



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

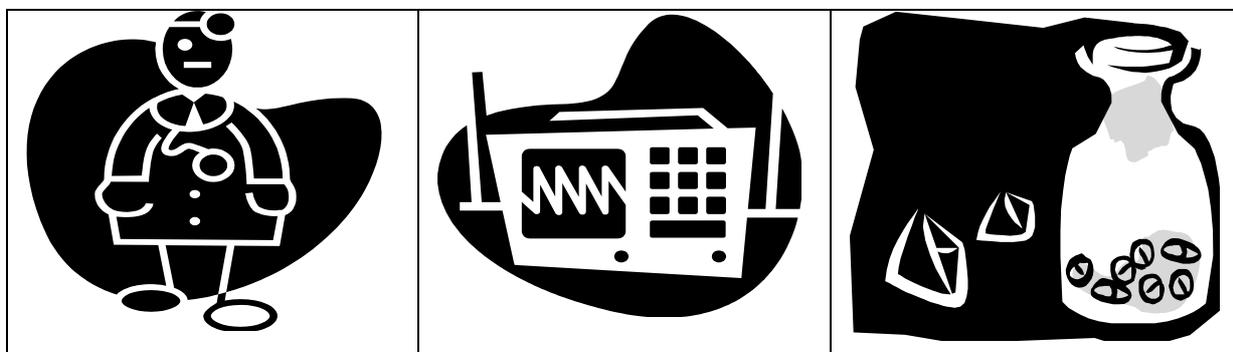
Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pflegereform 2011/2012 und Patientenrechtegesetz

Stellungnahmen von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk



Die politisch und sonst Verantwortlichen sind aufgefordert, „ohne wenn und aber“ eine menschenwürdige Pflege und Selbstbestimmung kranker bzw. hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten!



Inhaltsverzeichnis:

| Statements von Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk | Seite |
|--|--------------|
| 1. Stellungnahme vom 05.07.2011 zu den Eckpunkten für eine Pflege-reform 2011, vorgelegt von der Arbeitsgruppe Gesundheit der Unions-fraktion im Deutschen Bundestag (Entwurf, April 2011) ... | 3 |
| 2. Stellungnahme vom 08.08.2011 zum Grundlagenpapier für ein Pati-entenrechtegesetz vom 22.03.2011, vorgelegt vom Patientenbeauf-tragten der Bundesregierung, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Justiz ... | 67 |
| 3. Petition betreffend „Schutz der ArbeitnehmerInnen durch ein nachteilsfreies Beschwerdemanagement“ – Aktenzeichen der Petition: Pet 2-17-15-2124-026035 – ist der Stellungnahme vom 08.08.2011 (Ziffer 2) als Anlage 9 angefügt ... | 107 |
| Flyer „Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk“ ... | 119 |
|  | |
| Unterstützung erwünscht! | |



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, 05.07.2011

Stellungnahme zu den Eckpunkten für eine Pflegereform 2011,

vorgelegt von der Arbeitsgruppe Gesundheit der Unionsfraktion im Deutschen Bundestag (Entwurf, April 2011)

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bittet, die Stellungnahme bei den weiteren Erörterungen der Fraktion und der Beschlussfassung im Deutschen Bundestag zu berücksichtigen. Das Netzwerk steht im Übrigen für eine Anhörung zur Verfügung.

>>> Vorweg gilt es festzustellen, dass CDU, CSU und FDP 2009 eine **Koalitionsvereinbarung** geschlossen haben, die sich auch zu einer in Aussicht genommenen Pflegereform äußert. Siehe insoweit:

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP - 17. Legislaturperiode – Entwurf – **24.10.2009** - WACHSTUM – BILDUNG – ZUSAMMENHALT

Abschnitt: 9.2 **Pflege - Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

Näheres im Internet:

http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/koalitionsvertrag_pflege.php

Text als **Anlage 1** angefügt.

>>> Zu dieser Vereinbarung hat **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** am **10.11.2009** wie folgt eine **Stellungnahme** abgegeben:

Reform der Pflegesysteme - »Wir alle sind gefordert« -

Stellungnahme von Pro-Pflege Selbsthilfenetzwerk zum Koalitionsvertrag (Abschnitt 9.2.: Pflege- Weiterentwicklung der Pflegeversicherung). Näheres im Internet:

http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/reform_der_pfllegesysteme.php

Text als **Anlage 2** angefügt.

Einige Bemerkungen vorab:

2011 wurde vom ehemaligen Gesundheitsminister Philipp Rösler zum **Jahr der Pflege** ausgerufen. In diesem Zusammenhang wurden, beginnend 2010, einige **Pflege-Dialog-Veranstaltungen** durchgeführt, um so scheinbar eine Basis zu schaffen, die anstehenden Reformschritte für die Pflegeversicherung zu erörtern. Dem Vernehmen nach ist die geplante **Pflegereform mittlerweile auf das Jahr 2012 verschoben** worden.

Obwohl **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** bundesweit als **Interessenvertretung für pflegebedürftige Menschen** agiert bzw. Gehör findet, sich wiederholt gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu Wort gemeldet hat und ausdrücklich um Beteiligung an den **Pflege-Dialog-Veranstaltungen** bat, gab es **keine Einladungen**, nicht einmal eine plausible Erklärung dazu. Dies war nicht nur mangelhafter Bürgerservice!

Eine diesbezügliche Beschwerde von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**, die bislang keine angemessene Antwort erfahren hat (Schreiben des BMG vom 02.05.2011 – G14 – 45/Schell/11 -), wurde mit einer weiteren Zuschrift an das BGM vom 04.05.2011 ausdrücklich bekräftigt und darum gebeten, die Hausspitze entsprechend zu informieren.

Mangels Beteiligung konnte von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** nur aus der Distanz beobachtet werden, wie die Pflege-Dialog-Veranstaltungen abliefen. Aus Teilnehmerkreisen wurden diese Veranstaltungen überwiegend als **Alibigespräche** und damit als wenig hilfreich bis überflüssig bezeichnet. Daher sollte man diese Gespräche, die offensichtlich den Beteiligten nur Geld und Zeit gekostet haben, schnell vergessen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 09.12.2010 eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: **Pflegenotstand wurde beim Pflege-Dialog nicht angemessen diskutiert.** - Text als [Anlage 3](#) angefügt.

Dass danach die **Ministeriumsverantwortlichen** im Interesse einer angestrebten Verbesserung der Meinungsumfragen eines „notleidenden Koalitionspartners“ **wechselten**, ist aus Bürgersicht weniger nachvollziehbar. **Es kann nicht gesehen werden, dass die Interessen der pflegebedürftigen Menschen in jüngster Zeit wirklich im Vordergrund dieser Bundesregierung standen.**

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt nun zu den **Eckpunkten für eine Pflegereform 2011**, vorgelegt von der Arbeitsgruppe Gesundheit der **Unionsfraktion im Deutschen Bundestag** (Entwurf, April 2011), kritisch Stellung und formuliert **Grundsätze**, die eine in die Zukunft weisende und einer guten (angemessenen) Pflege gerecht werdenden Pflegereform zwingend berücksichtigen muss. Damit wird die Hoffnung verbunden, dass sich die Mitglieder des Bundestages außerhalb von Umfrageergebnissen engagiert um **brauchbare Pflege-Rahmenbedingungen** bemühen.

Dabei geht **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** davon aus, dass zunächst alle **Aspekte einer guten Pflege und die insoweit notwendigen Leistungsangebote zu formulieren** sind. Erst dann darf über die Finanzierung geurteilt und entschieden werden. Erwägungen, dass eine Pflegereform nichts oder nur wenig mehr Finanzaufwand erfordern darf (quasi kostenneutral durchzuführen ist), muss mit Entschiedenheit entgegen getreten werden. **Ein System, das menschenwürdige Pflegebedingungen gewährleisten will, darf diese nicht unter Kostenerwägungen minimieren wollen.**

Wir müssen uns endlich entscheiden, ob wir eine **gute oder billige Pflege** gewährleisten wollen. Wer sich – auch als politisch Verantwortlicher – für Konzepte einer Billigpflege entscheidet, muss den BürgerInnen in diesem Land auch endgültig klar sagen, dass das Jammern über unvollkommene qualitätsgesicherte Pflegeleistungen und über mangelnde Zuwendung (= Minutenpflege) aufhören muss und mehr als eine Miniversorgung nicht drin ist. Dann können sich die BürgerInnen selbst ein Bild darüber machen, ob es angesichts hunderter Milliarden Finanzhilfen für Banken und notleidende Staaten noch ausreichend gerecht zugeht, so, wie es die **Artikel 1 und 20 Grundgesetz** gebieten.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk stellt als unabhängige und bundesweit ausgerichtete Interessenvertretung pflegebedürftiger Menschen auf eine **ganzheitliche Sicht der Pflegesysteme** ab und möchte gewährleistet sehen, dass alle notwendigen bzw. wünschbaren Pflege- und Betreuungsangebote, angefangen von der häuslichen Versorgung über vielfältige kommunale Hilfsangebote bis hin zur stationären Unterbringung in Pflegeeinrichtungen, menschenwürdig und finanzierbar, vorgehalten werden (können). **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** steht nicht auf der Seite irgendwelcher Anbieter, sondern fühlt sich allein den BürgerInnen bzw. pflegebedürftigen Menschen verpflichtet.

