich also in Zukunft von einer solchen Vorgehensweise allseits distanzieren. Auf dieser Grundlage entsteht niemals bessere Qualität. Vor allen Dingen würde ein Pflegedienst von wohlmeinender, professioneller Beratung profitieren. Der MDK soll sich also anmelden und in einer konstruktiven Atmosphäre eine Bestandsaufnahme und dann, wie es das Gesetz vorsieht, eine Beratung durchführen. Qualität kann nicht primär über Sanktionsandrohungen gesteuert werden. Leider geht es scheinbar immer noch um den Generalverdacht „schlechte Pflege“. Ich wünsche mir den MDK als Beratungsinstitution für eine bessere Umsetzung der Pflege.

„Man müsse schwarze Schafe vom Markt nehmen“, so auf einer Tagung des vdek in Mainz in diesem Sommer. Es sind aber eben für die stetig steigenden Anforderungen auch ausreichende Vergütungen notwendig, mit denen diese Anforderungen auch umgesetzt werden können und nicht nur eine ständig um den Grundlohnsummenfaktor steigende Vergütung von Pflegeleistungen im Nachhinein.

Qualität kann nur auf dem Boden ausreichender Ressourcen gedeihen. Für die Bundestagswahl:

„Wer Qualität will, der muss sie auch bezahlen!“

## Kurz notiert

### Pflegebedürftigkeit

Neue Begutachtungs-Richtlinien (BRi) in Kraft

Ab sofort gelten neue Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (BRi). Die Änderungen mit Stand vom 08. Juni 2009 waren durch zahlreichen Änderungen im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) notwendig geworden.

Das Bundesministerium hatte die Änderungen mit Schreiben vom 13. Juli 2009 genehmigt. Ob beim Antragsteller die Gewährung von Leistungsansprüchen erfolgt, prüft der MDK anhand dieser Richtlinien. Die Änderungen beziehen sich auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Bis zur Anpassung mussten die Prüfer bei diesen Personen auf Sonderregelungen zurückgreifen, die nunmehr in das Gesamtverfahren eingebracht worden sind. Darüber hinaus profitieren Antragsteller hinsichtlich der verbindlichen Einschätzung zu notwendiger Rehabilitation. Der im Gutachten ausgewiesene Bedarf hierzu kann von den Versicherten automatisch geltend gemacht werden. Ein weiteres Novum: Den Belangen von Kindern wird verstärkt Rechnung getragen.

Sie können die neuen BRi herunterladen auf der Site des GKV Spitzenverbandes: [https://www.gkv-spitzenverband.de/Rahmenvereinbarungen\\_Pflege.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/Rahmenvereinbarungen_Pflege.gkvnet) oder auf der Homepage des ABVP: [www.abvp.de](http://www.abvp.de)

# Bemerkungen und Hinweise

zu Hilfsmitteln, insbesondere Kathetersets

Blutzucker-Teststreifen, Kompressen und Handschuhe sind immer wieder Thema in unserer Mitgliederberatung. Entscheidend sind Bundesgesetze und länderspezifische Kassenverträge.

Für die Vergütung oder den Kostenersatz ergeben sich so grundsätzlich folgende Wege:

- Die Krankenkasse übernimmt die Vergütung z.B. gem. § 33 ff. SGB V für ausdrücklich benannte Hilfsmittel.
- Der Pflegedienst bekommt über die HKP-Vergütungsvereinbarung eine Vergütung für bereit zu stellende Verbrauchsmaterialien.

Probleme ergeben sich unter anderem dadurch, dass die Rezeptierung durch den Arzt teilweise auf dessen Budgets angerechnet wird, weshalb die Verordnungsbereitschaft des Arztes sinkt; zum Teil auch nur wegen der Rechtsunsicherheit, weil er nicht ausschließen kann, dass möglicherweise angerechnet wird. Grotesk wird die Situation, wenn praktisch und inhaltlich zusammengehörige Materialien, wie im Beispiel Katheterset, angeblich einer differenzierten Vergütung unterliegen. Die Kasse verweigert dann die Kostenerstattung insgesamt. Dies kann dazu führen, dass beispielsweise ein Pflegedienst die Finanzierung von sinnvollen und arbeitserleichternden Kathetersets ohne Erstattung durch die zuständigen Krankenkassen oder Patienten vornimmt. Zum Teil, weil den Mitarbeitern die Diskussion mit der Kasse zu aufwendig sind, zum Teil weil sie überhaupt nicht erkennen, dass diese Leistung, das zur Verfügung stellen von Materialien, erstattungsfähig bzw. unterfinanziert ist.

Die AOK Plus hat uns folgende, auf viele weitere Bundesländer und weitere Kassen übertragbare Argumentation zu Kathetersets mitgeteilt:

**A) Katheter-Versorgungssets als Sammelpackungen** (Katheter, Gleitmittel, Tupfer, ...) für die ableitende Inkontinenzversorgung seien nur dann zu Lasten der GKV erstattungsfähig, wenn das Set insgesamt aus zugelassenen Produkten besteht. Eine Aufnahme von Kathetersets in das Hilfsmittelverzeichnis sei nicht möglich, da die einzelnen Komponenten des Sets nicht komplett als Hilfsmittel gelten (enthalten sind: Arzneimittel, Verbandsmittel und Hilfsmittel).

**B) intermittierender Katheterismus zur einmaligen Blasenentleerung (ITEK)**

Hier seien grundsätzlich keine Sets erforderlich. Einzelprodukte eines Sets sind u.a.:

- sterile Katheter in entsprechender Verpackung, ggf. incl. Gleitmittel und ggf. mit einem geschlossenen Auffangbeutel oder unbeschichteter steriler Katheter (Hilfsmittel),
- Schleimhautantiseptikum/Desinfektionslösung (Arzneimittel)

- sterile Tupfer/Kompressen (Verbandmittel)
- Gleitmittel bei unbeschichteten Kathetern (Hilfsmittel, da üblicherweise mit Katheter abgegeben) oder Gleitmittel mit schmerzstillender Wirkung (Arzneimittel)

Einmalhandschuhe – in der Anwendung durch professionelles Pflegepersonal – seien dagegen angeblich Verbrauchsmaterialien, die zur Ausstattung eines Pflegedienstes/stationäre Pflegeeinrichtung zählen, weshalb die Kostenübernahme bei einem Einsatz im Rahmen der Pflege oder häuslichen Krankenpflege abgelehnt würde.

### C) Dauerkatheterismus

Für die Dauerkatheterisierung werden folgende Produkte benötigt:

- sterile Handschuhe (Hilfsmittel)
- Spritze ggf. mit sterilem Wasser/Blockerspritze (Hilfsmittel Wasser – steril, unsteril und/oder destilliert, stelle keine Leistung der GKV dar)
- sterile Tupfer/Kompressen (Verbandmittel)
- Schleimhautantiseptikum/Desinfektionslösung (Arzneimittel)
- steriles Gleitmittel (Hilfsmittel) oder Gleitmittel mit schmerzstillender Wirkung (Arzneimittel)
- Schlitz-Lochtuch (keine Leistung der GKV)

**D) Alle Produkte seien aber separat erstattungsfähig**, da für Arznei-, Verband-, und Hilfsmittel unterschiedliche Regelungen gelten. Arznei- und Verbandmittel sind beispielsweise budgetiert. Eine Verordnungspraxis in Form von separaten Verordnungen der einzelnen Produkte vom Arzt und eine separate Abrechnung vom Sanitätshaus ist jeweils erforderlich. Abgelehnt würde die Vergütung von folgenden Gebrauchsgegenständen, die nach Auffassung der Kasse keine Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V darstellen.

