



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

weitblick

3/2013



BILD DER PFLEGE:

Wertschätzung und Vertrauen sind die Schlüssel zur Zukunft.

DISKUSSION UM QUALITÄT:

Prüfgebaren erreichen ein neues Niveau.

BVA-BERICHT:

Den Kassen auf die Finger geschaut.

DIE PRIVATE PROFESSIONELLE PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Inhalt

Editorial	3
Kontrolle ist besser? Wertschätzung und Vertrauen in die Pflege ist der Schlüssel zur Zukunft	4
Wohin steuert die Qualitätsdiskussion in der Pflege – und warum? Die Gebaren der Prüfbehörden erreichen ein neues Niveau	8
Staaten im Sozialstaat: Die kommende Pflegereform muss auch einen prüfenden Blick auf die Rolle der Kassen werfen	14
Autorenverzeichnis	19



**Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,**

das Thema Pflege ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Allerorten wird über den Mangel an Fachkräften diskutiert. Möglichkeiten der Finanzierung von Pflege werden hinterfragt. Nicht wenige stellen öffentlich die Frage: Wie soll es weitergehen? Was sind die notwendigen Schritte, um den Herausforderungen des Demografischen Wandels Herr zu werden? Und warum sind diese in den letzten Legislaturperioden nicht angegangen worden?

Die neue Bundesregierung wird in der kommenden Legislaturperiode sicherlich eine weitere Pflegeversicherungsreform auf den Weg bringen wollen, ja müssen. Es ist zu hoffen, dass sie im Zuge dessen mutig genug sein wird, sich nicht im Flickwerk von Einzelfragen zu verlieren. Denn eine Gesetzesreform mit WEITBLICK, also ohne begrenzte Haltbarkeit, muss der Anforderung gerecht werden, den Blickwinkel auf Pflege zu verändern. Professionell gepflegt zu werden gehört zunehmend zum Alltag vieler Menschen in Deutschland. Professionelle Pflege ist damit kein notwendiges Übel, sondern etwas Besonderes, weil sich in ihr konkrete Lebensabschnitte von Pflegebedürftigen mit der sozialen Berufung und den Qualitätsansprüchen von Pflegenden und Pflegeunternehmern vereinen. Sie verdient daher mehr politische Beachtung und im Zuge dessen mehr Achtung, Vertrauen und Wertschätzung.

Dieser politische Perspektivwechsel und die nachhaltige Verbesserung der Rahmenbedingungen für Professionelle Pflege werden den Erfolg einer neuen Pflegeversicherungsreform ausmachen. Dass den Verantwortlichen damit keine leichte Aufgabe gestellt ist, macht der Blick auf die vergangenen Monate deutlich. Denn noch immer wird scheinbar mit zweierlei Maß gemessen. Auf der einen Seite werden noch so unbegründete Verdächtigungen über Missstände in der Pflege als Anlass genommen populäre, aber mangelhaft weitsichtige Reflexpolitik zu betreiben. Auf der anderen Seite bleibt der kritische Blick vor dem offensichtlichen Versagen der Pflege- und Krankenkassen aus. Wir setzen genau dort an und benennen die Folgen unberechtigter Kritik, damit der Weg zu Vertrauen und Wertschätzung frei wird.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.


Stephan Baumann
Bundesvorsitzender des VDAB

Kontrolle ist besser?

Wertschätzung und Vertrauen in die Pflege ist der Schlüssel zur Zukunft



von
Thomas Knieling

Das Thema Pflege ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Das ist gut so, denn Bund, Länder, Gemeinden und jeder Einzelne müssen sich mit der Frage beschäftigen: **Wie kann jeder, der professionelle Pflege braucht, sie in Zukunft auch bekommen?**

Nach dem politischen Großereignis der Bundestagswahl sollten die Vertreter der Pflegepolitik langsam wieder zur Tagesordnung zurückkehren. Denn die nächste Pflegeversicherungsreform wird nicht lange auf sich warten lassen. Die Verantwortlichen in Bund und Ländern müssen sich daran messen lassen, ob sie mit Blick auf die demografische Entwicklung handlungsfähig bleiben. Und wieder werden sich Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige fragen: Wann kommt jetzt endlich eine echte und nachhaltige Reform mit einer klaren Zielsetzung?

Status Quo zeigt: Pflege verdient mehr Wertschätzung und Vertrauen

Der Schlüssel zur Lösung vieler Herausforderungen für die Pflege der Zukunft liegt darin, professioneller Pflege wieder das Vertrauen und die Wertschätzung entgegen zu bringen, die sie verdient. Ein Blick auf den Status Quo zeigt das deutlich:

Eine erfreuliche Entwicklung – wenn auch nach zweijährigem zähen Ringen – war Ende 2012 die Unterzeichnung der **Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive**. Erstmals ist es gelungen, alle „Player“ an einen Tisch zu bekommen: Bundes- und

Landesministerien, Gewerkschaften, Berufs- und Einrichtungsverbände gingen konkrete Verpflichtungen ein. Zentrales Anliegen dabei: Bekämpfung des Fachkräftemangels unter anderem durch Verbesserung des Images des Pflegeberufs. Klar ist, dass es mit reiner Imagepolitik nicht getan sein wird. Die zentrale Aufgabe bleibt die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege. Bislang werden den zahlreichen Berufsausstiegen aus der Pflege nur unzureichende Beachtung geschenkt – sollte sich die kommende Reform das Etikett „nachhaltig“ anheften wollen, wäre das zu ändern. Dann müssten auch wesentliche Demotivationsfaktoren angegangen werden. Zum Beispiel der Umstand, dass eine Vielzahl von Pflegekräften darunter leiden, wenn sie ihren erlernten Beruf durch die hohen zeitlichen Erfordernisse der Pflegedokumentation nicht so ausüben können, wie sie wollen. Die Pflege der Papiere muss zukünftig der Pflege von Menschen weichen.

Vielversprechende Entwicklungen bei der Entbürokratisierung

Vielversprechend ist die Initiative der Ombudsfrau für Entbürokratisierung im Bundesministerium für Gesundheit, Elisabeth

Beikirch, für eine **entbürokratisierte Pflegedokumentation**. Sie basiert auf einem zentralen Grundgedanken – dem Vertrauen in die Kompetenz von Pflegekräften und der daraus resultierenden Entscheidungen. Endlich wird das Thema konsequent vom Nutzen für die Pflege her gedacht und nicht ausgehend von den Setzungen externer Prüfbehörden. Hier zeigt sich, welch großes Entbürokratisierungspotenzial in einem Vertrauensvorschuss für die Pflege steckt. Der VDAB wird diese Entwicklung nach Kräften unterstützen und dafür eintreten, dass dieser Grundgedanke in viel mehr Bereichen der Pflege Platz greift.