Die nachfolgenden Ausführungen stellen auf die wesentlichen Reformerfordernisse ab und knüpfen, soweit die Eckpunkte Hinweise enthalten, an die Ausführungen der Unionsfraktion (Entwurf, April 2011) an.

Eckpunkte für eine Pflegereform 2011: Menschlich, bedarfsgerecht, zukunftsfest

In den **Vorbemerkungen der Eckpunkte** wird ausgeführt:

2008 hat eine Bundesregierung unter Führung der Union erstmalig Leistungsverbesserungen innerhalb der 1995 eingeführten sozialen Pflegeversicherung durchsetzen können. Die erstmalige Anhebung von Leistungen, die Anerkennung von Demenz bei der Einstufung und Betreuung, die Einführung einer Pflegezeit für Angehörige sowie eine deutliche Verbesserung der Qualitätssicherung sind die wesentlichen Eckpfeiler dieser Reform.

Darauf soll die Pflegereform 2011 aufbauen. Wir wollen die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung erhalten. Sie wird auch ihre Funktion als Teilleistungabsicherung behalten. Dabei soll der Mensch als Ganzes betrachtet werden und die Leistungsgewährung nicht mehr ausschließlich an somatischen Bedürfnissen ausgerichtet sein. Da die Umlagefinanzierung auf Dauer eine angemessene Unterstützung einer vorübergehend erheblich steigenden Zahl von Pflegebedürftigen nicht leisten kann, werden wir eine ergänzende Kapitaldeckung zur vorausschauenden Vorsorge einführen. So lässt sich dauerhaftes Vertrauen in die Pflegeversicherung begründen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bemerkt dazu:

Die 2008 im Pflegeversicherungsrecht durchgeführten Veränderungen als Reform zu deklarieren, ist schon einigermaßen verwegen. Bei nüchterner Betrachtung war es doch in Wirklichkeit so, dass die damalige Koalition nicht die „politische Kraft“ hatte, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verändern, obwohl dies bereits 2008 überfällig war und auch entsprechende Vorschläge präsent waren. Man hat stattdessen nur wenige Korrekturschritte getan, die möglicherweise den Namen „**Reförmchen**“ rechtfertigen, aber nicht mehr. Weil man die grundlegende **Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht zustande bringen konnte**, hat man für die Demenzkranken einige Geldleistungen vorgesehen, die sicherlich in vielen Einzelsituationen hilfreich waren und sind, aber das grundlegende Problem nicht aufgelöst haben. Die sonstigen **Leistungsverbesserungen**, vor allem bei den Geld- und Sachleistungen, waren allein deshalb unvollkommen, weil **nicht einmal ein Inflationsausgleich** geschaffen werden konnte. Andere Angebote, z.B. die Pflegestützpunkte, wurden zum Teil nicht konsequent durchdacht und verschlingen große Teile des Beitragsaufkommens. Vor Einführung der Pflegestützpunkte, die bis heute aus vielerlei Gründen kritisch zu sehen sind, gab es bereits umfassende Vorschriften, die z.B. den Pflegekassen Informations- und Beratungspflichten auferlegt haben. Daran hätte man ohne weiteren Kostenaufwand anknüpfen können. Auch sonstige Projekte können als **beitragsverschlingende Veranstaltungen** eingestuft werden. **Da wir im Wesentlichen keine Erkenntnis-, sondern allenfalls Durchsetzungsprobleme haben, hätte man stärker darauf setzen müssen, Versicherungsleistungen umfänglicher und direkter den pflegebedürftigen Menschen zukommen zu lassen.**

Die **Neuregelungen zur Qualitätssicherung**, die u.a. den „**Pflege-TÜV**“ hervorgebracht haben, können **nicht** als **gesetzgeberische Meisterleistung** angesehen werden. Ohne auf diesen „Pflege-TÜV“ an dieser Stelle näher eingehen zu wollen, muss festgestellt werden, dass die mittlerweile vorgestellten **Schulnoten** schlicht als **rechtswidrig und Verbrauchertäuschung** eingestuft werden können (so u.a. das Sozialgericht Münster). **Der Gesetzgeber, und niemand anderes, hätte sicherstellen müssen, dass die Ergebnis- und Lebensqualität, und nicht die Dokumentationssysteme im Vordergrund der Benotung stehen.** Wenn die Gesetzeslage solche Ergebnisse mit einem überaus hohen Kostenaufwand (100 Millionen Euro/Jahr) zulässt, ist sie unvollkommen und gehört dringend durch den Gesetzgeber korrigiert. Es müssen klare Vorschriften im SGB XI her, die die Notengebung uneingeschränkt verbraucherfreundlich gestalten helfen. **Es war und ist ein Irrweg, Einzelheiten solcher Qualitätssicherungsmaßnahmen der sog. Selbstverwaltung zu überlassen.** Diese Selbstverwaltung funktioniert nämlich nicht als wirklich demokratisches Element, sondern ist ein **Ausgangspunkt irgendwelcher Absprachen von Interessengruppen**, und dies **ohne Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen bzw. ihrer Rechtsvertreter!** So verweigert z.B. der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung bis heute eine Beteiligung von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** an der Überarbeitung der entsprechenden Richtlinien und Vereinbarungen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich wiederholt zum „Pflege-TÜV“ geäußert, u.a. am 06.09.2010 eine Pressemitteilung veröffentlicht, und getitelt: **Schulnoten für Pflegeeinrichtungen - Umsetzung der Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien mangelhaft!** - Text als **Anlage 4** angefügt.

Weitere Ausführungen zum „Pflege-TÜV“ auch unter „**Verbesserung der Qualitätssicherung**“ (Ziffer III der Eckpunkte). Dort gibt es u.a. den folgenden aktuellen Hinweis:

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 24. Juni 2011 - S 6 P 14/11 – die **Rechtswidrigkeit** zur Schulnotenveröffentlichung auf der Basis der aktuellen Vorschriften erneut eindrucksvoll **bestätigt**. Alle Verantwortlichen sind gefordert, daraus endlich die gebotenen Folgerungen zu ziehen.

In „Die Schwester / Der Pfleger“, 07/2011 bringt des Prof. Dr. Thomas Klie wie folgt auf den Punkt: **„Es kann nicht sein, dass sich Pflegende mit fachlich schlecht begründbaren Qualitätsprüfungen herumschlagen müssen ... Pflegenoten verursachen einen enormen bürokratischen Aufwand und Kosten von 100 Millionen Euro im Jahr“.**

Dass die **Pflegeversicherung** auch in Zukunft nicht alle Pflegeaufwendungen wird abdecken können (und damit eine **„Teilkaskoversicherung“ bleiben wird**), muss möglicherweise mit Blick auf die Finanzierbarkeit des gesamten sozialen Netzes hingenommen werden. Allerdings wird es grundlegender Veränderungen bedürfen, weil die **Demenzkranken ohne Wenn und Aber in den Kreis der Leistungsempfänger einzubeziehen sind** und die aus demografischen Gründen zunehmende Zahl der pflegebedürftigen Menschen die **Erschließung neuer Finanzierungsquellen** nötig macht. Richtig ist in diesem Zusammenhang die Aussage von Jens Spahn, MdB und gesundheitspolitischer Sprecher der Union im Bundestag: **„Die banale Wahrheit ist: Pflege wird teurer“** (vgl. „Das politische Interview“ im „bpa/magazin, Ausgabe 01/2011). Ergänzend dazu die Anmerkung von Jens Spahn in Zeitschrift CAREkonkret vom 18.03.2011: „Wer bei steigenden Zahlen von Pflege suggerieren will, es wird nicht teurer, der macht den Menschen was vor“.

Insoweit sind mehrere Konzepte vorstellbar; grundsätzlich auch eine **kapitalgedeckte (private) Zusatzversicherung**. Allerdings mahnt u.a. das Sozialstaatsgebot (Art. 20, 1 GG) vorrangig an eine **soziale Absicherung** zu denken; z.B. in Form von Beitragssatzerhöhungen oder durch Einführung einer Bürgerversicherung. Bei einer Zusatzversicherung müsste auf jeden Fall sichergestellt werden, dass alle versicherungswilligen Menschen, auch mit besonderen Pflegerisiken, aufgenommen werden müssen. Denn sonst würden durch eine solche Versicherung nur die „guten Risiken“ bedient und andere benachteiligt.

Im Übrigen gilt es festzustellen, dass die 2010 eingeführte **Familienpflegezeit** für die überwiegende Zahl der Pflegesituationen **keine wirklich hilfreiche Lösungen** anbietet. Diese Familienpflegezeit gaukelt Hilfen vor, die Probleme nicht wirklich auflösen helfen. Daher kann nur angeraten werden, die diesbezüglichen Regelungen zu überdenken und bessere Pflegezeitmodelle in die anstehenden Reformerwägungen einzubeziehen. Es war und ist auch von Übel, wenn sich verschiedene Ministerien, aus welchen Gründen auch immer, in die Neuausrichtung von Pflegehilfen einmischen. Die Pflegesysteme müssen zusammenhängend gesehen werden und erfordern Reformen aus einem Guss.