- Pinzette
- Tupferschale
- wasserfeste Unterlage
- Urinauffangschale
- Einschlagtuch
- Gefäß für Desinfektionslösung

Die Kassen weisen darauf hin, dass in konkreten Leistungsfällen der Beratungsbedarf von Ärzten zur Verordnungsweise von Kathetern gerne geleistet würde.

Soweit Sie oder ein Arzt die Abgrenzung der einzelnen Positionen nicht verstehen, sollten Sie deshalb nicht zögern, die Krankenkasse um Beratung zu bitten. Dazu ist sie als Vertragspartner verpflichtet. Ggf. muss sie auch dem verordnenden Arzt belehren. Auch wir stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Verfügung.



Ein Bericht von Rudolf Prietsch



### Neues zum Thema Datenträgeraustausch (DTA) mit der AOK Baden-Württemberg

Beachten Sie bitte folgende, in der Umsetzung des DTA, aufgetretene Problemfelder:

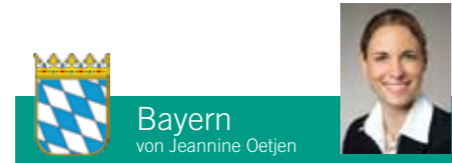
- ▶ Mehrere Verordnungen, deren Leistungen in einem Hausbesuch erbracht werden.  
Wenn zu einer Dauerverordnung über einen bestimmten Zeitraum eine weitere Verordnung – möglicherweise von einem anderen Arzt – hinzukommt, ist es ausreichend, eines der gültigen Genehmigungskennzeichen, das mit dem Leistungszeitraum übereinstimmt, anzugeben.
- ▶ Sortierung der Belege  
Die Sortierung der Leistungsnachweise muss der Reihenfolge der angelieferten Datensätze (vgl. Begleitzettel) entsprechen. Eine darüber hinausgehende, alphabetische Sortierung ist nicht notwendig.
- ▶ Abrechnung Beihilfe  
Ungeklärt ist hingegen immer noch die Abrechnung von Beihilferechtigten über den DTA. Die AOK klärt das Verfahren und gibt dann eine Rückmeldung.
- ▶ Abrechnung mit AOKen anderer Bundesländer  
Die AOKen in anderen Bundesländern können die Datensätze aus Baden-Württemberg grundsätzlich einlesen, wenn der DTA Häusliche Krankenpflege bereits umgesetzt wird. Die Genehmigung der Leistung muss bei Leistungserbringern, mit Sitz in Baden-Württemberg, nach den in Baden-Württemberg geltenden Vereinbarungen (z.B. Positionsnummern) erfolgen. Wie die Abrechnung von Versicherten erfolgt, die nicht bei der AOK Baden-Württemberg versichert sind, obliegt der jeweils zuständigen AOK.
- ▶ Angabe des Genehmigungskennzeichens  
Es ist genau das Kennzeichen zu übermitteln, das von der AOK vergeben wird (alles was hinter dem Doppelpunkt steht).

### Betreuungsleistungen

Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde mit der Möglichkeit des Poolens von Leistungsansprüchen auch Betreuung als ambulante Sachleistung eingeführt. Diese Leistung ist bislang in Anlage 1 des Rahmenvertrages noch nicht vorgesehen. Daher haben die Leistungserbringerverbände in Baden-Württemberg beantragt, dass ein neues Leistungspaket „Betreuung“ als Sachleistung in den Rahmenvertrag aufgenommen wird. Unabhängig davon soll daneben der Anspruch auf zusätzliche

Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 a SGB XI bestehen.

Um dieses Ziel zu erreichen, empfehlen wir, dass die Pflegedienste sich an der Preisliste der Leistungspakete mit Abrechnung pro angefangene ¼ Stunde orientieren sollten. Die Kassen könnten ansonsten versuchen das Preisniveau zu drücken.



### Pflegestützpunkte in Bayern

Der bayrische Ministerrat gibt, auf Vorschlag von Sozialministerin Christine Haderthauer, den Startschuss zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern. Das Konzept sieht die Errichtung von Pflegestützpunkten in allen Regierungsbezirken, sowohl in ländlich strukturierten Regionen als auch in städtischen Ballungsräumen, vor. Es ist geplant, bis Ende 2010 stufenweise bis zu 60 Pflegestützpunkte zu etablieren. Diese sollen nach den Vorstellungen der Sozialministerin von den Pflege- und Krankenkassen sowie den Kommunen betrieben werden.

Zusätzlich zu den Pflegestützpunkten werden die gesetzlichen Pflegekassen in Kürze eine telefonische Pflegeberatung für Versicherte und Angehörige anbieten, genannt „Pflegeservice Bayern“. Hierüber soll zunächst die Erstberatung stattfinden, welche vom MDK beaufsichtigt wird.

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, hat der Gesetzgeber gefordert, die vorhandenen Pflegeberatungsstrukturen zu integrieren. Wie dies geschehen soll ist noch unklar, da das vom Ministerrat gebilligte Konzept den Leistungserbringerverbänden nicht vorgelegt wurde und auch noch nicht veröffentlicht ist. Der ABVP hat das Sozialministerium bereits angeschrieben und die Vorlage des Konzeptes verlangt. Sobald es vorliegt, werden wir eine Stellungnahme abgeben und Ihnen das weitere Vorgehen mitteilen.

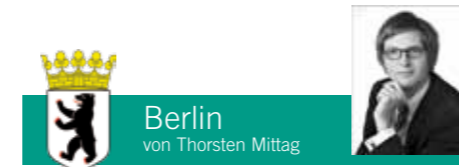
### HKP Schiedsverfahren

Das Schiedsverfahren zieht sich leider weiterhin in die Länge, steht jedoch, nach Ankündigung der Schiedspersonen vor dem baldigen Ende. In der letzten Sitzung wurde von den Krankenkassen abermals das leidige Thema „Grundlohnsummensteigerung“ und die „Beitragssatzstabilität“ ganz hoch gehalten. Uns verwundert diese Argumentation jedoch, wenn man bedenkt, dass die Ärzte gerade eine, weit über der Grundlohnsummensteigerung liegende, Vergütungserhöhung erwirkt haben.

In einem Schriftsatz haben wir dargelegt, warum wir der Auffassung sind, dass die Beitragssatzstabilität im Bereich der Häuslichen Krankenpflege nicht zur Anwendung kommen kann. Bereits die Schiedsperson in Hessen wies darauf hin, dass der geringe Anteil des Leistungssegments Ambulanter Krankenpflege an den Gesamtkosten (1,5 %) die Gefahr einer Beitragssatzerhöhung erheblich relativiere. Bei derart geringen Gesamtkosten sind an den – den Kostenträgern obliegenden – Nachweis der befürchteten Beitragserhöhungen erhöhte Anforderungen zu stellen. Kommen die Krankenkassen diesem Nachweis nicht nach, ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eben nicht betroffen.