Generalverdächtigungen gegen die Pflege konterkarieren alle Bemühungen zur Imageverbesserung der Pflege

Wie schwierig dies sein wird, zeigen die vielen Rückschläge im Streben nach einer Imageverbesserung für die Pflege. Diverse Institutionen sahen sich bemüßigt, **Pauschalschelte an der Pflegebranche** zu betreiben und machten damit deutlich, dass die Zeiten des Generalverdachts noch lange nicht vorbei sind.

Den Anfang machte in 2013 die sogenannte Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, kurz: „**Antifolterstelle**“. Eigentlich glaubt man ab einem gewissen Zeitpunkt, schon alles erlebt zu haben. Aber dass Pflegeanbieter plötzlich im Zusammenhang mit Folter genannt werden und sich im illustren Kreis von Gefängnissen und psychiatrischer Einrichtungen wieder finden, hat selbst Branchenkenner überrascht. Die Antifolterstelle sollte nun auch Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf

freiheitsentziehende Maßnahmen überprüfen. Der VDAB hat sich im Sinne seiner Mitglieder umgehend eindeutig positioniert und sowohl mit der Antifolterstelle selbst, als auch mit Ministerien gesprochen. Die Naivität, mit der Politik mit solchen Dingen umgeht ist bemerkenswert. In den Gesprächen wurde zwar deutlich, dass man sich der negativen Folgen der Kontrollen der Antifolterstelle durchaus bewusst ist. Aber allein die Tatsache, dass deren Arbeit auf internationale Verträge auf UN-Basis zurückgeht, verbietet politisch offensichtlich jede Frage nach dem Sinn. Die Logik: Zwar sei das UN-Abkommen eigentlich für Länder gedacht, in denen eine Menschenrechtsproblematik besteht. Diese Länder seien allerdings nur zur Umsetzung des Abkommens zu bewegen, wenn Staaten wie Deutschland mit gutem Beispiel voran gingen. Das bedeutet also, dass der Imageschaden für eine ganze Branche in Kauf genommen wird, um moralischen Druck auf einzelne Länder auszuüben. Ob man auch bei einer Branche wie der Automobilindustrie so entschieden hätte, wäre eine spannende Frage.

Kurz danach war in **TV-Magazin „Panorama“ ein Bericht über den Export von Pflegebedürftigen** zu sehen. Die Botschaft war klar: Professionelle Pflege ist zu teuer und es bleibt vielen Pflegebedürftigen nur der Weg ins Ausland. Unter anderem am Beispiel Ungarns wurde erklärt, wie gut und günstig doch die Pflege im Ausland ist. Dies ist nur ein Beispiel für verkürzte wie falsche Botschaften, wie sie sich immer wieder in den Medien finden. Traurig aber wahr: Es fehlt an einer ehrlichen und konsistenten Diskussion über Pflege in der Öffentlichkeit. Gefragt sind Lösungen D

und nicht Problembeschreibungen. Es macht keinen Sinn einerseits die zu niedrige Bezahlung von Pflegekräften zu beklagen und gleichzeitig festzustellen, dass Pflege zu teuer sei. Was bleibt ist häufig das Gefühl, dass alle Probleme in die Pflegebranche zurückdelegiert werden.

Der VDAB sieht eine große Verantwortung der Medien zum sorgsamem und ehrlichen Umgang mit der Pflegebranche. Anders lassen sich Entwicklungen wie der Fachkräftemangel nicht nachhaltig lösen.

Der Vorsitzende der Polizeigewerkschaft Bernhard Witthaut setzte den Reigen öffentlicher Pauschalschelte fort, indem er medienwirksam konstatierte, es gebe **bundesweit eine gesteigerte Gewaltbereitschaft in der Pflege**. Obwohl diese Behauptungen nicht durch Daten untermauert wurden, verfehlte die Nachricht ihre Wirkung nicht. Die Ängste vieler wurden einmal mehr geschürt, indem die Branche und der Berufsstand unter Generalverdacht gestellt wurden. Dies wiegt umso schwerer, als die Polizei in der Bevölkerung hohes Vertrauen und Glaubwürdigkeit genießt. Die Frage, wem solche Aussagen nutzen, sollten ihre Urheber beantworten.

Trauriger Höhepunkt der Misstrauenskampagne in 2013 ist die sogenannte **„Schwachstellenanalyse von Transparency Deutschland“** zum Pflegesektor. Bereits der Untertitel erübrigt für Presse und Öffentlichkeit das Weiterlesen: **„Transparenzmängel, Betrug und Korruption im Bereich der Pflege und Betreuung“**. Durch eine gefährliche Mischung aus Ideologie und Unkenntnis wurde der klangvolle Namen der Institution dafür missbraucht zu skandalisieren und alt bekannte Vorurteile zu pflegen. Dazu drei Beispiele:

1. „Wenn dennoch Pflegeheime keine seelenlosen Pflegefabriken sind, dann liegt das an engagierten Pflegekräften und dem Betreuungspersonal und ihren Anstrengungen, für die Menschen mit Pflegebedarf das Heim zum Zuhause zu machen. Und es liegt an Angehörigen, Freunden und Ehrenamtlichen, die außer der menschlichen Zuwendung, die sie leisten, häufig genug auch pflegerische Aufgaben übernehmen.“

Der Betreiber ist also nur am Geld interessiert und nimmt dafür seelenlose Pflegefabriken in Kauf. Verunglimpfung ist offensichtlich Teil der Ideologie von Transparency.

2. „Die Fairness gebietet, zu erwähnen, dass viele Pflegekräfte eigenmächtig entscheiden, mehr Zeit den zu Pflegenden zuzuwenden, als ihr Plan vorsieht, weil sie die Einsamkeit und seelische Not spüren. Das bezahlen sie selbst durch ihren unentgeltlichen Einsatz – zugunsten des Pflegedienst-Betreibers. Auch dies zeigt die Schwäche des Systems, mit dem oft nur an der Grenze zur Illegalität angemessene Pflegequalität erreichbar ist.“

Die Pflegedienstinhaber bereichern sich also an kostenloser Mehrarbeit und nicht die Kassen! Eine Verantwortung bei Politik und Kassen sieht man nicht. Vielmehr ist wie immer die Pflege für alles selbst verantwortlich.