Eigentlich spricht alles dafür, **Kranken- und Pflegeversicherung** zu einem einheitlichen Versicherungsangebot **zusammen zu führen**. Es hat sich nämlich in der Vergangenheit wiederholt gezeigt, dass die verschiedenen Finanzierungswege dazu verleiten, im Bereich der Leistungsgewährung zu einer **Verschiebepaxis** zu tendieren, die im Ergebnis zu **Unterversorgungen** führt (siehe z.B. im Bereich der Prävention bzw. Rehabilitation). Siehe dazu auch die weiteren Anmerkungen zum Thema **„Medizinische Versorgung in den Heimen“ bzw. „Rehabilitation vor Pflege“** (Ziffer VII und XIII der Eckpunkte). Wenn jetzt davon gesprochen wird, die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung erhalten zu wollen, kann dies nicht unbedingt als Errungenschaft gefeiert werden. Es werden sich daraus auch weiterhin vielerlei Ungereimtheiten zu Lasten der Versicherten ergeben. Dies ist bedauerlich.

Ergänzend wird auf die nachfolgende **Mitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK vom 20.06.2011** aufmerksam gemacht:

Versicherte wollen umfassende Pflegeleistungen bei solidarischer Finanzierung Ergebnisse einer Umfrage zu den Erwartungen der Versicherten an die Pflegereform

Berlin (ots) - Die Sorge, im Alter selbst zum Pflegefall zu werden, beschäftigt weite Teile der Bevölkerung. Das gilt bereits für die Jüngeren. Jeder zweite (50,4 %) der unter 30-Jährigen hat Angst davor, einmal pflegebedürftig zu werden. Für die Mehrheit der Versicherten (73,5 %) ist die Absicherung des eigenen Pflegerisikos wichtig. Dabei genießt die Institution der Pflegeversicherung in weiten Teilen der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz. Kritisch beurteilt wird allerdings ihr Leistungsumfang. Die Versicherten unterstützen deshalb eine Erweiterung des Leistungsspektrums. Insbesondere für Demenzkranke und deren Angehörige soll künftig mehr getan werden.

Ein Finanzierungsmodell wie in der gesetzlichen Krankenversicherung mit pauschalen (Zusatz-) Beiträgen anstelle einkommensabhängiger Beiträge wird von zwei Dritteln der Versicherten abgelehnt (65,7 %). Zustimmung findet dieser Vorschlag lediglich bei 16,7 Prozent. Die Idee, höhere Ausgaben in der Pflegeversicherung künftig allein über höhere Beiträge der Mitglieder ohne Beteiligung der Arbeitgeber zu finanzieren, wird ähnlich beurteilt: Nur 10,3 Prozent der Versicherten unterstützen diesen Vorschlag. Zwei Drittel der Versicherten (64,0 %) lehnen ihn ab.

Eine obligatorische private Pflege-Zusatzversicherung wird nur von einem Viertel der Versicherten befürwortet (23,1 %) und mehrheitlich abgelehnt (54,6 %). Die Ablehnung ist umso größer, je geringer das Einkommen der Versicherten ist.

Die Versicherten sprechen sich außerdem mehrheitlich (67,8 %) dafür aus, die Trennung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung aufzuheben, damit alle Bürger gleichermaßen an der Finanzierung des Pflegerisikos beteiligt werden. Nur 12,6 % lehnen diesen Reformvorschlag ab. Dr. Klaus Jacobs: "Besonders groß ist die Zustimmung bei Versicherten im höheren Einkommensbereich - bei den Versicherten mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 4000 Euro sind es drei Viertel. Denn sie tragen gegenwärtig die Hauptlast der solidarischen Finanzierung, während gleich gut verdienende Privatversicherte davon ausgenommen sind."

Um im Jahr der Pflege Aufschluss darüber zu erhalten, wie die Versicherten zur Pflegeversicherung stehen und wie sie den Reformbedarf sowie einzelne Reformmaßnahmen einschätzen, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) im Zeitraum April/Mai 2011 eine repräsentative Befragung unter 1.600 Versicherten (über 18 Jahre) der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt.

Hinweis an die Redaktionen

Die vollständigen Ergebnisse der Versichertenumfrage sowie aussagekräftige Tabellen stehen im Internet unter <http://www.wido.de> und <http://www.aok-presse.de> zum Download bereit.

Quelle: Pressemitteilung vom 20.06.2011
Pressekontakt: Wissenschaftliches Institut der AOK
Klaus Zok
Tel.: 030/34646-2134
Fax: 030/34646-2144
E-Mail: wido@wido.bv.aok.de

Quelle mit weiteren Informationen zur Reform der Pflegeversicherung:
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=13003&start=210>

Pflegekräfte und Pflegenotstand

Mit dieser Thematik befasst sich die **Ziffer V der Eckpunkte**. Dort heißt es:

Attraktivität des Pflegeberufes

Das Berufsbild der Pflege erfordert physisch wie psychisch hohe Anforderungen. Daher ist es notwendig, dass Menschen, die diesen anspruchsvollen und schwierigen Dienst an den Pflegebedürftigen leisten, auch in der Gesellschaft geschätzt und anerkannt werden. Dieses ist umso wichtiger, weil laut Prognosen bereits in zehn Jahren rund 230.000 mehr Pflegekräfte als heute benötigt werden. Damit ist es eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe, den Pflegeberuf attraktiver auszugestalten. Ein Baustein dabei wird sein, die heute in unterschiedlichen Ausbildungen verankerten Pflegeberufe der Altenpflege, der Kranken- sowie der Kinderkrankenpflege zu vereinheitlichen. Ziel ist es, mehr berufliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten und damit mehr Flexibilität in das Berufsbild zu bringen. Derzeit ist eine Bund-/Länder-Arbeitsgruppe damit beauftragt, Vorschläge für eine Zusammenlegung zu unterbreiten. Diese sieht auch eine Vereinheitlichung der Ausbildungsvergütung vor.

Der Pflegeberuf ist immer noch ein überwiegend weiblicher Beruf. Auch deshalb ist es unerlässlich, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu stärken. Daher sind die Arbeitgeber gefordert neben dem notwendigen Schichtdienst, der eine 24 Stunden Versorgung gewährleisten muss, mehr Kernzeitarbeit anzubieten und vermehrt Arbeitsschritte hier rein zu verlagern.

Um dauerhaft den Bedarf an Pflegekräften zu sichern, ist eine Aufwertung des Berufes unabdingbar. Hierzu gehört auch eine den physischen und psychischen Belastungen angemessene Vergütung.

Es müssen weiterhin die Möglichkeiten der Anerkennung bereits erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse und die Anrechnung auf die Ausbildung geprüft werden. Teilweise rechnen die Länder nur wenige Qualifikationen an, so dass auch Pflegehelfer die dreijährige Ausbildung absolvieren müssen. Somit erscheint eine Weiterqualifikation wenig attraktiv. Berufswiedereinsteiger benötigen ebenfalls durchlässige Regelungen, damit die Pflege Tätigkeit schnell und unbürokratisch aufgenommen werden kann.

Umschulungen nach dem SGB III stellen ein sehr erfolgreiches arbeitsmarktpolitisches Instrument dar. Insbesondere Frauen sowie Müttern nach der Familienphase eröffnet sich damit oftmals eine berufliche Zukunft in der Pflege. Es sollte daher geprüft werden, ob Umschulungen nach dem SGB III in der Alten- und Krankenpflege künftig als Rechtsanspruch ausgestaltet und unbefristet über die gesamte Dauer der Ausbildung (3 Jahre) gefördert werden können. Die Träger sind dabei in angemessener Weise bei der Finanzierung zu beteiligen.

Insgesamt sind das Thema Pflege und der Pflegeberuf in der öffentlichen Wahrnehmung zu negativ besetzt. Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und mehr junge Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern, ist unter Einbeziehung aller wesentlichen Akteure im Pflegebereich eine Image-Kampagne aufzusetzen. Hierzu gibt es bereits aus den Ländern vorbildhafte Beispiele.

Auswirkungen Arbeitnehmerentendengesetz

Das Gesetz folgt grundsätzlich dem Arbeitsortsprinzip, d. h. der Arbeitgeber ist verpflichtet, seinen Arbeitnehmern für die Zeit der Entsendung die am jeweiligen Arbeitsort in Deutschland maßgeblichen Arbeitsbedingungen zu gewähren. Dieses gilt ab 2011 auch für Pflegekräfte, für die bereits ein Mindestlohn festgelegt wurde. Die zwingenden Arbeitsbedingungen beziehen sich insbesondere auf Lohn, Urlaubsanspruch, Arbeits- und Gesundheitsschutz und Bedingungen für die Überlassung von Arbeitskräften. Die Einhaltung der Mindestlöhne wird von den Behörden der Zollverwaltung kontrolliert. Verstöße können als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 500.000 Euro geahndet werden.