### Leitfaden des Landespflegeausschusses „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der Pflege“

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen hat einen neuen Leitfaden „künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ erstellt. Dieser kann im Internet unter [direkt@bayern.de](mailto:direkt@bayern.de) kostenfrei in gedruckter Form bezogen werden oder unter [www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/leitfaden.htm](http://www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeausschuss/leitfaden.htm) heruntergeladen werden.



### Sozialsenatorin Knake-Werner tritt zurück

Carola Bluhm wird die scheidende Sozialsenatorin Berlins, Heidi Knake-Werner (Linke), ablösen. Knake-Werner hatte sich schon lange mit dieser Entscheidung beschäftigt. Ihre Nachfolgerin wird die bisherige Fraktionschefin im Abgeordnetenhaus, Carola Bluhm. Naturgemäß wettet die Opposition und sieht im Rücktritt ein Zeichen für die schlechte Leistung des rot-roten Senates.

Von ihrem Amt wird die 66-jährige zum 15. Oktober zurücktreten.

Linke-Landeschef Klaus Lederer sagte, er werde nach Absprache mit dem geschäftsführenden Landesvorstand dem regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit (SPD) die bisherige Fraktionschefin der Linken im Abgeordnetenhaus, Carola Bluhm vorschlagen. Ihr Nachfolger hingegen stehe noch nicht fest. Darüber würden in der Fraktion noch Gespräche geführt.

Der regierende Bürgermeister Klaus Wowereit dankte Knake-Werner für deren „engagierte Arbeit im Berliner Senat“. Zum Nachfolgevorschlag aus der Linkspartei erklärte Wowereit, Bluhm habe als Fraktionsvorsitzende seit Jahren Erfahrung ge-

sammelt. Die Zusammenarbeit mit ihr sei „gut und so wird sich am vertrauensvollen Umgang im Senat nichts ändern“.

Der Berliner Grünen-Fraktionschef Volker Ratzmann begrüßte das Ausscheiden der Sozialsenatorin. Ratzmann gegenüber der dpa: „Sie hat sowie-so keine wesentlichen Initiativen für diese Stadt auf den Weg bringen können. Allerdings ist auch niemand bei SPD und Linken in Sicht, der wirklich etwas Vorwärtsweisendes in diesem wichtigen Gebiet initiieren könnte.“



Foto: ddp/dpa  
Carola Bluhm (l), Heidi Knake-Werner (r)

### Fusion der AOK Berlin mit Brandenburg wird vollzogen

Die neue Kasse wird ihren Hauptsitz in Potsdam haben und vom bisherigen Vorstandschef der AOK Brandenburg, Frank Michalak, geführt werden.

Offen ist anscheinend noch der Name der neuen Kasse. Als Formsache bezeichnete der Aufsichtsrat die Zustimmung der beiden Landesregierungen in Berlin und Brandenburg hinsichtlich der Fusion. Eine Entscheidung werde hierzu bis Mitte September, also noch vor den Wahlen in Brandenburg, erwartet. Wenn alles wie geplant läuft, startet die neue Kasse zum 1. Januar 2010.

### Ortsübliche Vergütung im Pflegebereich in Berlin

Die Senatsverwaltung für Integration Arbeit und Soziales hat einen Runden Tisch zur ortsüblichen Vergütung im Pflegebereich in Berlin einberufen. Damit möchte der Senat dem Auftrag der PFWG nachkommen, nachdem gem. § 72 Abs. 3 Ziff. 2 SGB XI die Kassen die Zulassung von Pflegeeinrichtungen an das Kriterium knüpfen, ob ein ortsüblicher Lohn gezahlt wird. Dabei entsteht die Schwierigkeit festzulegen, wie hoch im Wirtschaftsraum Berlin und insbesondere im Pflegebereich dieser Lohn ist. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte diesbezüglich eine Umsetzungsempfehlung in Aussicht gestellt, die das Ministerium allerdings noch schuldig geblieben ist. Der Verband wird Sie im September umfassend über den Sachstand informieren.



### Ausbildung zum Pflegehelfer geregelt

Das Gesetz zur Ausbildung von Altenpflegehelfer wurde unlängst vom Landtag Brandenburg beschlossen. Der Altenpflegehelfer soll nach einjähriger Ausbildung seinen anerkannten Abschluss finden. Die Ausbildung zum Altenpflegehelfer ist auf das Land Brandenburg bezogen. In den anderen Bundesländern gibt es allerdings ähnliche Regelungen.

Insoweit ist zu begrüßen, dass das Land Brandenburg keine über ein Jahr hinausgehende Ausbildung verlangt. In Anbetracht der beschränkten Einsetzbarkeit von Altenpflegehelfern ist Weiteres nicht erforderlich. Dadurch wird im Übrigen jedoch auch deutlich, dass die Förderung von Altenpflegehelferausbildungen nur beschränkt zum Abbau des Fachkräftemangels beitragen kann.

### Kündigung des Rahmenvertrages gem. § 75 SGB XI

Die Verbände der Pflegekassen im Land Brandenburg haben den Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung zum 31.12.2009 gekündigt. Dies nicht nur gegen den ABVP, sondern auch gegenüber allen anderen Leistungserbringerverbänden in Brandenburg, sowohl privat als auch Wohlfahrt. Hintergrund ist der, dass die Vergütungen zukünftig durch eine Berücksichtigung von Synergieeffekten / Einsatzpauschalen SGB V gekürzt werden sollen. Aus anderen Bundesländern wissen wir, dass die Rahmenvertragsverhandlungen überaus schwierig sind. Deshalb werden die Grundbedingungen des derzeit gültigen Rahmenvertrages fortgelten.

Verhandlungsbeginn wird voraussichtlich im Januar 2010 sein. Ergebnisse sind nicht innerhalb eines Jahres zu erwarten. Wir werden Sie zeitnah über den jeweiligen Verhandlungsstand informieren.

### Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz (BbgPBWoG) verabschiedet

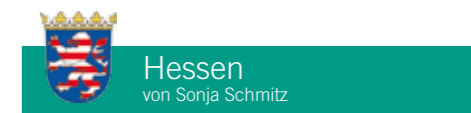
Seit Juli ist das Landesheimgesetz in Brandenburg in Kraft. Hinsichtlich der Anwendung des Gesetzes in ambulanten Versorgungsbereichen wird der neue Rechtsbegriff einer „unterstützten Wohnform“ eingeführt. Offensichtlich versucht der Gesetzgeber hier zur Schaffung von Rechtssicherheit von den bislang gebrauchten Bezeichnungen betreuter Wohngemeinschaften oder betreutem Wohnen bewusst abzuweichen.

Eine unterstützende Wohnform liegt gemäß § 1 Abs. 2 vor, wenn mehrere volljährige Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder mit Behinderung in Trägerschaft oder durch Organisation eines Dritten, gemeinschaftlich in räumlicher Nähe, von einem Anbieter Pflege- oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt erhalten. Sie unterliegt gemäß § 2 Abs. 1 nicht dem neuen Gesetz, wenn sie

- ▶ nicht selbstverantwortlich geführt wird,
- ▶ als Anlage des betreuten Wohnens nicht die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen zum Zweck hat.
- ▶ kein Krankenhaus, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk ist und
- ▶ die Pflegebedürftigen nicht nur stundenweise betreut.