3. „Privatwirtschaftliche Pflegedienste und Pflegeheime sind seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung wie Pilze aus dem Boden geschossen. Die Pflegewirtschaft als Teil der Gesundheitswirtschaft wurde aber erst dann zum boomenden Geschäftsfeld,

als die Pflegeversicherung den Vorrang der freigemeinnützigen Träger und der Kommunen abgeschafft hatte. Anders als die freigemeinnützigen Träger, die keine Gewinne machen dürfen und Überschüsse in die Verbesserung der Qualität oder in Expansion stecken müssen, können private Anbieter in der Pflege Gewinne machen und tun dies auch. Renditeversprechen von sechs bis zehn Prozent für Anleger sind keine Seltenheit. Den Preis des Renditedrucks zahlen allerdings die Beschäftigten und die Heimbewohner, während gewinnorientierte Investoren den Nutzen davontragen.“

Wohlfahrt gut – Private schlecht: so einfach ist die Welt bei Transparency!

Solchen Veröffentlichungen, die sogar noch im Gewand der Wissenschaftlichkeit daherkommen, erzielen nur kontraproduktive Effekte. Sie verunsichern Pflegebedürftige und Angehörige, gleichzeitig verunglimpfen sie Pflegeunternehmer, die jeden Tag unter schwierigen Rahmenbedingungen eine hochwertige pflegerische Versorgung sicherstellen.

Auf die inhaltliche und gesellschafts-politische Kritik des VDAB antwortete Transparency zusammengefasst so: Dass der VDAB als Unternehmensverband Kritik äußere, läge in der Natur der Sache. Auch anderswo würden Missstände „totgeschwiegen“. Letztlich sei in vielen Fällen dann doch reagiert und Missstände beseitigt worden. Dass die Organisation selbst nicht bereit war, sich auf die inhaltliche Kritik auch nur einzulassen oder sich gar mit ihr zu befassen, lässt tief blicken.

Politik muss der Pflege den Rücken stärken

Diese Anfechtungen der Pflegebranche haben eines gemeinsam: Trotz Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive gab es keinerlei Unterstützung seitens der Politik für die Pflegebranche. Der VDAB hätte erwartet, dass Bundes- und Landespolitik für die Pflege Partei ergreift und sich öffentlich gegen Pauschalverurteilungen und Skandalisierung stellt. Das wäre die beste Imagekampagne für die Pflege. Leider lässt man aber ganz im Gegenteil die Diskussionen laufen: Beim Thema Pflege wird es immer mehr wie im Fußball: Jeder ist Experte und jeder darf sich auch äußern und bekommt Gehör.

Die Private Professionelle Pflege wird keine dieser Entwicklungen mehr laufen lassen, sondern ihnen engagiert entgegentreten wo immer sie auftauchen. Denn nur mit Vertrauen und Wertschätzung gegenüber der Pflegebranche wird auch in Zukunft jeder die professionelle Pflege bekommen können, die er braucht.



Wohin steuert die Qualitätsdiskussion in der Pflege – und warum?

Die Gebaren der Prüfbehörden erreichen ein neues Niveau



von
Jürgen Fahnenstich

Die Zustände in der Pflege scheinen dramatisch zu sein und erhebliches Verbesserungspotential aufzuweisen. Hierauf jedenfalls deutet die aktuelle Diskussion hin. Allerdings: Besteht wirklich ein so erheblicher Verbesserungsbedarf und wenn ja, wo tatsächlich?

In einem Land, in dem praktisch jede politisch relevante Frage der Einschätzung durch eine unabhängige Kommission überlassen wird, verwundert doch sehr, dass dies zur Frage der Pflegequalität bisher unterblieben ist. Die wiederkehrenden Berichte des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung wird man angesichts des zur Kostenträgerseite bestehenden Auftragsverhältnisses kaum als neutral in diesem Sinne ansehen können. Ungeachtet dessen also, dass keinerlei wissenschaftlich erhärtete Erkenntnisse darüber vorliegen, an welcher Stelle tatsächlich Verbesserungsbedarf besteht, wird eine praktisch ausschließlich auf Fragen der Strukturqualität gerichtete Diskussion geführt; überdies werden die Befugnisse prüfender Stellen auf neue Gebiete ausgeweitet.

Verschärfungen der Landes-Heimgesetze ohne nachvollziehbaren Anlass

Aktuell zu beobachten ist gleichsam ein Wettlauf der Bundesländer um das „schärfste“ Landes-Heimgesetz. Hingewiesen sei nur auf die Aufnahme ambulanter Versorgungsformen und neuer Wohnformen in die Heimgesetze. Auch die Bestrebungen zur Veröffentlichung von Prüfergebnissen werden vorangetrieben. Schon die letzten Reformen des Bundes-Heimgesetzes

aus den Jahren 1997 und 2001 waren durch Verschärfungen gekennzeichnet, ohne das zuvor belastbare Feststellungen zu der Frage getroffen worden wären, wo konkret Verbesserungen erforderlich und wünschenswert seien. Mit dem Erlass des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes, das im Zuge der Föderalisierung des Heimrechtes zur bundesrechtlichen Kodifizierung des Heimvertragsrechtes erforderlich geworden war, ist eine Erschwerung der heimvertragsrechtlichen Situation (Stichwort: Umsetzung von zuvor mit der Kostenträgerseite ausgehandelten Vergütungsanpassungen) eingetreten, ohne dass hierzu ein nachvollziehbarer Anlass bestanden hätte.

Schlechtere Noten ohne Verbesserungsmöglichkeiten

Im Bereich der Pflegeversicherung sind Reaktionen der Kostenträgerseite auf ein allgemein hohes Niveau der Benotung im Rahmen der Transparenzprüfung zu verzeichnen. So haben sich die Kostenträger letztlich mit einer Änderung der Bewertung dahingehend durchsetzen können, dass bei gleichen Bewertungen schlechtere Noten drohen. Dieser Schritt war sicherlich nicht durch Auffälligkeiten im Bereich der pflegerischen Versorgung veranlasst, so dass sich dem Beobachter

beinahe der Eindruck aufdrängen möchte, es gehe hier weniger um qualitative Gesichtspunkte als vielmehr um eine disziplinierende Einwirkung auf die Pflege. Nicht in Abrede gestellt werden kann, dass Verbesserungen der Versorgung auf Hilfe angewiesener Menschen immer wünschenswert sind. Ob dies allerdings in einer derart pauschalen Form und ohne gezielte Aufdeckung von Defiziten und Verbesserungsmöglichkeiten sinnvoll ist, darf immerhin gefragt werden.