Betreuungskräfte aus Nicht-EU-Ländern: Immer mehr Familien entscheiden sich dafür, ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause zu betreuen. Gerade im Bereich Demenz stoßen aber viele an ihre Grenzen, da dieses Erkrankungsbild eine 24-Stunden-Betreuung erfordert, die seltenst von den Angehörigen selbst vollständig erbracht werden kann. Hierfür werden immer wieder Betreuungskräfte auch aus Nicht-EU-Ländern illegal in den Familien beschäftigt. Dieses ist eine unhaltbare Situation sowohl für die Familie aber insbesondere auch für die betroffene Betreuungskraft. Daher muss hier Abhilfe geschaffen werden.

Die ab diesem Jahr geltende Arbeitnehmerfreizügigkeit mit dem Mindestlohn in der Pflege ist ein Baustein, der aber nicht für alle Fälle ausreichen wird. Die Regelung, die Österreich für diese Situation geschaffen hat, könnte auch für Deutschland vorstellbar sein. Dies wollen wir ergebnisoffen prüfen. Nach der österreichischen Regelung müssen die Angehörigen bzw. der

Pflegebedürftige ein eigenes Zimmer und freie Kost anbieten sowie eine Entlohnung zwischen 800 und 1000 Euro im Monat für die Betreuungskraft sicherstellen. Die Sozialversicherung und damit die Voraussetzung für legale Beschäftigung übernimmt dann die Pflegekasse für diese Fälle. Diese Regelung ist deutlich günstiger als die Inanspruchnahme eines qualifizierten Pflegedienstes oder ein Heimplatz und stärkt das Prinzip ambulant vor stationär. Dabei wird die professionelle Pflege für Leistungen wie Spritzen geben oder Verbände anlegen weiter durch den häuslichen Krankenpflegedienst übernommen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt dazu Stellung und fordert klare Vorgaben, die den bereits vorhandenen Pflegenotstand beseitigen und den zukünftigen weiteren Bedarf an Pflegekräften abdecken helfen.

Das **Image der Pflegekräfte ist als gut oder sogar als sehr gut** zu bezeichnen. In aktuellen Umfragen wird die Tätigkeit der Pflegekräfte klar positiv bewertet, so dass die Pflegekräfte in der Skala der Berufstätigen „ganz oben“ rangieren. Von daher besteht eigentlich überhaupt keine Notwendigkeit für die **Attraktivität des Pflegeberufs** einzutreten bzw. insoweit gesetzgeberische Maßnahmen zu ergreifen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 03.06.2011 zur Imageproblematik eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: **Pflegemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter.** - Text als **Anlage 5** angefügt.

Tatsache ist aber, dass die **Pflegesysteme notleidend** sind und im Ansehen der Bevölkerung mehr als kritisch eingeschätzt werden. Es wird hier nur auf die vielfältigen **Mängelberichte** verwiesen, die immer wieder die Öffentlichkeit aufschrecken. Die BürgerInnen können aber gut unterscheiden: Sie sehen zu Recht die Systeme als mangelbehaftet und betrachten sogar die Pflegekräfte selbst als die Opfer dieser ungunstigen Arbeitsbedingungen. Es muss hier nicht über „schwarze Schafe“, die es letztlich in allen Berufsgruppen (sogar bei Geistlichen!) gibt, diskutiert werden.

Wer diesen Mangelsituationen mit intensiveren strafrechtlichen Sanktionen begegnen will und dazu sogar noch die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften verlangt, ist entweder böswillig oder hat keine Ahnung von der Personalsituation in den Einrichtungen. Es ist daher zu begrüßen, dass die bayerische Justizministerin, Beate Merk, Vorschläge zur Einrichtung solcher Schwerpunkte im Justizbereich klar abgelehnt hat (CAREkonkret, Bericht vom 01.07.2011).

Es muss gefordert werden, die personellen Notlagen in den Pflegeeinrichtungen und die wirklichen Ursachen anzugehen. Wer glaubt, die Attraktivität des Pflegeberufes durch sog. Imagekampagnen bzw. Herumbasteln an den Berufsgesetzen verbessern zu müssen, ist auf Holzweg. Dringend notwendig sind **Reformen innerhalb der Pflegestrukturen**. Dies allein wird zu einem Umschwung bei der Bevölkerungsmeinung zur Pflege führen.

Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat die **Bundesrepublik Deutschland** aktuell in einem Beschluss vom 20.05.2011 gerügt und sie aufgefordert, sich der **Pflege unter Menschenrechtsaspekten intensiver zu widmen**. Siehe dazu die Niederschrift im Internet unter folgender Adresse: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/dt_Concluding_Observations_WSK.pdf

Ein **Pflegenotstand** – in Heimen und Krankenhäusern – kann ernstlich von niemandem geleugnet werden. Allenfalls lässt sich über das Ausmaß streiten.

Für **Krankenhäuser** – mit Ausnahme der Häuser mit psychiatrischer Ausrichtung – gibt es überhaupt kein Personalbemessungssystem für die Pflege. Die frühere Pflege-Personalregelung (PPR) für die allgemeine Krankenpflege wurde Mitte der 90er Jahre außer Kraft gesetzt. Seither gibt es nur noch **Stellen für Pflegekräfte nach Kassenlage**. Nach der Buchveröffentlichung von **Prof. Michael Simon** „Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser - Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen“ (Vincentz Verlag) fehlen rund 70.000 Stellen für Pflegekräfte. Berechnungen von **Prof. Dr. Michael Isfort**, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Köln, ist der Fehlbestand mit 50.000 Stellen anzugeben. Dazu hat **Prof. Dr. Michael Isfort** beim Neusser Pflorgetreff am 27.04.2010 eindrucksvoll vorgetragen. Seine Zahlenangaben sind durch die Forschungsaktivitäten von dip gut belegt. Dazu wurden in den letzten Jahren sog. „Pflege-Thermometer“ veröffentlicht. Nach der im Mai 2010 vorgelegten Studie des Instituts herrscht chronischer Pflegekräftemangel. Um zu einem Ausgleich dieser Mangelsituation zu kommen, schlägt **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** die Schaffung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungssystems vor.

In der **Heimpflege** gibt es auf der Grundlage von § 75 Abs. 3 SGB XI sog. **Stellenschlüssel für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs**. Diese Stellenschlüssel werden aber den wirklichen Bedürfnissen nicht gerecht und sind im Übrigen regional unterschiedlich. So sind zum Beispiel die Pflegepersonalschlüssel im Saarland wie folgt festgesetzt worden (in Klammern Angaben für NRW):

Pflegestufe 0 1 : 8,00 – ab 2011 = 7,60 (8,0)
Pflegestufe 1 1 : 3,92 – ab 2011 = 3,66 (4,0)
Pflegestufe 2 1 : 2,81 – ab 2011 = 2,65 (2,5)
Pflegestufe 3 1 : 2,07 – ab 2011 = 2,05 (1,8)

Diese Stellenschlüssel berücksichtigen in ungenügender Weise die Anforderungen, die bei sorgfältiger und standardausgerichteter Pflege zu beachten sind. Ungenügend berücksichtigt werden z.B. aktivierende Pflege, Dokumentationsarbeiten, Ausfallzeiten bei Fort- und Weiterbildung, Krankheitszeiten.

Bezogen auf ein saarländisches Musterpflegeheim mit 100 Plätzen ergibt sich:

Pflegestufe 0 = 13 BewohnerInnen (1:8,00 = 1,63 P.)
Pflegestufe 1 = 38 BewohnerInnen (1:3,92 = 9,69 P.)
Pflegestufe 2 = 35 BewohnerInnen (1:2,81 = 12,46 P.)
Pflegestufe 3 = 14 BewohnerInnen (1:2,07 = 6,79 P.)

Damit stehen dem Musterpflegeheim insgesamt 30,54 Pflegekräfte in Vollzeit zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der sog. Fachkraftquote müssen 15,27 Stellen mit Fachkräften besetzt sein.

Mit einer Verbesserung der Stellenschlüssel ab 2011 erhöht sich die Stellenzahl um rund 1,5 Vollzeitstellen in der Pflege.

Hinzu kommt ggf. Betreuungspersonal für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Insoweit gilt ein Betreuungsschlüssel von 1 : 25 (§ 87b SGB XI).

Nach Ermittlungen der saarländischen Pflegegesellschaft verbleibt bei Absetzung von Dokumentationsaufgaben, Besprechungen, Übergaben, Unterbrechungen, Organisatorisches etc.) eine Nettopflegezeit von nicht einmal 67 %. D.h., 33% der Bruttopflegezeit geht für die bewohnerbezogene Pflege und sonstige Betreuung verloren.

Die Saarländische Pflegegesellschaft hat daher aktuell eine Verbesserung der Personalausstattung von 16% gefordert. **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** schätzt den Verbesserungsbedarf sogar bundesweit mit rd. 20% ein.

Um aus der personellen Unterversorgung herauszukommen, muss sichergestellt werden, dass die nach § 75 Abs. 3 SGB XI Personalrichtwerte bzw. Anhaltszahlen den gesamten **Pflege- und Betreuungsbedarf wirklichkeitsgerecht abbilden**. Ggf. müssen die diesbezüglichen Anforderungen vom Bundesgesetzgeber mit der notwendigen Klarheit novelliert werden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert zur Gewährleistung einheitlicher Leistungen in der Heimpflege, ähnlich wie für die Krankenhauspflege, bundeweit geltende **Personalbemessungssysteme**. Solche Personalbemessungssysteme sollten schnellstens geschaffen werden, denn sie **erscheinen als das einzig geeignete Mittel, Pflegemängel weitgehend auszuschließen**. Das Landesheimgesetz NRW verweist bereits auf ein solches System.