Gemäß § 2 Abs. 3 wird unter Selbstverantwortlichkeit verstanden, wenn die Beauftragung von Pflege- und Betreuungsdiensten durch die Nutzerinnen und Nutzer, für diese handelnde vertretungsberechtigte Person oder Angehörige eigenständig veranlasst werden kann und keine Abhängigkeit von der Überlassung des Wohnraums besteht. Dies gilt insbesondere im Fall einer zusammengeschlossenen Auftraggebergemeinschaft, die dazu dient, das gemeinschaftliche Wohnen zu gestalten, gemeinsame Interessen gegenüber Dritten zu vertreten sowie die Gemeinschaft betreffende Geschäfte abzuschließen. In vielen einschlägigen Fällen wird die Abhängigkeit vermutet und es muss vom Leistungsanbieter nachgewiesen werden, dass die freie Wählbarkeit der Pflege- oder Betreuungsleistungen nicht eingeschränkt ist oder in absehbarer Zeit tatsächlich vorliegen wird.

Dies dient zwar nicht der Klarheit, enthebt aber die Behörde vielerlei Verantwortlichkeiten für falsche Ermittlungen und Entscheidungen zu haften.



### Vergütungsverhandlungen im SGB V

Der ABVP verhandelt aktuell mit den Krankenkassen in Hessen über eine Vergütungsanhebung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Der ABVP fordert für seine Mitgliedseinrichtungen eine leistungsgerechte und eine den gewachsenen Anforderungen an die Pflegedienste entsprechende Honorierung der Leistung am Patienten. Nicht nur die gestiegenen Personal- und Sachkosten, sondern auch die stetig ausufernden Anforderungen im Bereich des QM stellen Pflegedienste oftmals vor bürokratische Hürden, die zusätzlich den Pflegealltag anreichern. Der ABVP sieht hier

eine eindeutige Notwendigkeit dafür, dass dies angemessen berücksichtigt wird. Auf einen Vergütungsabschluss hoffen wir in Kürze, und werden Sie umgehend informieren!



**Sozialministerin Manuela Schwesig kandidiert für das Familienministerium**

Manuela Schwesig gilt schlichtweg als das Gegenbild von Ursula von der Leyen und ist nun in Steinmeiers SPD-Schattenkabinett aufgenommen worden.

Erst 2008 wurde sie vom neuen Regierungschef Erwin Sellering zur Ministerin für Soziales und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern berufen. Noch kein ganzes Jahr im Amt, ist für Schwesig nun diese weitere Aufgabe dazugekommen. Im SPD Wahlkampf-Team ist die 35-jährige für die Familienpolitik zuständig. Schwesig soll das Gesicht sein, das die SPD auf diesem Gebiet nicht mehr hatte, seit Familienministerin Renate Schmidt 2005 ihr Büro abgeben musste.

**ABVP e.V. diskutiert mit Bundestagsabgeordneten in Neustrelitz**

Unter dem Motto „Neue Wege in der Pflege im ländlichem Raum“ bestritten am 25. Mai 2009 in Neustrelitz u. a. die Bundestagsabgeordneten E. Scharfenberg (MdB und pflegepolitische Sprecherin B90/ Die Grünen) und H. Terpe (MdB und Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik, B90/Die Grünen) eine Podiumsdiskussion zu der als Diskutant T. Mittag (Länderreferent GS Ost) eingeladen wurde.

Diskutiert wurde das Phänomen, dass immer seltener die verschiedenen Generationen einer Familie am selben Ort leben. Besonders in strukturschwachen Gebieten, etwa in weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns, ist dies der Fall. Dort wird auch das pflegerische und gesundheitliche Versorgungsnetz zunehmend dünner. Zugleich stellen uns die demografische Entwicklung und der damit steigende Pflegebedarf vor große Herausforderungen. Dies wurde nicht zuletzt durch den vierten Diskutanten: Prof. Dr. Roman F. Oppermann, Dekan im Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg eindrucksvoll dargestellt.

Die Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis beleuchteten die aktuelle und zukünftige Situation der Pflegelandschaft in Mecklenburg-Vorpommern. Wie kann die Pflege im ländlichen Raum finanziell wie personell sichergestellt wer-

den? Welche neuen Versorgungskonzepte gibt es und müssen gefördert werden (zum Beispiel Wohngruppen oder Wohngemeinschaften)? Wie kann dabei eine hohe Pflege-Qualität gewährleistet werden?



Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Thorsten Mittag (v.l.)



**Ulla Schmidt spricht in Garbsen**

Auf Einladung der SPD-Bundestagsabgeordneten Caren Marks kam die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 9. Juli 2009 nach Garbsen und sprach zum Thema „Ein neuer Blick auf die Pflege – mehr Qualität, mehr Transparenz, mehr Hilfe für die Menschen“.

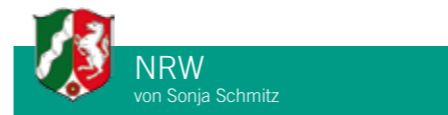
Die Bundesgesundheitsministerin skizzierte in ihrer Rede ihr Vorhaben, die Pflegeversicherung umzugestalten und hob fünf Aspekte ihres Vorhabens – Betreuung, Pflegestützpunkte, Transparenz, Pflegebedürftigkeitsbegriff und Fachkräftemangel – besonders hervor.

Die Betreuung insbesondere demenzerkrankter Menschen erlange immer größere Bedeutung, deswegen sei es ein richtiger Schritt gewesen, im Zuge der Pflegereform 2008 den § 45 b SGB XI einzuführen, mit dem die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz angehoben wurden. Danach haben betroffene Personen Anspruch auf einen Betreuungsbetrag bis zu 100 EUR als Grundbetrag bzw. bis zu 200 EUR als erhöhten Betrag pro Monat. Bislang lag der Betreuungsbetrag bei 460 EUR pro Jahr. Umgesetzt sei größtenteils auch die von der Bundesgesundheitsministerin forcierte Implementierung von Pflegestützpunkten, durch die die Organisation der Versorgung Pflegebedürftiger für Angehörige erleichtert werden soll. Zwar laufe der Aufbau von Pflegestützpunkten in vielen Bundesländern nur schleppend an. Im Hinblick auf die Absichtserklärungen der zuständigen Landesminister (die niedersächsische Sozialministerin Mechthild Ross-Luttmann gab jüngst an, im kommenden Jahr 46 Pflegestützpunkte aufbauen zu wollen) sei sie jedoch zuversichtlich.

Als dritten Punkt hob die Bundesgesundheitsministerin die Schaffung von Transparenz über angebotene Leistungen von Pflegeeinrichtungen hervor. Dies soll durch die gesetzliche Verpflichtung der Pflegekassen erreicht werden, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen.

Frau Schmidt ging sodann auf das Erfordernis eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Ihrer Ansicht nach wird der ausschließlich körperbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff den Bedürfnissen der Versicherten nicht mehr gerecht. Insofern begrüße Sie den zum Jahresbeginn vorgelegten Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, in dem die Wissenschaftler ein neues Begutachtungsassessment konzipiert haben. Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht der zeitliche Pflegeaufwand, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Die Bundesgesundheitsministerin erläuterte jedoch nicht, wie sich die geplante Umsetzung der Vorschläge des Beirats auf die Finanzierung der Pflegeleistungen auswirken wird.