In anderen Bereichen kommen Prüfungen, wie die die Pflege ertragen muss, nicht vor

Ebenso darf gefragt werden, wie die Frage der Qualitätsprüfung in vergleichbaren Bereichen gehandhabt wird. Hier ist ein allenfalls zaghaft zu nennendes Vorgehen von Kostenträger- und Behördenseite festzustellen. Im Bereich von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassenen Ärzten existiert ein von jährlich wiederkehrenden, ganze Arbeitstage erfassenden Untersuchungen gekennzeichnetes Prüfsystem, dessen Ergebnisse sogar noch veröffentlicht werden, nicht. Zwar sind Prüfmöglichkeiten tatsächlich in den einschlägigen Vorschriften, insbesondere im SGB V vorgesehen. Praktisch kommen Prüfungen, die mit denen in der Pflege vergleichbar wären, jedoch nicht vor. Ein derartiges Prüfgeschehen würde im ärztlichen oder Krankenhausbereich auch Reaktionen zwischen belustigtem Unverständnis und offenem Widerstand auslösen – keinesfalls jedoch Kooperationsbereitschaft wie in der Pflege. Bestrebungen gar zur Publizierung des Ergebnisses einer Überprüfung durch öffentliche Stellen existieren für den medizinischen Bereich – soweit bekannt – nicht. Dies wird sicherlich nicht nur an der effizienteren Gegenwehr der

Interessenvertretungen liegen. Was, so muss man sich fragen, führt aber dazu, dass die Zustände in der Pflege andere sind. Die Frage lässt sich nicht durch Hinweis auf einfache Kausalitäten beantworten. Vielmehr spielen hier vielfältige Interessen eine Rolle – und die unspektakuläre Erkenntnis, dass der Druck solcher Interessen sich immer dort ausbreitet, wo er auf den geringsten Widerstand trifft. So hat der Pflegebereich schon aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch wegen der unterschiedlichen Interessenrichtungen der beteiligten Träger und Trägerverbände öffentlichem Druck wenig entgegenzusetzen. Hinzu kommt eine erstanliche Bereitschaft der Pflege, auf jede, auch völlig unberechtigte, Form von Kritik reflexhaft mit Rechtfertigungsversuchen zu reagieren. Dies gilt sogar dann, wenn Zustände ersichtlich nicht in den Verantwortungsbereich der Pflege fallen.

Unbehagen gegenüber der Pflegebedürftigkeit darf nicht auf die Pflege selbst übertragen werden

Dem gegenüber steht ein durchaus nachvollziehbares Unbehagen in der Öffentlichkeit gegenüber allem, was mit Pflege zu tun hat. Selbstverständlich sind die Umstände, die zur Pflegebedürftigkeit führen, ebenso wie die Pflegebedürftigkeit selbst, nichts Erfreuliches, weder für Betroffene noch für Angehörige. Dieses Unbehagen wird, was ebenso nachvollziehbar sein mag, zum Teil unreflektiert auf Träger und Beschäftigte in der Pflege übertragen. Selbst die Rechtsprechung der Verwaltungs- (Heimrechtsangelegenheiten) und Sozialgerichte (Kranken- und Pflegeversicherungsangelegenheiten) ist von diesem pauschalen Misstrauen nicht immer ganz frei, D

wie noch zu zeigen sein wird. Problematisch ist überdies, dass der Bereich der Pflege für die Politik, aber auch die Bürokratie eine Profilierungsmöglichkeit bietet, die zumindest dort, wo keine Leistungsausweitung stattfindet und auch kein nennenswerter neuer Personalbedarf entsteht, sogar kostenneutral ist. Aus Sicht von Kostenträgern und Behörden mag sogar ein Interesse an der Disziplinierung des Pflegebereichs bestehen, zumal derartige Versuche mit Blick auf den gesamten medizinischen Sektor unter Einschluss der Arzneimittelversorgung vielfach von Erfolglosigkeit geprägt sind. Die Gesamtsituation bietet sicherlich auch für die Interessenwahrnehmung durch nicht-staatliche Organisationen ein interessantes Betätigungsfeld, zumal jede Form von Kritik von der Öffentlichkeit äußerst sensibel wahrgenommen wird, angesichts der Komplexität der Sachverhalte jedoch kaum mit nennenswerter, wirksamer Gegenwehr der Pflegebranche zu rechnen ist. Dieses Interessengeflecht begegnet einer Situation in Medien und Publizistik, die zum Teil vom ernsthaften Bemühen um Sachlichkeit, zum Teil aber auch davon geprägt ist, in recht emotionaler Weise die Erwartungen des Publikums zu bedienen. Wozu führt dies alles in der Praxis der Pflegeeinrichtungen, insbesondere auf dem hier interessierenden Feld der Qualitätsprüfungen?

Pflege der Akten statt Pflege des Bedürftigen

Die Prüfungen beschäftigen sich nur wenig mit dem tatsächlichen Pflegezustand der versorgten Menschen und umso mehr mit den über diese Menschen geführten Akten. So

werden kleinteilige Dokumentationsprüfungen durchgeführt, es wird in Betriebsabläufe detailliert hereinregiert (Arbeitsverträge, Stellenbeschreibungen, Organigramme), schließlich werden sogar ärztliche Anordnungen in Zweifel gezogen, wobei dies keine Folgen gegenüber Ärzten, sondern nur gegenüber der Pflegeeinrichtung zeigt. Verlangt werden umfangreiche Konzepte zu allerlei Detailfragen (zum Beispiel Personaleinsatz im Vertretungsfall, Gestaltung von Gemeinschaftsräumen, Durchführen von Angehörigenkontakten). Es ist praktisch jede pflegerische Handlung einzeln zu dokumentieren. Geschieht dies nicht, ist die Rede davon, dass eine bestimmte Handlung nicht nachvollziehbar erbracht sei. Nicht abgezeichnete Vermerke gelten als nicht geschrieben, so etwa die Niederschrift ärztlicher Anordnungen in der Pflegedokumentation. Dass Ärzte üblicherweise nicht in Pflegedokumentationen unterzeichnen, ist bekannt, vergisst die die Anordnung aufnehmende Pflegekraft ihrerseits ihre eigene Unterschrift, so führt dies zu Rückschlüssen auf fehlende Kommunikation mit dem Arzt oder gar zu Zweifeln an der Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen entsprechend den ärztlichen Anordnungen. Verlangt wird zum Beispiel auch, dass das Risiko, einen Dekubitus zu erleiden oder Kontrakturen zu erwerben auch dort – dokumentiert – eingeschätzt wird, wo offensichtlich derartige Risiken nicht bestehen. Nicht erhoben wird frappierenderweise die Frage, ob es zu tatsächlichen pflegerischen Fehlleistungen gekommen ist, ob und in welchem Umfang die pflegebedürftigen Bewohner unter Kontrakturen oder Dekubiti leiden und ob beispielsweise erworbene Wunden in der Einrichtung überdurchschnittlich schnell abheilen.