Denn bei all den diesbezüglichen Diskussionen geht es in Wahrheit nicht vorwiegend um wirkliche Mängel in der Pflege, sondern um Mängel in einem Pflegesystem, das allein der Gesetzgeber und die ausführenden Institutionen zu verantworten haben.

Um es auf den Punkt zu bringen: Wer alte und kranke Menschen mit so wenig Personal (Geld) allein lässt, der verachtet sie!

Wie sich diese Missachtung in der Praxis auswirken kann, wurde anhand einer im Kölner Raum unter Pflegekräften durchgeführten Befragung deutlich. Erschreckende Ergebnisse kamen zu Tage:

„96 Prozent der Befragten gaben an, dass sie die pflegerischen Standards nicht immer einhalten können, weil schlicht die Zeit fehlt. Das hat konkrete Auswirkungen: Mehr als der Hälfte der Schwestern und Pfleger sagten, die Dekubitus-Prophylaxe zur Vermeidung von Druckgeschwüren durch das lange Liegen im Bett regelmäßig oder häufig zu vernachlässigen. Und nur 20 Prozent der knapp 1000 Pfleger, die an der Studie teilnahmen, konnten ausschließen, Patienten schon mal falsche Medikamente gegeben zu haben.“

Quelle: Bericht Kölner Stadt-Anzeiger (Rhein-Sieg-Anzeiger) vom 01.07.2011
<http://www.rhein-sieg-anzeiger.ksta.de/jrsa/artikel.jsp?id=1309335023261>

Sobald durch entsprechende gesetzliche Vorgaben geklärt ist, dass die Pflege-Personalbemessung dem wirklichen Pflegebedarf entsprechend erfolgen kann, müssen natürlich entsprechende **Stellenausweisungen** in Verbindung mit **Ausbildungs- und Einstellungskampagnen** erfolgen. Dies sollte verbunden werden mit Erwägungen, die Finanzierung der verschiedenen Ausbildungen neu zu gestalten. Es erscheint, um die Ausbildungskapazitäten ausreichend zu gestalten, geboten, die **Kosten der Ausbildung** den Kranken- und Pflegekassen (oder sogar dem Steuerzahler) aufzubürden.

Gangbar erscheint auch der Weg, von den Trägern der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen eine Umlage zu erheben, die dann je nach Anzahl der Schaffung von Ausbildungsplätzen zurückvergütet wird. So werden zum Beispiel im Land Nordrhein-Westfalen ab Januar 2012 alle Pflegeeinrichtungen entsprechend ihrer Größe (Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte/betreute Personen/geleistete Pflegestunden) in einen Ausbildungsfonds einzahlen (= **Umlagefinanzierung**). Wer ausbildet, bekommt die Ausbildungsvergütung vollständig aus dem Fonds erstattet (vgl. Pressemitteilung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter vom 28.06.2011). - Mit solchen Regelungen kann der aufgrund der **demografischen Entwicklung** zunehmende Bedarf an Pflegekräften gemanagt werden.

Eine **Reform der verschiedenen Berufsgesetze in der Pflege**, und zwar in Richtung **generalisierte Ausbildung**, ist zwar denkbar, aber nicht zwingend erforderlich, um auf Dauer ausreichend Pflegekräfte verfügbar zu haben. Pflegekräfte müssen vor allem durch die Neuordnung der Pflege-Rahmenbedingungen und dann durch entsprechende Trägerentscheidungen pfleglicher behandelt werden. Dann wird es keine Schwierigkeiten geben, auch in der Zukunft ausreichend Personal zu gewinnen. Unabhängig von solchen Erwägungen spricht nichts dagegen, sinnvolle berufsrechtliche Verbesserungen anzustreben, v.a. auch in Richtung **Weiterqualifizierung**. Allerdings erscheinen solche Regelungen nicht vordringlich, so dass diesbezügliche Neuordnungen auch außerhalb einer Pflegereform angegangen werden können. Insoweit erscheinen sorgfältige Abwägungen geboten, da z.B. die Berufsverbände auch unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich neuer Berufsregeln entwickelt haben. So macht es keinen besonderen Sinn, die Kinderkrankenpflegeausbildung einfach mit der Erwachsenen- bzw. Altenpflegeausbildung zusammen zu packen.

Im Übrigen erscheint es geboten, die Pfl egetätigkeit dadurch aufzuwerten, dass sich die Tarifvertragsparteien auf **deutlich höhere Vergütungen** verständigen. Das muss aber gesetzgeberisch durch entsprechende Einnahmen abgesichert sein. Denn höhere Vergütungen müssen natürlich refinanziert werden können.

Bei allen aktuellen Erwägungen und Neuregelungen der Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen ist zu bedenken, dass durch die in der Umsetzung befindliche Bundeswehrreform die **Zivildienstleistenden in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen wegfallen**. Diese Zivildienstleistenden haben in der zurückliegenden Zeit zusätzliche Lücken schließen helfen, die nunmehr erkennbar durch den **Bundesfreiwilligendienst** auch nicht annähernd geschlossen werden können. Insoweit ergeben sich zwangsläufig weitere Notwendigkeiten, Personalaufstockungen für die Pflegeeinrichtungen vorzusehen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 09.06.2011 eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: **Pflegenotstand - Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden**. - Text als **Anlage 6** angefügt.

Die **Rekrutierung von Pflege- und Betreuungskräften aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland** erscheint entbehrlich und auch mit Rücksicht vielerlei Zuwendungsanforderungen auch nicht wünschbar. Zu einer guten Pflege gehört die uneingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, die deutsche Sprache zu sprechen. Dieses Erfordernis ist besonders mit Rücksicht auf Demenzkranke wichtig.

Nun verstärkt auf ausländische Arbeitskräfte zu setzen, ist weder sachlich geboten noch notwendig. Wenn wir die bundesdeutschen Pflegekräfte durch attraktive Pflege-Rahmenbedingungen dauerhaft im Beruf halten, brauchen wir die Kräfte aus dem Ausland nicht. Jedenfalls nicht in einem Umfang, dass daraus eine große Kampagne gemacht wird oder gar Sonder-Finanzierungen erwogen werden (siehe die österreichische Regelung). Die umfangreiche Anwerbung von Pflege- und Betreuungskräften, vor allem aus dem osteuropäischen Raum, ist auch **inhuman**, weil diese Staaten ebenfalls gut qualifiziertes Personal benötigen. Bereits heute gibt es in einigen osteuropäischen Gebieten eine pflegerische Unterversorgung, die bald zu dramatischen Situationen führen wird. Also kann nur dazu geraten werden, die Erwartungen an ausländische Arbeitskräfte zurückzuführen.

Eine Erleichterung der Gewinnung von Pflege- und Haushaltshilfen aus dem Ausland wird möglicherweise denjenigen **Familien bzw. Angehörigen nicht gerecht, die grundsätzlich selbst die Pflege eines Familienmitglieds gewährleisten wollen**, aber nicht die nötigen Geldmittel in die Hand bekommen. Es muss daher, statt die Finanzierung von ausländischen Hilfen zu erleichtern, eher darüber nachgedacht werden, wie man den Familien in einer Pflegesituation durch **höhere Geldzuwendungen** wirkungsvoller helfen kann. Denn bei der jetzigen Pflegegeldzahlung kann niemand seine Existenz auch

nur halbwegs sichern, geschweige denn, über einen eventuellen (vorübergehenden) Berufsausstieg nachdenken. Die Möglichkeit, **Familienpflegezeit** zu beanspruchen, kann nicht ernstlich als gute Unterstützung angesehen werden. Diese Regelung gehört in der jetzigen Ausgestaltung „in die Tonne“.

Wer die Anstellung von Hilfen aus dem Ausland fördert, lässt auch durch Verschließen der Augen **rechtswidriges Handeln** zu. Denn es gibt kaum regelbar Hilfeleistungen über 24 Stunden, die mit den bundesdeutschen **Arbeits- und Arbeitsschutzregeln** in Einklang zu bringen sind. Wer diese Rechtswidrigkeiten nicht sehen will, lässt auch zu, dass durch Anwerben von Arbeitskräften aus dem Ausland zu einem großen Teil **Notlagen in den jeweiligen Heimatländern ausgenutzt werden**. Das ist dann vielleicht auch eine moderne Sklavenarbeit. Wenn wir es mit der Menschenwürde ernst nehmen, können wir das nicht – staatlich organisiert – zulassen. Dies auch dann nicht, nur weil es anderswo (z.B. in Österreich) schon so gemacht wird.