Schließlich betonte die Bundesgesundheitsministerin wie wichtig es sei, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflegebranche zu verbessern, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Ungünstige Arbeitszeiten und schlechte Bezahlung seien der Grund für das beschädigte Image des Berufsbildes des Altenpflegers/der Altenpflegerin. Die Einführung von Mindestlöhnen sei ein erster Schritt, um eine finanzielle Untergrenze zu schaffen. Ziel müsse die Bezahlung ortsüblicher Löhne sein. Hier sähe sie die Arbeitgeber in der Verantwortung. In der anschließenden Podiumsdiskussion machte die Länderreferentin Nord, Frau Deniz Rethmann darauf aufmerksam, dass die Personalkosten bei Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen nicht berücksichtigt werden. Ohne Refinanzierung der Personalkosten sei Arbeitgebern die Auszahlung höherer Löhne jedoch wegen des fehlenden Spielraums nicht möglich, da die Leistungen für Behandlungspflegen und für häusliche Pflegehilfen aufgrund der Kostendeckelung sehr knapp bemessen seien. Insofern sei der Ball an die Politik und die Gesetzgebung zurückzuspielen. Es sei unsachgemäß über die Gehaltsgefüge in ambulanten Pflegediensten zu debattieren, ohne in diesem Zusammenhang auch die Anpassung der Sozialgesetzgebung zu diskutieren.



**Neue Vergütung im SGB V seit dem 01.07.2009 – „Annäherung der Privaten“**

Mit den Krankenkassen in NRW (Primär- und Ersatzkassen) konnte mit Laufzeitbeginn zum 01.07.2009 erfolgreich eine Vergütungsanhebung für den Bereich der häuslichen Krankenpflege ausgehandelt werden. Die Anhebung der Entgelte im SGB V ab dem 01.07.2009 beträgt 1,41 %. Vor dem Hintergrund der aktuell sehr zurückhaltenden Vergütungsfindungspolitik der Kassen lässt sich dieses Ergebnis in NRW sehen. Hinter den Kulissen ist das Ergebnis klar auf eine Zusammenarbeit auf der Ebene der privaten Leistungserbringerverbände zurückzuführen: Die Verbände privater ambulanter Pflegedienste in NRW – inklusive dem VDAB – begaben sich bereits Ende des vergangenen Jahres in intensive Beratungen mit dem Ziel, eine Verhandlungsgemeinschaft im Bereich der häuslichen Krankenpflege zu gründen. Dies ist den beteiligten Verbänden kürzlich gelungen: Der ABVP, bad, bpa, DBfK sowie LfK gründeten die Vertragsarbeitsgemeinschaft der Verbände privater ambulanter Pflegedienste in NRW (VAG NW). Ziel ist es, im Bereich der Häuslichen Krankenpflege Verhandlungen gemeinsam vorzubereiten und Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Mittels einer bereits erfolgten gelungenen Zusammenarbeit der vorgenannten Verbände war es möglich, die Vergütungsanhebung im SGB V zu erreichen. Die Vertragsarbeitsgemeinschaft vertritt insgesamt nahezu 1400 ambulante Pflegedienste in NRW und ist zukünftig als Verhandlungspartner mit Gewicht im Bereich der Häuslichen Krankenpflege anzusehen.

**Arbeitsgemeinschaft der rheinischen Betriebskrankenkassen (ARGE Rheinland) – auch hier neue Vergütung im SGB V seit dem 01.07.2009**

Mit der Arbeitsgemeinschaft der rheinischen Betriebskrankenkassen (ARGE Rheinland) in NRW herrschte seit 2006 ein nahezu vertragsloser Zustand, der nunmehr erfolgreich beendet werden konnte: Mit der ARGE Rheinland konnte zum 01.07.2009 eine gesicherte Abrechnungsgrundlage im Bereich der Häuslichen Krankenpflege geschaffen werden. Die ABVP-Mitgliedseinrichtungen, welche ihren Betriebssitz im Verbreitungsgebiet der ARGE Rheinland haben (Köln, Bonn und Umgebung) können ab dem 01.07.2009 auf eine schriftlich fixierte Vergütungsvereinbarung verweisen. Zudem wurde mit der ARGE Rheinland eine Erhöhung der Vergütung um 3,5 % ab dem

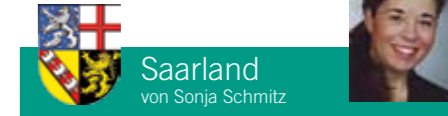
01.07.2009 vereinbart. Losgelöst von der ARGE Rheinland existiert mit zahlreichen BKK-Kassen in NRW leider auch weiterhin noch ein vertragsloser Zustand, welcher damit gelöst wird, dass z.T. analog der Vergütung der Primär- und Ersatzkassen abgerechnet wird oder aber eigene Vergütungssätze der BKK's abgerechnet werden sollen. Ziel des ABVP ist es, in naher Zukunft auch hier weitere Abrechnungssicherheit zu schaffen durch gemeinsame Vergütungsvereinbarungen. Wir werden Sie hierüber zeitnah informieren!



**Vergütungsverhandlungen SGB V und Pflege-Kampagne**

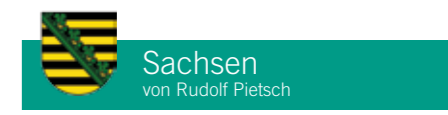
Die Vergütungsverhandlungen für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege in Rheinland-Pfalz konnten schlussendlich zum 01.07.2009 zu einem erfolgreichen Ergebnis gebracht werden: Zusammen mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege haben sich alle privaten Leistungserbringerverbände mit den Krankenkassen auf eine Anhebung der Entgelte für die häusliche Krankenpflege um durchschnittlich 3,5 % verständigt. Der Einigung gingen lange und zähe Verhandlungen voraus. Im Zuge der schleppenden Vergütungsverhandlungen wurde eine gemeinsame dreijährige Pflege-Kampagne aller Leistungserbringerverbände in Rheinland-Pfalz ins Leben gerufen unter dem Motto „Der Pflege geht die Luft aus – Gute Pflege braucht gute Bedingungen!“, an welcher auch der ABVP beteiligt ist. Anlässlich der Auftaktveranstaltung vor dem Mainzer Landtag im Juni 2009 demonstrierten nahezu 600 Pflegekräfte für bessere Rahmenbedingungen in der Pflege. Dies zeigte nicht zuletzt darin Wirkung, dass die im Anschluss wieder aufgenommenen Verhandlungen einer schnellen Einigung zugeführt werden konnten: Die Leistungspreise wurden zum 01.07.2009 um 3,2 % angehoben, die Hausbesuchspauschale erhöhte sich um 4 %. Zudem einigten sich alle Beteiligten für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege auf eine Schiedspersonenregelung. Diese erlaubt, u.a. für den Fall des Scheiterns von Vergütungsverhandlungen, eine Schiedsperson anzurufen, welche sodann zur Entscheidungsfindung über Leistungsinhalte und -höhe befugt ist. Hierauf hatte man sich lange Zeit nicht einigen können. Im Ergebnis handelt es sich also um einen ersten Etappensieg auf dem steinigen Weg zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege in Rheinland-Pfalz. Ein Etappensieg, den wir nicht zuletzt auch den an der Pflege-Kampagne beteiligten ABVP-Mitgliedsein-

richtungen zu verdanken haben, die lautstark auf die drängenden Probleme in der Pflege aufmerksam gemacht haben. Ein herzliches Dankeschön an Sie an dieser Stelle!