Prüfungen messen keine Qualität der Pflege, sondern den Aufwand von Planung und Dokumentation

In der öffentlichen Diskussion allerdings wird – man möchte fast sagen: bewusst – verschleiert, dass es bei den alljährlich von Heimaufsichten auf der einen und MDK's auf der anderen Seite durchgeführten Qualitätsprüfungen nicht um die pflegerische Versorgung oder das tatsächliche Wohlbefinden der Bewohner geht, sondern um den Aufwand, der mit Pflegeplanung und -dokumentation getrieben wird. Die Öffentlichkeit wäre zumindest erstaunt, erführe sie, dass die hierfür aufgewendete Zeit bei der Versorgung der pflegebedürftigen Bewohner fehlt. Allerdings sind derartige Details nur schwer öffentlich zu kommunizieren mit der Folge, dass weithin angenommen wird, die Prüfergebnisse könnten Aussagen über die tatsächlich beim Bewohner anliegende Versorgungsqualität treffen. Die Pflegeeinrichtungen reagieren auf diese Anforderungen und wenden viel Arbeitskraft und Sorgfalt für die Aktenarbeit auf. Mit der Folge, dass hier relevante Feststellungen im Rahmen von Prüfungen nicht mehr zu treffen sind.

Heimaufsichten greifen in den Personaleinsatz ein

Das Augenmerk der Prüfungen insbesondere der Heimaufsichten richtet sich in dieser Situation auf ein neues Thema, nur eben bedauerlicherweise wiederum nicht auf die Ergebnisqualität. So wird aus mehreren Bundesländern (Sachsen, Thüringen, Bayern, Nordrhein-Westfalen) berichtet, dass die Heimaufsichten das Thema des Personaleinsatzes aufgreifen. Hierbei werden nicht

selten – unter Missachtung gesetzlicher Vorgaben und insbesondere der Vorgaben aus mit der Kostenträgerseite geschlossenen Vereinbarungen – Forderungen zum Personaleinsatz aufgestellt, die sich mit dem vorhandenen Personal nicht oder nur unter nachhaltiger Beeinträchtigung der Gesamt-Personaleinsatzplanung realisieren lassen. So wird beispielsweise eine personelle Verstärkung der nachmittäglichen oder nächtlichen Schichten verlangt. Kommt der Träger diesen Aufforderungen nach, so führt dies zu einer Belastung der in der Regel wesentlich arbeitsintensiveren Frühschichten. Wehrt sich der Träger hiergegen unter Hinweis auf die Tatsache, dass rechtliche Festlegungen zu derartigen Fragen überhaupt nicht existieren (das Heimrecht kennt nur die 50%ige Fachkraftquote und das Erfordernis der ständigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft), so findet hiermit regelmäßig unter Hinweis auf die von den Heimgesetzen zu schützenden Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerschaft keine Auseinandersetzung statt. Dies alles wäre zu verschmerzen, hätten nicht die Heimaufsichten die Möglichkeit, solche Detailfragen mit den Mitteln des Ordnungsrechtes durchzusetzen.

Heimaufsichten übergehen Fragen der Refinanzierung und Begrenzung des Personaleinsatzes

Tritt der Träger einem solchen Hineinregieren in die Personaleinsatzplanung mit dem Hinweis entgegen, er könne nur das vorhandene Personal einsetzen und eine Verstärkung beispielsweise der Nachtschicht führe damit zwingend zu einem Ausdünnen der Tagesschichten, so muss er verschiedene Argumentationsstrategien vergegenwärtigen:



Zunächst wird regelmäßig darauf hingewiesen, es gehe nicht um die vorzuhaltende Personalmenge, sondern ausschließlich um den sachgerechten Einsatz des vorhandenen Personals. Dass dieses Personal allerdings endlich ist, wird bewusst nicht zur Kenntnis genommen. Die Bereitschaft, sich mit den Rahmenbedingungen der Refinanzierung der Pflegeeinrichtungen auseinander zu setzen und zu akzeptieren, dass eine bestimmte Belegung der Einrichtung und Verteilung der Pflegestufen unter den Pflegebedürftigen auch eine bestimmte refinanzierte Personalmenge auslöst, ist ausgesprochen gering. Die hiermit verbundenen betriebswirtschaftlichen Rechenschritte werden im Allgemeinen nicht nachvollzogen. Vielmehr stellen sich Heimaufsichten auf den Standpunkt, sie seien mit der Umsetzung des Heimrechtes und nicht etwa des Leistungserbringungsrechtes (SGB XI) betraut. Wie der Träger das ihm zur Verfügung stehende Personal einsetze, sei seine Sache – sofern er hierbei nur die Vorgaben der Heimaufsicht beachte! Zu beobachten ist aktuell, dass Heimaufsichten die Auseinandersetzung mit den zum Teil außerordentlich komplexen Fragestellungen der Relation zwischen Belegung und Vergütung der Einrichtung auf der einen und vorhandener Personalmenge auf der anderen Seite verweigern.

Heimaufsichten nehmen ohne Bedenken Nachteile für die Bewohner in Kauf

Schließlich argumentieren jene Heimaufsichten, die eine Relation zwischen der Belegungsstruktur auf der einen und dem refinanzierten Personalvorhalt auf der anderen Seite durchaus akzeptieren, damit, es müsse dann wohl an einer ordnungsgemäßen

Einstufung der Bewohnerschaft fehlen. Dieses Argument zeigt erst auf den zweiten Blick seine ganze Tragweite: Reicht die von den Pflegekassen refinanzierte Personalmenge nicht aus, die Forderungen der Heimaufsicht zu erfüllen, so soll dies weder an den von den Heimaufsichten gestellten Anforderungen noch an dem von der Kostenträgerseite gebotenen Refinanzierungsrahmen liegen. Vielmehr, so diese Argumentation, trägt der Heimträger selbst Schuld an der mangelhaften Refinanzierung seines Personalbedarfs: Unterlässt er es doch, für eine ausreichend hohe Einstufung und damit ausreichende Pflegevergütungen zu sorgen. Erstaunlich ist, dass die dem Wohl der Bewohner verpflichteten Heimaufsichten hier praktisch ohne Bedenken dazu auffordern, Schritte zu ergreifen, die zumindest wirtschaftlich eindeutig zum Nachteil der Bewohnerschaft ausgehen: Dem Ansteigen der Leistungsbeträge aus der Pflegeversicherung bei steigender Pflegeeinstufung steht eine weit überproportionale Steigerung der an den Träger zu zahlenden Heimkosten gegenüber. Das hierin liegende Konfliktpotential scheint gleichgültig zu sein.