Es muss im Übrigen auch gesehen werden, dass die Debatte um den **sog. Fachkräftemangel**, seit einigen Monaten in aller Munde, vorwiegend von der Arbeitgeber- bzw. auch Trägerseite geführt bzw. gefördert wird. Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der Ruf nach ausländischen Arbeitskräften auch dazu dienen soll, Druck auf das bundesdeutsche Personal auszuüben und damit die Pflege billig zu halten. **Statt Billigentlohnung brauchen wir für die Pflegekräfte höhere Vergütungen!**

Es muss daher mit Rücksicht auf solche Erwägungen widersprochen werden, dass es in Deutschland einen Fachkräftemangel in der Pflege gibt. Tatsächlich haben wir, und das wurde ja schon wiederholt ausgeführt, einen Mangel an Stellen für Pflegekräfte und eine seit Jahren gegebene **Berufsflucht und Krankheitsanfälligkeit in der Pflege**. Dies ist aber nicht darauf zurückzuführen, dass nicht genügend Pflegekräfte vorhanden sind bzw. verfügbar gemacht werden können. **Der wahre Grund für die Mangelsituation sind die miserablen Pflege-Rahmenbedingungen. Und hier besteht der entscheidende und vorrangige Reformbedarf. Alles andere sind nur Ablenkungsmanöver.** Von einem Ablenkungsmanöver kann wohl auch deshalb gesprochen werden, weil die Arbeitgeber mit dem Ruf nach mehr Fachkräften der Öffentlichkeit vorgaukeln, wir wollen ja bessere Leistungen erbringen, können aber nicht (wegen fehlender Fachkräfte). Darüber hinaus ist bekannt, dass Unternehmen auch gerne öffentlich nach MitarbeiterInnen suchen (großartige Stellenanzeigen) und damit nichts anderes betreiben als Werbung bis hin zur Akquisition von Kunden.

Es darf überhaupt bezweifelt werden, ob es in Deutschland einen Arbeitskräftemangel gibt. Angesichts von rd. 3 Millionen Arbeitssuchenden und weiteren (mehreren) Millionen mit Teilzeitarbeit und Aufstockerbezügen ist dies eigentlich abwegig.

Bei den Ärzten gibt es übrigens belegbar ebenfalls keinen Mangel. Es gibt seit vielen Jahren eine klar steigende Zahl von Ärzten. Gleichwohl sprechen interessierte Kreise ständig von einem (dramatischen) **Ärztemangel**. Wir haben bei den Ärzten nur ein Verteilungsproblem – auch dies kann und muss ggf. der Gesetzgeber lösen. Denn wenn die Ärzte Honorare aus dem Sozialleistungsnetz kassieren, müssen sie sich auch Regulierungen gefallen lassen, die Notversorgungen in einzelnen Bereichen auflösen. Bei den Ärzten gilt es, die **hausärztliche Versorgung zu stärken** und damit auch **gute Haus- bzw. Heimbereitschaftsregelungen zu ermöglichen** (siehe dazu auch die „**Medizinische Versorgung in den Heimen**“, Ziffer VII der Eckpunkte).

Der eigentliche Knackpunkt: **Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden**. Dann bleiben sie im Beruf und springen nicht nach wenigen Jahren kaputt, krank usw. ab. Dazu muss der Gesetzgeber den Rahmen schaffen. Dann sind die Arbeitgeber bzw. Träger gefordert.

Die Führungsverantwortlichen sind gefordert.

Ein nicht unwesentlicher Teil der Mängel in den Gesundheitseinrichtungen wird durch **Führungsdefizite** (mit) verursacht. Darüber informiert Jens Flintrop in einem Beitrag **„Gesundheitseinrichtungen: Mangelnde Führungskompetenz“** und verweist auf entsprechende Studienergebnisse. Flintrop führt u.a. aus:

„Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime könnten die Qualität ihrer Leistungen zum Wohl der Patienten deutlich verbessern – und das ohne hohe Kosten. Denn die Defizite sind nicht in der fachlichen Qualifikation des medizinischen Personals zu finden, sondern vor allem in Fragen der Führung, der Kommunikation und der Motivation.“

Die Studie **„Excellence Barometer® 2010 Gesundheitswesen“** zeigt **Potenziale für mehr Qualität und Service im Gesundheitswesen** auf (Quelle: Dtsch Ärztebl 2011; 108-25- <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=94308>).

Zur pfleglichen Behandlung der Pflegekräfte gehört auch, sie vor Nachteilen zu schützen, wenn sie sich bei ungunstigen Pflegesituationen bzw. Pflegemängeln zu Wort melden wollen (oder gar müssen). Eine **Neugestaltung des § 612a BGB** (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz). ist eine denkbare Lösung, die Beschwerdebedingungen zugunsten der MitarbeiterInnen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen eindeutig zu verbessern.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 04.04.2011 eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: **Informationsschutz für ArbeitnehmerInnen durch Neufassung des § 612a BGB kann nachteilfreies Beschwerdemanagement in den Pflegesystemen gewährleisten.** - Text als **Anlage 7** angefügt.

Auf der Basis dieser Pressemitteilung, in der die näheren Vorschläge dargelegt und begründet worden sind, ist vor allem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wiederholt angeschrieben und um eine entsprechende gesetzgeberische Initiative gebeten worden. Bislang leider ohne Erfolg. Offensichtlich gibt es **Widerstände seitens der Arbeitgeberseite.**

Es wird für zwingend erforderlich gehalten, **das Beschwerdemanagement** in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Eine weitgehende **Ausschaltung von nachteiligen Folgen etwaiger Beschwerden** erscheint zwingend geboten. Die jetzige Rechtslage lässt leider viele MitarbeiterInnen, die sich innerhalb und ggf. auch nach außen zu Wort melden, „im Regen stehen“ mit der Folge, dass sich couragierte BeschwerdeführerInnen schnell in der Arbeitslosigkeit wieder finden.

Die Rechtssituationen sind in dem im Juni 2011 vorgelegten Buch von *Werner Schell* **„100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“** (Kunz Verlag, Schlütersche Buchreihe, Hannover, ISBN 978-3-89993-767-1) beschrieben. Die Probleme, die es zu beseitigen gilt, werden ausführlich, auch unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsprechung, verdeutlicht. – Vgl. **Anlage 8.**

Pflegebedürftigkeitsbegriff

Dazu wird unter **Ziffer 1 der Eckpunkte** ausgeführt:

Der heutige Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt ausschließlich somatische Einschränkungen. Die hieraus resultierende Ungleichbehandlung wurde bereits in einem ersten Schritt durch die Anhebung der Leistungen für Demenzerkrankte 2008 verbessert. Dieses reicht aber auf Dauer nicht aus. Daher wollen wir eine Neudefinition CDU/CSU-FRAKTION IM DEUTSCHEN BUNDESTAG des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreichen. Nicht körperliche Einschränkungen, sondern der Grad der Selbständigkeit soll der Ausgangspunkt sein. Das Gutachten des Beirates zur Pflegebedürftigkeit hat hierzu gute Vorschläge gemacht. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff muss aus unserer Sicht folgenden Anforderungen genügen:

- Neben somatischen muss er auch kognitive und gesundheitliche Einschränkungen berücksichtigen.
- Es muss ein Anreiz nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gegeben sein, um den Bedürfnissen der Menschen zu entsprechen, so lange wie möglich in ihrer privaten häuslichen Umgebung zu verweilen.
- Es muss für heutige Leistungsempfänger ein vorübergehender Bestandsschutz gewährleistet werden. Nur so kann Akzeptanz für ein neues System erzielt werden.
- Die Abgrenzung zu angrenzenden Leistungsbereichen anderer Sozialgesetzbücher darf nicht verschwimmen. Hier sind klare Zuordnungsmöglichkeiten Voraussetzung für die Einführung.
- Die Kriterien müssen insbesondere für den Betroffenen transparent und nachvollziehbar sein.

Die Errungenschaften der letzten Pflegereform für Demenzkranke wollen wir erhalten. Hierzu zählen die Betreuungszuschläge für Demenzkranke im ambulanten Bereich sowie der zusätzliche Betreuungsanspruch bei stationärer Unterbringung. Auch die Beibehaltung der heute bereits durch ehrenamtliche Strukturen gewährleisteten Leistungen ist unser Ziel.

Unabhängig davon muss für ein auf Dauer angelegter Dynamisierungsmechanismus für die Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt werden, um bei den Pflegeleistungen auch in Zukunft ein angemessenes Leistungsniveau zu erhalten. In der letzten Pflegereform wurde bereits eine ab 2015 beginnende, alle drei Jahre erfolgende Überprüfung und Dynamisierung festgelegt. Im Rahmen der anstehenden Debatte zur dauerhaften Finanzierung der Pflegeversicherung ist diese Regelung einzuordnen und zu konkretisieren.

Pro Pflege – Selbsthilfenetz fordert eine uneingeschränkte Einbeziehung der Demenzkranken in den Kreis der Leistungsberechtigten (§ 14 SGB XI).

Erörterungen darüber, wer nach dem SGB XI Leistungsempfänger sein soll, hat es bereits bei der Einführung der Pflegeversicherung gegeben. Bereits Mitte der 90er wurde die Notwendigkeit gesehen, auch für die **Demenzkranken** Leistungsansprüche vorzusehen. Man hat aber seinerzeit diesen Personenkreis bewusst nicht in den Kreis der Leistungsberechtigten aufgenommen, weil insoweit hinsichtlich der **Finanzierbarkeit große Befürchtungen bestanden**.