**Neues Pflegegesetz in Kraft seit dem 01.07.2009**

„Ältere Menschen sollen ihr Leben selbstbestimmt und möglichst selbstständig organisieren können“ – so Gerhard Vigener zum neuen Pflegegesetz im Saarland. Mit dem Ziel, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, sollen nach dem zum 01.07.2009 in Kraft getretenen Pflegegesetz vor allem drei Bereiche in der Pflege eine besondere Stärkung erfahren: Niedrigschwellige Betreuungsangebote und ehrenamtliche Strukturen im Sinne des § 45 c – c SGB XI sowie die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege. Nach den konzeptionellen Vorgaben des Gesetzes ist eine Vielzahl von Modellmaßnahmen geplant, deren finanzielle Förderung durch die jeweiligen Landkreise und den Regionalverband Saarbrücken erfolgen soll. Wesentliche Punkte hierbei sollen sein: die Betreuung von Demenzkranken, Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements, Angebote zur Qualitätssicherung im Bereich der Pflege, Kooperationsvorhaben im Bereich der stationären Pflege mit anderen Leistungserbringern und Aufbau der interkulturellen Altenhilfe und -pflege. Der Regionalverband Saarbrücken und die Landkreise sollen im Rahmen der Förderung der Einrichtungen speziell das Angebot an Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege stärken. Der ABVP begrüßt das Saarländische Pflegegesetz grundsätzlich, nicht zuletzt auch, weil eine Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ erneut fixiert wurde. Es gilt nun darauf zu achten, dass pflegebedürftige Menschen noch gezielter und umfassender gefördert werden.



**Alternative zu Pflegestützpunkten**

Am 12. Juni 2009 ging das Pflegenetzwerk in das Beratungsnetzwerk [www.Pflegenetz.Sachsen.de](http://www.Pflegenetz.Sachsen.de) ans Netz.

Sachsen befindet sich offensichtlich in einer Phase der leidenschaftlichen Vernetzung. Im Oktober 2008 stellte die AOK die vernetzte Konzep-

tion der Brückenpflege für die Palliativversorgung vor. Im Mai 2009 wurde das Modellprojekt „Unterstützungsnetzwerk Pflege Chemnitz“ in Chemnitz gestartet. Im Juni also der Start des ersten Internetportals [www.Pflegenetz.Sachsen.de](http://www.Pflegenetz.Sachsen.de) bei der ersten landesweiten Netzwerkkonferenz durch die Staatsministerin für Soziales Christine Clauß, persönlich. Das Beratungsnetzwerk beruht auf einer Kooperationsvereinbarung der Sozialhilfeträger und aller im Land tätigen Pflegekassen, allen Kostenträgern. Die Leistungserbringer wurden aus prinzipiellen Erwägungen nicht an der Beratung beteiligt. Diese könnten dem Ziel und der Hoffnung der Kostenträger, durch Optimierung der Beratung die Pflege vielleicht die Pflegebedürftigkeit insgesamt zu vermeiden, entgegen wirken. Dieser Ansatz kann im Ergebnis nur heißen, dass den Leistungserbringern dahingehende Beratungsbesuche unterstellt werden, in denen nicht erforderliche Pflegeleistungen verkauft würden.

Bei aller Kritik darf jedoch nicht vergessen werden, dass Pflegestützpunkte in anderen Bundesländern von der Konzeption her, auf ein identisches Beratungsergebnis ausgerichtet sind, nämlich die Steuerung und Begrenzung der Pflegeleistungen. Der positive Ansatz, nämlich die Errichtung von – insbesondere in der Dauerhaftigkeit – kostspieligen Pflegestützpunkten durch Alternativkonzepte zu vermeiden, überragt deshalb die Kritik an der Netzwerkkonzeption bei weitem. Wir unterstützen deshalb die Sozialministerin, Frau Christine Clauß, und alle anderen Kooperationspartner auf ihrem alternativen, sächsischen Weg. Insoweit pflichten wir Herrn Steinbronn (AOK Plus) bei, dass Pflegestützpunkte keine oder eine schlechte Alternative zum sächsischen Konzept des Beratungsnetzwerkes sind. Das zu erreichende Ergebnis ist identisch. Die Sozialministerin sieht darüber hinaus sogar Vorteile für die Leistungserbringer in der wettbewerbsneutralen Beratung der Versicherten. Ob damit eine leistungsoptimierte und patientenspezifische Beratung unter Ausschöpfung aller Leistungsansprüche und damit eine Qualifizierung der Beratung erreicht werden kann, bleibt allerdings bei dieser Vorherrschaft der Kostenträger zweifelhaft.

#### Versorgung mit verbrauchenden Kontinenzmitteln

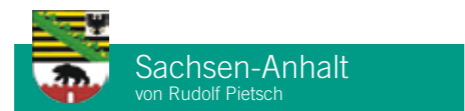
Die Rechtsaufsicht hat unsere Beschwerde, welche wir aufgrund Ihrer zahlreichen Rückmeldungen auf die Umfrage von März 2009 eingebracht haben, sehr ernst genommen. Unter Vermittlung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, hat die AOK nunmehr mehrfach mündlich und schriftlich erklärt, dass

- ▶ die Pflegedienste zur Mithilfe bei der Verteilung von Inkontinenzhilfen nicht verpflichtet sind und dieses ausschließlich in die Zuständigkeit der Lieferanten fällt und
- ▶ die AOK Plus hinsichtlich der Beratung und Überwachung der Lieferanten zuständig ist.

Wenn auch für viele Fälle zu spät, hat die AOK Plus nunmehr in allen Geschäftsstellen, allen Filialen, Ansprechpartner für die Pflegedienste benannt (siehe Rundfax vom 6. Juni 2009).

Die AOK Plus weist darauf hin, dass nicht sie, sondern der Gesetzgeber die Krankenkassen drängt, Ausschreibungsverfahren durchzuführen. Der Gesetzgeber wiederum hat auf die negativen Rückmeldungen insofern reagiert, dass er das Ausschreibungsverfahren seit dem 01.01.2009 nicht mehr zwingend vorschreibt. Derzeit wird jedoch nicht mehr in Erwägung gezogen, ob die vorgenommene Umstrukturierung zurück genommen wird. Bis Ende 2008 wurden die 76.000 AOK Plus Mitglieder in Sachsen und Thüringen von ca. 3.800 Sanitätshäusern mit Inkontinenzmitteln versorgt. Jetzt sind es nur noch 20 Vertragspartner für die AOK Plus.

Wir empfehlen Ihnen, die bereitgestellten Ansprechpartner bei Bedarf unverzüglich zu kontaktieren. Wenn dieser Weg ggf. Ihre Probleme nicht verringert, werden wir Sie gerne von Verbands wegen unterstützen.