Misstrauen gegenüber der Pflege wirkt sich auf die Rechtsprechung aus

Bedenklich wird diese Entwicklung allerdings erst dort, wo es nicht mehr gelingt, den angerufenen (Verwaltungs-)Gerichten derartige Sachverhalte zu vermitteln. In der Tat ist das Ineinandergreifen von pflegeversicherungsrechtlichen, ordnungsrechtlichen und betriebswirtschaftlichen Sachverhalten auf den ersten Blick kaum zu entwirren. Dies führt nicht selten dazu, dass sich auch hier das grundsätzliche Unbehagen,

nicht zu sagen Misstrauen in der Öffentlichkeit gegenüber Pflegeeinrichtungen und ihren Trägern auswirkt. So stellen sich offenbar auch Gerichte nicht selten auf den Standpunkt, dass ein Einrichtungsträger, der sich gegen eine bessere Versorgung seiner Bewohnerschaft wehrt, etwas zu verbergen haben wird. Dies führt in der Auseinandersetzung dazu, dass man zwar gezwungen ist, komplexe Sachverhalte eingehend darzustellen. Muss man aber, so die Wahrnehmung, Dinge wortreich erklären, so steigert dies das Misstrauen und vermindert die Bereitschaft, sich mit derart komplexen betriebswirtschaftlichen Fragestellungen auseinanderzusetzen. Dies mündet dann sogar in Aussagen wie derjenigen, der Träger könne sich nicht mit Kostenargumenten seiner Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Versorgung der Bewohnerschaft entziehen. Gelingt es nicht, Öffentlichkeit, Politik und am Ende auch die Gerichte davon zu überzeugen, dass für eine qualitativ hochstehende Versorgung der Bewohnerschaft immer nur dasjenige Personal zur Verfügung steht, das von den Kostenträgern als Folge eines differenzierten Personalschlüssels refinanziert wird, so wird sich die Pflege zunehmend mit unerfüllbaren Anforderungen auseinander zu setzen haben. Pflege- und Interessenverbände werden zukünftig verstärkt darauf hinzuweisen haben, dass personelle Ressourcen begrenzt sind, was auf den allbekannten Fachkraftmangel, aber auch auf den von den Vergütungsvereinbarungen gesetzten Refinanzierungsrahmen zurückzuführen ist. Weiter verknappt werden diese personellen Ressourcen durch eine entgegen aller Zusicherungen ungehindert fortschreitende Bürokratieentfaltung und nicht zuletzt verursacht durch die offenbar durch nichts zu verhindernden Doppelprüfungen von MDK und Heimaufsichten. Diese

personellen Ressourcen aber sind es, die letztlich für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen. Wer die Verfügbarkeit dieser Ressourcen weiter einschränkt und dies noch mit öffentlichen Vorverdächtigungen und Pauschalurteilen gegenüber der Pflege flankiert, muss sich bewusst machen, dass er damit auf längere Sicht auch die Versorgung der auf pflegerische Leistungen Angewiesenen gefährdet. 

Staaten im Sozialstaat

Die kommende Pflegereform muss auch einen prüfenden Blick auf die Rolle der Kassen werfen.



von
Heiner Schülke

Unbemerkt von der Öffentlichkeit und gedeckt von einer stark sehgeschwächten Landesaufsicht, dazu personell verwoben mit den Ministerien haben sich Kranken- und Pflegekassen einen (fast) rechtsfreien Raum geschaffen, in dem sie nahezu frei schalten und walten können. Die Aufsicht in den Ländern ist ein weitgehend zahloser Tiger – soweit dieses edle Tier für einen solchen Vergleich überhaupt taugt.

Sowohl im Verhältnis zu ihren Versicherten, als auch zu ihren Vertragspartnern und nun sogar untereinander stellt das Bundesversicherungsamt (BVA) fehlerhafte Auslegungen bestehenden Rechts, Verstöße gegen bestehendes Recht und vor allem finanzielle Unregelmäßigkeiten fest. Es ist erstaunlich, wie wenig dies Medien und Öffentlichkeit und Politik interessiert.

Wovon ist konkret die Rede?

- In seinem Tätigkeitsbericht 2012 listet das BVA in Bezug auf die Krankenkassen unter anderem folgende Beanstandungen auf:
- Bei den Selektivverträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sowie zur integrierten Versorgung sind es insgesamt fünf Tatbestände von rechtswidrigem Verhalten. Pikant dabei: Das Erheben von Zuzahlungen bei den Versicherten über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus gehört auch dazu. (S. 13)
- Der Einsatz der Werbemittelbudgets wird moniert. Pikant dabei: Aufgrund eines neuen Kontos für externe Werber geben die Krankenkassen „insgesamt deutlich mehr

Geld für Werbemaßnahmen aus“, so das BVA. Das Sahnehäubchen: Krankenkassen ließen sich in „rechtswidriger Weise“ die Kosten für Mailing-Aktionen und Portokosten bezahlen – und zwar von Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, mit denen sie zur Vermittlung von Zusatzversicherungen zusammen arbeiten. (S. 17)

- Kassen nahmen eine klare Risikoselektion bei der Anwerbung neuer Mitglieder vor. Das widerspricht eindeutig den Grundsätzen einer sozialen Krankenversicherung. Pikant dabei: „Oft zahlen die Krankenkassen ihrem Vertrieb keine Prämien für das Werben von einkommensschwachen oder kranken Versicherten oder verlangen Prämien zurück, wenn die Neumitglieder höhere Krankheitskosten verursachen als erwartet.“ (S. 18) Dabei stellt sich natürlich auch die Frage, wie es mit dem internen Datenschutz bestellt ist.
- Ausnahmsweise durch die Presse gegangen ist ein bemerkenswerter Vorgang in Bezug auf das Mitgliedermanagement einer Kasse. Dabei haben Mitarbeiter telefonisch Kontakt vor allen zu behinderten und chronisch

kranken Versicherten aufgenommen. Ihr Ziel war es, sie aus der Kasse heraus zu drängen. Ein klarer Fall von Verstoß gegen das Solidarprinzip in der GKV. (S. 19f)