Ungeachtet dieser Erwägungen hat sich im Laufe der Jahre immer deutlicher gezeigt, dass auch den **Demenzkranken Leistungen zustehen müssen**, wie sie dem jetzigen Kreis der Leistungsberechtigten nach § 14 SGB XI zugestanden sind. Folgerichtig wurden entsprechende Abklärungen vorgenommen mit dem Ergebnis, dass seit einer Reihe von Jahren konkrete Vorschläge vorliegen, wie der § 14 SGB XI unter Einbeziehung der Demenzkranken neu gestaltet werden kann und muss. Bedauerlicherweise hatte es die große Koalition von Union und SPD im Jahre 2008 nicht geschafft, dieses Reformvorhaben umzusetzen. Stattdessen wurden seinerzeit bescheidene finanzielle Zuwendungen für Demenzkranke (von 100 bzw. 200 Euro/Monat) vorgesehen.

Es kann nun aber davon ausgegangen werden, dass die anstehende Pflegereform an einer umfassenden **Novellierung des § 14 SGB XI** nicht vorbei kommen wird. Insoweit besteht **parteiübergreifend weitgehend Einigkeit**.

Der „**Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes**“ hat am 29./30.01.2009 einen Bericht vorgelegt. Ein „**Umsetzungsbericht**“ folgte am 20.05.2009. Danach soll es nach einer Reform statt 3 Pflegestufen 5 Pflegestufen geben. Dabei soll bei der **Einschätzung der Pflegebedürftigkeit** nicht auf die Pflegezeit, sondern den **Grad der Selbständigkeit** abgestellt werden. Es sollen sowohl körperliche als auch kognitive/psychische Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) Berücksichtigung finden. Darauf aufbauend soll es auch ein verändertes **Begutachtungsverfahren** geben.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss, wie auch immer ausgestaltet, neben körperlich behinderten Menschen die Demenzkranken umfassend einbinden. Dies muss zwangsläufig teurer werden. Bereits jetzt anerkannte pflegebedürftige Menschen können nicht per Gesetz wieder aus dem Kreis der Leistungsberechtigten nach § 14 SGB XI aussortiert werden. Insoweit ist u.a. auch auf den **Vertrauensschutz** abzustellen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 30.11.2010 eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: **Demenz ist die zentrale pflegepolitische Herausforderung – Pflegenotstand muss das Top-Thema werden.** - Text als **Anlage 9** angefügt.

Die Aussagen im Eckpunktpapier, dass hinsichtlich der Leistungsansprüche nach dem SGB XI ein **Dynamisierungsmechanismus** vorgesehen werden muss, wird für richtig erachtet. Dabei muss natürlich auch über die **dauerhafte auskömmliche Finanzierung der Pflegeversicherung** nachgedacht und entschieden werden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Zahl der Leistungsempfänger dramatisch zunehmen und die Zahl derjenigen, die in das System einzahlen bzw. für sonstige, z.B. familiäre, Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen werden, deutlich abnehmen wird. Es erscheint sinnvoll vorzugehen, **Personen ohne Kinder** bei der Beitragsgestaltung **stärker in die Pflicht zu nehmen.**

Insgesamt gilt es zu bedenken, dass die aufgrund des demografischen Wandels in der Gesellschaft eintretenden Veränderungen dem gesamten sozialen Netz weitergehende Reformen abverlangen werden. Trotz vielerlei optimistischer Einschätzungen wird die **fortschreitende Globalisierung** Veranlassung geben (müssen), einige soziale Errungenschaften infrage zu stellen. Deshalb erscheint es bereits heute sinnvoll, den sozialen Sicherungssystemen nur solche Leistungen aufzubürden, die zwingend geboten sind. Die seit Jahren zu beobachtende Entwicklung, für alles und jedes Problem Projekte und wissenschaftliche Veranstaltungen / Studien zu finanzieren, muss beendet werden. Wir haben, und das wurde vielfach herausgestellt, **kaum Erkenntnis-, sondern allenfalls Umsetzungs- bzw. Durchsetzungsprobleme.** Richtig ist allerdings, der „**Demenzforschung**“ hohe Priorität einzuräumen (siehe dazu die Ausführungen zu Ziffer X der Eckpunkte).

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk sieht bei Würdigung aller Umstände die Notwendigkeit, bei der **Absicherung der Pflegebedürftigkeit** grundsätzlich am **Solidarprinzip** festzuhalten. Allerdings gibt es mit Rücksicht auf die demografische Entwicklung offensichtlich einen großen Finanzbedarf, der nicht einfach zu schultern sein wird. Es wird in verschiedene Richtungen nachzudenken sein. Dabei wird auch eine **Bürgerversicherung** zu bedenken sein. Möglicherweise ist zur Vermeidung von allzu großen Belastungen in den Familienverbänden (siehe z.B. das Thema „**Elternunterhalt**“) eine **ergänzende kapitalgedeckte Zusatzabsicherung** nicht unvernünftig und diskussionswürdig.

Finanzierungsmodelle, die in der Pflegeversicherung auf eine **Karenzzeit für die erste Zeit der Pflegebedürftigkeit** setzen (vgl. „Raffelhüschchen: Karenzzeit bei Pflegeversicherung einführen – Die ersten Jahre soll jeder selbst bezahlen“, Bericht in CAREkonkret vom 13.05.2011) erscheinen meilenweit vom Sozialstaatsgebot entfernt und sind **abzulehnen.**

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 01.04.2011 eine Pressemitteilung zur weiteren Finanzierung der Pflegesysteme veröffentlicht und getitelt: **Pflegereform muss menschenwürdige Pflege gewährleisten, und zwar ohne Finanzierungsvorbehalt.**- Text als **Anlage 10** angefügt.

Stärkung der Rechte von pflegenden Angehörigen

Dazu wird unter **Ziffer II der Eckpunkte** ausgeführt:

Flexibilisierung „Urlaubsregelung für Angehörige“

Zur Unterstützung der Personen, die ihre Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen, wurde bereits mit der letzten Pflegereform die Wartezeit auf den Anspruch der sog. Verhinderungspflege von zwölf auf sechs Monate verkürzt. Darüber hinaus wurde für die Zeit der Verhinderungspflege (Urlaub der Pflegeperson) der Anspruch auf Leistungen zur Alterssicherung (Auszahlung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung) erweitert.

Pflegebedürftige Kinder erhalten bei einem Mangel an kindgerechten Pflegeplätzen im Rahmen der Kurzzeitpflege auch bei Unterbringung in anderen geeigneten Einrichtungen (z. B. Behindertenhilfe) Leistungen der Pflegeversicherung.

Leider müssen wir feststellen, dass von diesen neuen Optionen nur in einem geringen Umfang Gebrauch gemacht wird. Laut Angaben der gesetzlichen Krankenversicherung haben von den rund 1,6 Mio. Angehörigen, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, lediglich 33.800 die sog. Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Kurzzeitpflege wurde in rund 16.500 Fällen gewährt. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es für die Betroffenen mehr Informationen über die bereits bestehenden Angebote geben muss. Wir wollen prüfen, wie man sie attraktiver ausgestaltet und ob es alternative Angebote zur Entlastung der Angehörigen gibt.

Die Stärkung pflegender Angehöriger gehört zu den wichtigsten Aufgaben. Ziel muss es sein, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Hierzu könnte der Ausbau der Tagespflege ein geeigneter Ansatz sein, z.B. durch regelhaft zusätzlich eingestreute Tagespflegeplätze in stationären Einrichtungen. In der ambulanten Pflege ist die Kombination von Pflegegeld und die Inanspruchnahme von Sachleistungen möglich. In der teilstationären Versorgung können Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen ambulanten Sachleistungen und/ oder dem Pflegegeld kombiniert werden. Es ist zu prüfen, inwieweit das Pflegegeld besser mit den Leistungen für die Tagespflege bzw. für den ambulanten Pflegedienst kombiniert werden kann mit dem Ziel, Pflegepersonen zumindest die Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung zu ermöglichen.

Familienpflegezeit:

Pflegende Angehörige werden neben der 6-monatigen Pflegezeit (völliges Ruhen der Arbeit) die Option einer zwei-jährigen Familienpflegezeit erhalten, so ihr Unternehmen eine entsprechende Betriebsvereinbarung schließt. In dieser Zeit kann der Angehörige seine Arbeitszeit auf bis zu 50 % reduzieren, erhält aber 75 % seines Gehaltes. Anschließend arbeitet der Angehörige dann im gleichen Zeitumfang wieder 100 % bei weiterhin 75 % seines Gehaltes. Für das Risiko der Arbeitsunfähigkeit muss der Angehörige eine Versicherung abschließen. Damit wird die Flexibilität für Angehörige analog der Altersteilzeit weiter gestärkt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk tritt für eine Weiterentwicklung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und für eine Stärkung der Angehörigenseite, v.a. durch verbesserte finanzielle Dotierungen, ein.