#### Landessozialkonferenz

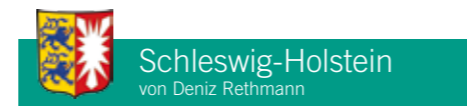
Das Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt arbeitet bereits seit längerem an einem Sozialpolitischen Gesamtkonzept. Einerseits soll damit wohl eine Vernetzung sich überschneidender Sozialbereiche erreicht werden, andererseits ist ein starker Wille erkennbar, die vermeintlichen sozialpolitischen Erfolge der Landesregierung darzustellen. Insoweit verwischt manchmal etwas, ob die sozialpolitische Entwicklung oder deren Konzeption zuerst da war. Motto: je geringer die Erwartung, desto eher wird sie voll erfüllt. Die Transparenz der Initiativen (z.B. Projekt Mobile Praxisassistentin) und angeblichen Aktivitäten (z.B. gemeindenaher psychiatrische Versorgung; Projekt Transage), die als Erfolg gewertet werden, ist nicht gegeben.

Bestandteil der Konzeption soll auch die Installation einer Landessozialkonferenz aus allen Bereichen sein. Deren Aufgabe wäre es unter anderem, die Sozialpolitische Konzeption umzusetzen. Dadurch verteilt die Landesregierung die Verant-

wortung für den Erfolg ihrer Konzeption auf weitere Schultern. Zieht man in Betracht, dass viele Fachgremien bereits heute aufgrund der kompromisslosen Interessenvertretungen nur zu kleinen Ergebnissen kommen, sind die Erwartungen an ein umfassendes Gremium eher bescheiden.

#### Neue SGB XI Leistungskomplexe

Zunächst einmal vielen Dank für die Beteiligung an unserer Umfrage zu den Leistungskomplexen. Das Ergebnis bestätigt die Erwartung, dass wenige Leistungskomplexe den Schwerpunkt der Pflege ausmachen. Dies wird bei den anstehenden Vergütungs- und Punktzahlenverhandlungen von großer Bedeutung sein. Weitere Verhandlungstermine sind bereits vorbereitet. Gemeinsam mit den Wohlfahrtsverbänden werden gerade Strategien entwickelt, um die notwendige Beschleunigung in die Verhandlungen zu bringen.



#### „Ein Jahr Pflegeweiterentwicklungsgesetz“ LAG PSH etabliert eine Lobby für private Pflegeeinrichtungen

Bei wunderbarem Juliwetter fand das Pflegeforum Schleswig-Holstein in dem schönen „Theater am Schloss“ in Eutin statt. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Verbände privater Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein (LAG PSH), in der auch wir mitwirken, organisierte die Fachtagung zu dem Thema „Ein Jahr Pflegeweiterentwicklungsgesetz“. Es referierten Vertreter aus dem Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, des MDK Nord sowie des Verbandes der Ersatzkassen vor mehr als 100 Teilnehmern zum Stand der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in Schleswig-Holstein.

Nach einleitenden Worten der stellv. Bürgermeisterin Eutins, Frau Elgin Lohse, und des Sprechers der LAGPSH, Michael Zemski, machte Frau Dr. Hildegard Entzian, Referatsleiterin Pflegeversicherung, Heimrecht, Pflegeinfrastruktur aus dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein mit Ihrem Vortrag den Auftakt in die Veranstaltung. Zunächst stellte Frau Dr. Entzian den derzeitigen Stand der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes dar. In dem zweiten Teil ihres Referats befasste sie sich mit dem Thema Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (PBG II), in dem sie die wesentlichen Änderungen im Vergleich zum Bundesheimrecht darstellte. Das Gesetz wird am 1. August dieses Jahres in Kraft treten.

Anschließend referierte Herr Dr. Martin Schünemann vom MDK Nord im Wesentlichen über die zukünftig anstehenden Transparenzprüfverfahren und deren Auswirkungen auf die Pflegeeinrichtungen. Eine für die Zuhörer wichtige Frage nach den Kosten der Wiederholungsprüfungen in Schleswig-Holstein konnte er nicht abschließend beantworten. Im Anschluss seines Referats stellte sich Herr Dr. Schünemann den teilweise kritischen Fragen der Zuschauer im Hinblick auf die Umsetzung des Transparenzverfahrens.

Den Abschluss der Vortragsreihe bildete Herr Sven Peetz vom Verband der Ersatzkassen, Landesvertretung Schleswig-Holstein. Er beantwortete spezifische Fragen zur Umsetzung von gesetzlichen Neuerungen seit Einführung des PFWG und stellte dar, das Poolen von Leistungen, Gesamtversorgungsverträge, Verträge mit Einzelpflegekräften nach § 77 SGB XI bisher keine Rolle in Schleswig-Holstein spielen.

In einem abschließenden Podiumsgespräch nutzten die Teilnehmer des Pflegeforums die Gelegenheit, ihre Fragen zum Thema Pflege-Weiterentwicklungsgesetz an die Referenten und Gesprächspartner der Verbände der LAGPSH zu stellen. Darüber hinaus bot dieser Teil der Veranstaltung den Teilnehmern die Möglichkeit, Äußerungen über den Zustand der Pflege in Schleswig-Holstein an die richtigen Ansprechpartner zu richten.

Herr Michael Zemski, Sprecher der LAGPSH resümierte auch mit Ausblick auf zukünftige Veranstaltungen der LAGPSH: „Wir freuen uns, dass die Verbände der LAGPSH ein gemeinsames Projekt wie das Pflegeforum in Eutin so erfolgreich durchführen konnten und damit ein weiterer Schritt, den gemeinsamen Auftrag der LAGPSH, den Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein optimal zur Seite stehen zu können, erfüllt wurde.“



#### 3 Tages Frist ist keine Ausschlussklausel

Der ABVP weist seit Einführung der HKP-Richtlinien im Jahr 2000 darauf hin, dass für gesetzlich Versicherte erforderliche und erbrachte Behandlungspflege von den Krankenkassen vergütet werden muss bzw. abgerechnet werden kann. Zuletzt haben wir mit Rundschreiben vom 14. April 2009 darauf hingewiesen, dass wir unsere richtige Rechtsauffassung gegen die Kassen zunehmend auch durchsetzen können. Das Bundesversicherungsamt hat unsere Rechtsauffassung als Rechtsaufsichtsbehörde bestätigt. Auch die Rechtsaufsicht der AOK Plus, nämlich das Säch-

sische Staatsministerium für Soziales, hat auf Anfrage ausdrücklich bestätigt, dass sie derzeit in der entsprechenden Bestimmung eine Schutzvorschrift für Pflegedienste und für die Versicherten erkennt und keine materiell rechtliche Ausschlussfrist.

Unserer Anfrage lag ein Thüringer Streitfall zugrunde. Die AOK Plus glaubte hier prüfen zu dürfen, inwieweit das verspätete Einreichen der Verordnungen für die Versicherten entschuldbar ist. Sie versuchte anhand der Anzahl der Verspätungstage einen Maßstab aufzustellen, nachdem sie das völlige Entfallen der Vergütung für erbrachte Leistung rechtfertigen dürfe. Der Stress der Weihnachtsfeiertage hingegen sollte keine Berücksichtigung finden. Der Irrsinn der Prüfung zeigt, dass der Richtlinienggeber hier zu Recht keine Berechtigung zu einer Verschuldensprüfung zugesteht. Lediglich bei nicht genehmigungsfähigen Verordnungen soll die Überschreitung der 3 Tages Frist abrechnungshemmend wirken, auch dann verschuldensunabhängig.