- Als Dauerbrenner konnte das BVA auch für 2012 „unzulässige Datenerhebungen“ der Kassen bei Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen feststellen. (S. 20f)
- Die Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Mitwirkungspflicht bei der Einkommensermittlung nicht nachkommen, ist nach Ansicht des BVA klar rechtswidrig. Pikant dabei: Die Krankenkassen verlangen von diesen Versicherten zu viel. (S. 24)
- Wenn Krankenkassen Nebenforderungen an ihre Versicherten eintreiben (zum Beispiel Zusatzbeiträge, wie sie in 2011 und 2012 erhoben wurden), gehen sie schon mal rechtswidrig gegen ihre Versicherten vor. Sie verlangen Mahngebühren ohne gesetzliche Grundlage. (S. 25f)
- Krankenkassen interpretieren nach Auffassung des BVA die Vorschrift zu Satzungsmehrleistungen nach § 11, Abs. 6 SGB V fälschlicherweise als „rechtlich schrankenlose Ermächtigung“, um Geld auszugeben. Die Abgrenzung zu Vorsorge (§ 23) und Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V) werde dabei rechtswidrig übersehen. Pikant dabei: Das BVA thematisiert in diesem Zusammenhang das „Selbst- beziehungsweise Rechtsverständnis der Krankenkassen“. (S. 26f)
- Bei der Vollstreckung von Beitragsrückständen haben Kassen die Kleinbetragsregelung von 25 Euro auf 50 Euro rechtswidrig erhöht, ohne rechtliche Grundlage. (S. 28)

Kassen werden ihrem öffentlichen Auftrag nur unzureichend gerecht

Diese Liste ist unvollständig. Sie zeigt jedoch, dass gerade im Umgang mit Geld Mängel bestehen. Wohl gemerkt: Das gilt sowohl für das Einnehmen wie auch für das Ausgeben.

Die Liste zeigt eindrücklich, dass Kassen sich ihre Welt in finanziellen Dingen gern selbst zusammen basteln und damit ihrem öffentlichen Auftrag, die Finanzierung der gesetzlich garantierten Leistungen von Kranken und Pflegebedürftigen sicher zu stellen, nur unzureichend gerecht werden. Der Bericht des BVA weist außerdem in schöner diplomatischer Weise darauf hin, dass die Aufsichtsbehörden der Länder sich immer mal wieder der Rechtsauffassung der Kassen anschließen beziehungsweise sie übernehmen. Von dieser Seite haben Kassen also kaum etwas zu befürchten. Nur so ist es auch zu erklären, dass es zu einem skandalösen Vorgang kommen konnte, der auf folgenden Punkt gebracht werden kann: Fast die Hälfte der Krankenkassen betrügt die andere Hälfte!

Die Möglichkeit dazu besteht aufgrund der Systematik der Geldzuflüsse an die Kassen. Grundlage ist ein sogenannter Risikostrukturausgleich. Der soll sicherstellen, dass Kassen mit einem durchschnittlich höheren Anteil an Kranken genauso gestellt werden, wie Kassen, die eine vergleichsweise „gesunde“ Versichertenstruktur aufweisen. Sie bekommen also umso mehr aus dem Gesundheitsfonds, je kränker ihre Versicherten sind. Dieser Verlockung „kreativer Buchführung“ sind wohl Mitarbeiter in vielen Kassen erlegen.

Derzeit ermittelt das BVA in dieser Angelegenheit. Es wird abzuwarten sein, für welchen

Zeitraum die Rechtsverstöße nachgewiesen werden können und in welcher Höhe sie zu Buche schlagen. Auf jeden Fall darf wohl von Vorsatz ausgegangen werden. Damit ist erneut eine schlimme Entwicklung, das Rechtsverständnis dieser Körperschaften öffentlichen Rechts betreffend, aufgezeigt worden.

Merkwürdig ist, dass die Medien sich dieses Themas nur ganz kurz angenommen haben, während der Pauschalschelte auf die Private, Professionelle Pflege eine Dauerpräsenz eingeräumt wird. Ebenso merkwürdig ist, dass die Politik – Regierung wie Opposition – dieses Thema übersehen haben.

Für die Pflegeversicherung lässt sich die Liste der vom BVA gemachten Beanstandungen um weitere Punkte verlängern:

- Pflegekassen hatten Versicherten, die in stationären Einrichtungen der Hilfe für Behinderte leben, Pflegegeld vorenthalten wollen. Es bedurfte der Intervention des BVA, um ihnen zu ihrem Recht zu verhelfen. (S. 41f)
- Der zu wenig beachtete Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor pflegerischen Leistungen führte „häufig“ zu Beanstandungen. (S. 128)
- Die Fünf-Wochen-Frist zwischen dem Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der mitgeteilten Entscheidung der Pflegekasse wurde ebenfalls „häufig“ überschritten.
- Das Verhalten von Pflegekassen bei Widersprüchen seitens der Versicherten wurde sowohl inhaltlich wie formal moniert.

Wer den Bericht des BVA liest, reibt sich verwundert die Augen, wie es zu solchen Beanstandungen kommen kann.

Denn der Normalbürger und der Normalversicherte geht davon aus, dass die Körperschaften öffentlichen Rechts das auf sie zutreffende Recht

- a) kennen und
- b) rechtskonform anwenden.

Natürlich sind die vom BVA beanstandeten Rechtsverstöße unterschiedlich gravierend und natürlich kommen sie weder in allen Kassen noch an jedem Tag vor. Tatsächlich ist zu berücksichtigen, dass inzwischen über 133 000 Menschen in den Kassenverwaltungen arbeiten (Quelle: BMGS, 2012), die unterschiedlich „gut“ sind und die genauso unterschiedlich verantwortungsvoll und verantwortungslos ihren Beruf ausüben wie der Durchschnitt der Bevölkerung. Dennoch gehen die Erwartungen in eine andere Richtung. Die Versicherten haben einen gesetzlichen Anspruch und die Kassenmitarbeiter sind für sie da. Rechtsfehler, die Kassenmitarbeiter begehen, sind in der Regel gravierender für die Betroffenen als wenn bei der Post oder bei einem Handwerker etwas schief geht. In aller Regel geht es um gesundheitliche Belange. Daher kann erwartet werden, dass in den Verwaltungen besondere Konzentration auf rechtmäßiges Verhalten herrscht. Dieselben, die an die professionelle Pflege überdurchschnittliche menschliche Anforderungen stellen (und diese prüfen lassen), müssen sich gefallen lassen, dass an sie dieselben Maßstäbe angelegt werden.

Daher muss verlangt werden können, dass die interne Kontrolle und die interne Fortbildung mit einem klaren Ziel durchgeführt werden: Die rechtskonforme Anwendung der Vorschriften der Sozialgesetzbücher.

In diesem und nur in diesem Zusammenhang

ist die Feststellung des BVA – an verschiedenen Stellen des Berichts - so bedenklich, wenn es das Rechtsverständnis von Kassen kritisiert. Genau hier ist der Finger in die richtige Wunde gelegt.

Wie weit Kassen mit ihrer „Gestaltung“ der Gesetzeslage gehen, zeigt sich in der Pflege an weiteren Beispielen. So haben die Krankenkassen den Anspruch der Versicherten auf Krankenhaus vermeidende Häusliche Krankenpflege gemäß § 37, Abs. 1 SGB V im Verwaltungswege quasi kassiert. Sie wird trotz klarer gesetzlicher Grundlage so gut wie nicht mehr gewährt. Die Aufsichten schauen zu.