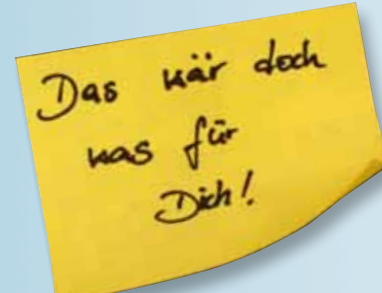
Zum Vergleich sei daran erinnert, dass die Krankenkassen bei Überschreitung der Zahlungsziele lediglich Verzugszinsen zu zahlen haben.

Mit ihrer Ankündigung, dass sie auch in Zukunft prüfen werde, ob ein „gravierendes“ Fristversäumnis vorliege, versuchte sich die AOK Plus eine Sanktionsmöglichkeit offen zu halten, die ihr nicht zusteht. Die Rechtsaufsicht hat den Fall deshalb aufgegriffen.

Wenn es Ihnen also auch einmal passieren sollte, dass Verordnungen versehentlich nicht innerhalb der 3 Tages Frist vorgelegt wurden, helfen wir Ihnen gerne weiter. Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle.

#### Fachkräftemangel

Die Landesregierung Thüringen ist bereit, den zunehmenden Klagen über den Fachkräftemangel entgegen zu wirken. In einem ersten, vom Sozialministerium moderierten Gespräch im Sommer, wurde zunächst die Vielschichtigkeit des Problems nachvollzogen. Abwanderung, Geburtenknick, Abwerbung in den stationären Bereich, Arbeitsbedingungen im ambulanten Bereich, Imageverfall und Vergütungsstagnation sind alles berücksichtigungswerte Aspekte. Kurzfristige Patentlösungen gibt es offensichtlich nicht. Die Hoffnung der eingerichteten Arbeitsgruppe ist deshalb, dass vielleicht kleinere Baustellen bearbeitet werden können, die kleine Beiträge zur Verbesserung der Lage schaffen können. In einem ersten Schritt hat die Landesregierung angekündigt, noch in Bälde die Voraussetzungen zu schaffen, dass auch in Thüringen das Meister-BaFöG zur PDL-Ausbildung erhalten werden kann. Weitere Schritte werden aufgesucht.



## 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](http://www.optadata-gruppe.de)

# Landesmitgliederversammlungen

Qualitätszirkel				
Bundesland / LMV	Thema: Sturz	Thema: Ernährung	Thema: Qualitätsprüfung	Thema: Fortbildungsplanung
Baden-Württemberg	11.11.09	16.09.09		
Bayern	29.09.09			25.11.09
Berlin		09.09.09		
Brandenburg				
Hessen		25.08.09		17.11.08
Mecklenburg-Vorpommern	27.11.09	04.09.09		
Niedersachsen				15.09.09 24.11.09
Nordrhein-Westfalen		26.08.09		08.12.09
Rheinland-Pfalz		23.09.09		10.12.09
Sachsen			30.09.09	26.11.09
Sachsen-Anhalt			30.09.09	09.12.09
Schleswig-Holstein				22.09.09
Thüringen			08.09.09	24.11.09

# Bundesmitgliederversammlung

19. November 2009

Bald ist es soweit – am 19. November 2009 ist Bundesmitgliederversammlung.

Der wichtigste Verbandstermin findet in diesem Jahr im schönen, gemütlichen und historischen Eisenach statt. Nutzen Sie diesen Termin zur aktiven Einflussnahme auf die Verbandsarbeit und treffen Sie Berufskollegen aus allen Teilen Deutschlands. Freuen Sie sich auf unsere Gäste aus Politik und Wirtschaft zur Podiumsdiskussion zum Thema „wohin steuert die ambulante Pflege?“. Lernen Sie die hauptamtlichen Mitarbeiter des ABVP e.V. persönlich kennen, nutzen Sie die Gelegenheit zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch und genießen Sie das Ambiente des Steigenberger Hotels „Thüringer Hof“.

Da Susanne Steinröhder als Voritzende des ABVP ins Hauptamt wechselte, steht in diesem Jahr die Wahl zum Vorstandsvorsitz an. Nutzen Sie Ihre Stimme und gestalten Sie

die Zukunft dieses Verbands durch Ihre Wahl aktiv mit. Prüfen, hinterfragen und diskutieren Sie die Satzungsanträge, bestimmen Sie die Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter des ABVP e.V.

Wie gewohnt haben wir ein Zimmerkontingent für Sie vorreserviert. Unter dem Kennwort „**ABVP**“ können ab sofort buchen. Die Zimmerpreise: EZ inkl. Frühstück EUR 75, DZ inkl. Frühstück EUR 105. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Bundesgeschäftsstelle, **Frau Gruber-Schulz, Tel: 0511/ 515 111-103.**

## Wo und Wann:

Donnerstag, 19.11.2009, Beginn: 10 Uhr, Steigenberger Hotel „Thüringer Hof“, Karlsplatz 11, 99817 Eisenach, Tel.: 03691/28-0, [www.eisenach.steigenberger.de](http://www.eisenach.steigenberger.de).

▲  
die Redaktion

## Adressen und Erreichbarkeiten

### Bundesgeschäftsstelle

Goseriede 13 · 30159 Hannover  
Telefon: 0511 / 515 111 – 0  
Telefax: 0511 / 515 111 – 8109  
Email: [dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)  
Internet: [www.abvp.de](http://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

Susanne Steinröhder | Bundesgeschäftsführerin  
Endris Björn Heimer |  
Referent des geschäftsführenden Vorstands  
Maike Beisner | Referat Recht  
Elisabeth Gruber-Schulz | Büroleitung  
Sascha Haltenhof | Referat Marketing  
Marita Metzner | Mitgliederverwaltung  
Manuela Zotter | Buchhaltung

### ServiceStelle

Goseriede 13 · 30159 Hannover  
Telefon: 0511 / 515 111 – 0  
Telefax: 0511 / 515 111 – 8109  
Email: [service@abvp.de](mailto: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](mailto: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  
Natalie Scholz | Sekretariat

### Geschäftsstelle Ost

Tieckstrasse 37 · 10115 Berlin  
Telefon: 0511 / 515 111 – 130  
Telefax: 0511 / 515 111 – 8139  
Email: [reg.ost@abvp.de](mailto: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  
Kerstin Bader | Sekretariat

### Geschäftsstelle Mitte

Löberwallgraben 9 · 99096 Erfurt  
Telefon: 0511 / 515 111 – 140  
Telefax: 0511 / 515 111 – 8149  
Email: [reg.mitte@abvp.de](mailto: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](mailto: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](mailto:reg.sued@abvp.de)  
erreichbar: Mo. bis Do.: 8:00 Uhr bis 15:15 Uhr  
Jeannine Oetjen | Länderreferentin Süd  
Christine Hain | Sekretariat