Ein anderes Beispiel ist die Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI. Hier haben die Pflegekassen in den letzten Jahren immer höhere bürokratische Hürden für die Versicherten aufgebaut, die eine flexible und unbürokratische Inanspruchnahme „verhindern“ (nomen est omen). Und das, obwohl in der Begründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ein klares Votum des Gesetzgebers für eine flexible Inanspruchnahme enthalten ist. Auch hier schauen die Aufsichten tatenlos zu.

Wie sicher sich die Kassen in den (gefühl) rechtsfreien Raum eingerichtet haben, zeigt sich schließlich an der Art und Weise, wie sie mit vertraglich vereinbarten Zahlungszielen umgehen, mit welchen zum Teil abenteuerlichen Begründungen Abrechnungen gekürzt werden oder unbezahlt bleiben und dass sie mit Abrechnungsdienstleistern Verträge abschließen, die in der Folge die Pflegeeinrichtungen belasten. Das gilt sowohl hinsichtlich ihrer Liquidität als auch hinsichtlich des Verwaltungsaufwandes in den Einrichtungen, an das ihnen zustehende Geld zu kommen.

Kommende Pflege- und Gesundheitsreform muss die Missstände bei den Kassen im Auge haben

Für die kommende Legislaturperiode des Bundestages sind eine weitere Pflegereform und eine neue Gesundheitsreform angesagt. Die Forderungen, die jeder vernünftige Mensch an dieser Stelle formuliert liegen nach dem Bericht des BVA auf der Hand:

- a) Es muss in den Verwaltungen „wehtun“, wenn Kassen sich rechtswidrig verhalten. Ein wirksames Mittel dazu ist eine spürbare Haftung der Vorstände. Erst dann werden sich ihre Managementaktivitäten und -Prioritäten verändern. So müssen zum Beispiel aussichtslose Rechtsstreite zukünftig zu Lasten konkreter Personen gehen.
- b) Die Verfahren vor den Sozialgerichten und den Landessozialgerichten sind sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer immer noch viel zu lang. Niemand in einer Kasse soll darauf vertrauen können, dass sich eine Leistungspflicht durch den Tod des Leistungsempfängers erledigen könnte.
- c) Die Rechtsaufsichten der Länder und des Bundes sind zu stärken. Ein Mittel dazu ist, dass personelle Abordnungen von Kassen in die Ministerien auf Landes- und Bundesebene zukünftig ausgeschlossen werden. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.
- d) Die Verwaltungsvorschriften zur Beitrags-erhebung, soweit es um Einnahmen außerhalb des Gesundheitsfonds geht, sind zu vereinfachen.
- e) Werbung, wie zum Beispiel die AOK bei dem Sender Sky, sollen zukünftig unzulässig 

sein. Die Regeln für zulässige Werbung (was immer das sei) sind vom Gesetzgeber festzulegen und eineindeutig zu formulieren. Das Ziel muss sein, diese Ausgaben auf die reine Sachinformation zurück zu führen. Das eingesparte Geld kann dazu dienen, Leistungsansprüche der Versicherten an anderer Stelle zu bedienen.

- f) Die Kassen, sowohl Pflege- wie Krankenkassen, sind zu einem Versichertenorientierten Versorgungsmanagement zu verpflichten. Ein Beispiel: Es macht keinen Sinn, die Kostenübernahme für eine Anti-Dekubitusmatratze abzulehnen, hinterher aber den dann notwendigen Krankenhausaufenthalt zu finanzieren. Ebenso wenig macht es Sinn, bei ärztlicher Verordnung von Blutzuckermessungen vor der Insulingabe die Kostenübernahme hierfür zu verweigern. Denn es ist dann nur eine Frage der Zeit, bis der Versicherte in der Klinik landet, weil sein Diabetes entgleist ist.

Schließlich macht es keinen Sinn, Pflege zu finanzieren, ohne jede Möglichkeit der Reha ausgeschöpft zu haben.

Fazit:

Eine grundsätzliche Diskussion um die Stellung der Verwaltung im Gesundheitswesen ist überfällig. Bisher haben die Parteien und die Medien – wenn überhaupt – nur oberflächliches Interesse an diesen Themen gezeigt. Angesichts der Verantwortung der Verwaltungen für die Gesundheit der Versicherten und angesichts der Schwere der Vorwürfe, die im BVA-Bericht zu finden sind, muss sich hier etwas ändern. Die Unterstellung, dass die Kassen grundsätzlich richtig handeln und vor allem die Interessen ihrer Versicherten verfolgen, kann guten Gewissens ad acta gelegt werden. Die Schlussfolgerung aus dem Bericht kann daher nur die Forderung nach einer Strukturreform der Kassenaufgaben und der Entscheidungsräume der Verwaltungen sein. [a](#)

Thomas Knieling,

Bundesgeschäftsführer des VDAB

Volljurist, Betriebswirt (Sozialwesen) und Sozialmanager,
seit Anfang 2009 Bundesgeschäftsführer des VDAB in Berlin.

Jürgen Fahnenstich,

Mitglied des Vorstands VDAB Landesverband Nordrhein-Westfalen

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Arbeitsrecht, leitet juristische Fortbildungsveranstaltungen
im Bereich des Arbeits- und Sozialrechtes und veröffentlicht auf sozialrechtlichen und
sozialpolitischen Gebieten.

Heiner Schülke,

Pflege-Experte

Diplom-Volkswirt und Fachautor zu Fragen der Gesundheitsversorgung und der
Pflegeversicherung, Kommunikations- und Verhandlungstrainer.

Impressum

weitblick ist das politische Magazin des Verbandes deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Es erscheint dreimal jährlich. Für Mitglieder ist der Bezug des Magazins kostenlos.

Herausgeber und Redaktion:

Thomas Knieling (V.i.S.d.P.)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 - 20 05 90 79 - 0
Fax 030 - 20 05 90 79 - 19

Der Nachdruck von Artikeln, auch auszugsweise, oder von im Auftrag des VDAB erstellten Zeichnungen, Diagrammen und Schaubildern ist nur mit Quellenangabe und nach Genehmigung der Redaktion gestattet.

Der **weitblick** ist beim VDAB unter folgender Anschrift erhältlich:

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 132
45219 Essen
Fon 02054 - 95 78 - 0 | Fax 02054 - 95 78 - 40
E-Mail info@vdab.de | www.vdab.de

Gestaltung: FuhlrottDesign
Druck: Im intermedia GmbH
Auflage: 2 800