„Ambulant vor stationär“ ist eine das Pflegeversicherungsrecht beherrschende Aussage. Sie ist auch mehr als richtig, weil Pflegebedürftige fast ausnahmslos Zuhause gepflegt und versorgt werden möchten. Allerdings erscheint die rechtliche Ausgestaltung des Grundsatzes **„ambulant vor stationär“ dringend verbesserungsbedürftig**. Dabei sind sicherlich **vielerlei Erwägungen** bedeutsam (z.B. Nachbarschaftshilfe, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser). So sind z.B. die Gemeinden, Städte und Kreise gefordert, durch entsprechende Planungen Hilfestellung zu geben (z.B. Projekt **„Demenzfreundliche Kommune“**).

Allerdings wird auch die Notwendigkeit gesehen, die **finanziellen Leistungen** im Rahmen des SGB XI **für die häusliche Pflege und Betreuung** deutlich zu **verbessern**. Die jetzigen Pflegegeldzahlungen sind offensichtlich in vielen Situationen nicht ausreichend,

angemessene Betreuung und Pflege zu gewährleisten. Dementsprechend können die gebotenen Unterstützungsleistungen nicht „eingekauft“ werden, **Angehörige** sind dann **schnell bis zum Zusammenbruch überfordert**. Im Übrigen ist eine umfassende familiäre Pflege schnell **existenzgefährdend** und führt nicht selten in die **Sozialhilfeabhängigkeit**.

Denkbar wäre z.B. jedem, der für die Pflege eine konkrete berufliche Tätigkeit aufgibt, einen **Lohnersatz** zu zahlen, höchstens bemessen an der Vergütung einer Berufspflegekraft. In diesen Fällen wären auch Sozialversicherungsbeiträge und Steuern zu entrichten. Eine solche Regelung hat es früher bereits einmal im Beihilferecht für Beamte gegeben.

Es wäre auch vorstellbar, eine **finanzielle Ausgestaltung der Pflege wie in Österreich** vorzunehmen. Nämlich in der Weise, dass die finanziellen Leistungen in jeder Pflegesituation gleich hoch sind. Der Pflegebedürftige kann sich dann beliebig ambulant oder stationär versorgen lassen und die verfügbaren Mittel den eigenen Wünschen entsprechend einsetzen.

Die bereits eingeführte **„Familienpflegezeit“** erscheint in der jetzigen Ausgestaltung völlig ungeeignet, eine wirksame Hilfe für die ambulante Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten. Diese Regelung deckt nur unvollkommen die insoweit entstehenden Bedürfnisse ab und ist im Übrigen zu kompliziert. Diese „Familienpflegezeit“-Regelung sollte daher durch andere brauchbarere Modelle der Angehörigenunterstützung abgelöst werden.

Die u.a. bei den zurückliegenden Pflege-Dialog-Veranstaltungen vom Bundesgesundheitsminister zur Sprache gebrachten **Urlaubs- und Kurregelungen für Angehörige** erscheinen ebenfalls wenig geeignet, den Angehörigen wirkungsvoll zu helfen. Solche Angebote können allenfalls ergänzend helfen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 09.09.2010 eine Pressemitteilung veröffentlicht und getitelt: **Pflegereform muss die häusliche Pflege stärken – Allerdings sind realistische Einschätzungen der Hilfemöglichkeiten erforderlich**. - Text als **Anlage 11** angefügt.

Entscheidend muss vielmehr sein, dass pflegebedürftigen Menschen bei einer Versorgung Zuhause deutlich **mehr Geld- und Sachleistungen** zur Verfügung gestellt werden, als dies bisher der Fall ist. Die entsprechenden Leistungsansprüche sollten aufgestockt werden. Denkbar wäre, wie bereits ausgeführt, für alle pflegebedürftigen Menschen **Geldleistungsansprüche in gleicher Höhe** vorzusehen mit der Maßgabe, dass jeder Empfänger dieser Leistungen Ort und Ausgestaltung der Betreuung und Pflege frei wählen kann.

Auch wenn seitens der Heimträger diesbezügliche Veränderungen weniger günstig erscheinen, müssen die politisch Verantwortlichen die Kraft haben, dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch durch finanzielle Verbesserungen bei ambulanter Versorgung konsequent Rechnung zu tragen. Den Heimträgern mag zur Beruhigung gesagt werden, dass auch zukünftig auf eine Heimpflege nicht verzichtet werden können. Die demografische Entwicklung wird mit ihren vielfältigen Verwerfungen trotz der geforderten Bestrebstellung der ambulanten Pflege nicht dazu führen, dass sich die Heimplatzangebote verringern lassen. Selbst da, wo es gute Strukturen zur häuslichen Versorgung gibt, ist ja bereits heute bei sich fortentwickelnder Pflegebedürftigkeit eine Heimpflege die einzige Hilfemöglichkeit. Dies alles gilt es zu bedenken. **Überlegungen, alle Heime schließen und durch andere Versorgungsformen ersetzen zu wollen, führen in dieser radikalen Ausprägung nicht weiter.**

Verbesserung der Qualitätssicherung

Die Ausführungen dazu finden sich in **Ziffer III der Eckpunkte**:

Die Union konnte im Rahmen der letzten Pflegereform durchsetzen, dass die Qualitätsprüfungen von damals alle fünf Jahre auf eine jährliche und in der Regel unangemeldete Überprüfung umgestellt wurden. Darüber hinaus sollte der Schwerpunkt der Prüfung auf den Zustand des Pflegebedürftigen und damit auf die Ergebnisqualität gelegt werden und weniger auf die Dokumentations- und Aktenlage. Diese neue Schwerpunktsetzung ist noch nicht hinreichend bei allen Prüfungen umgesetzt. Wir wollen prüfen, ob und wie dies noch besser erreicht werden kann. Die Ergebnisse der Überprüfungen sind verständlich zu veröffentlichen, z. B. im Internet oder als Aushang im Pflegeheim.

Das Ziel der Entbürokratisierung in der Qualitätssicherung muss weiter voran getrieben werden. Fälle von Vernachlässigung und Gewalt in der Pflege dürfen nicht toleriert werden. Die Politik hat eine Verantwortung dafür, dass Pflegebedürftigen eine humane Pflege und ein menschenwürdiges Leben ermöglicht werden. Mit diesem Ziel müssen die Pflegekriterien, die Grundlage der Pflegebegutachtung der Einrichtungen sind, regelmäßig überprüft und an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. Dies gilt insbesondere für Bewertungskriterien im Rahmen des sog. Pflege-TÜV. Dabei bedarf es auch einer sachgerechteren Stichprobenauswahl, um die Versorgungssicherheit und Vergleichbarkeit besser abbilden zu können. Gleichzeitig müssen die Ergebnisse ein sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für seine Angehörigen transparentes Ergebnis der Pflegebegutachtung darstellen.

Um Blockadehaltungen von Verbänden bei der Überarbeitung der Kriterien zukünftig zu verhindern, wurde bereits eine Schiedsstellenregelung auf den Weg gebracht.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich mit der Transparenz und Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen seit Jahren wiederholt und intensiv befasst. Es wird vor allem gefordert, bei allen Maßnahmen der Qualitätssicherung uneingeschränkt die **Lebens- und Ergebnisqualität der pflegebedürftigen Menschen** in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu rücken.

Im Übrigen erscheint es geboten, die wesentlichen Aussagen der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ als **subjektiv-öffentliche Rechte mit Anspruchscharakter** auszugestalten. In der jetzigen Form ist und bleibt der Chartatext ein Papiertiger – nett gemeint, aber wirkungslos.

Auch das vorgegebene **Beschwerdemanagement** muss auf Effektivität hin geprüft werden. Derzeit ist es meistens so, dass Beschwerden auf der Arbeitgeber- bzw. Trägerseite nicht etwa als kostenlose Verbesserungsvorschläge verstanden werden, sondern eher lästig und unerwünscht sind. Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörige befürchten bei hartnäckigen Beanstandungen nicht selten Repressalien. PflegemitarbeiterInnen befürchten bei Beschwerden Abweisung, Mobbing bis hin zu Abmahnungen und Kündigungen. Der Fall Brigitte Heinisch (aus Berlin) ist das Musterbeispiel für misslungenes Beschwerdemanagement. Um dem Beschwerdemanagement mehr Wirkung zuzuordnen, setzt sich **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** für eine **Neuordnung des § 612a BGB (mit gesetzlicher garantierter Nachteilsfreiheit)** ein.

Auf keinen Fall erscheint es gerechtfertigt, die Überprüfungen der Pflegeeinrichtungen zahlenmäßig erheblich auszuweiten. **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** hält inhaltliche Reformen der Pflegesysteme für geboten und fordert eine Beseitigung des Pflegenotstandes. **Mehr Pflegepersonal und nicht mehr Prüfer gehören an die Pflegefront!** Dazu passend die Zusammenfassung einer Pressemitteilung des Instituts für Arbeitswissenschaft der RUB vom 19.10.2010:

Das A&O in der Pflege: die „Pflege“ der Mitarbeiter - Weder externe Kontrollen allein noch sensationsheischende Medienberichte verbessern die Pflege: auf die „Pflege“ der eigenen Mitarbeiter im Unternehmen kommt es an.

Das ist das zentrale Ergebnis einer Fallstudie des Instituts für Arbeitswissenschaft der RUB mit einer Pflegeeinrichtung der Diakonie Ruhr, dem Fritz-Heuner-Heim in Dortmund. Ein Personalmanagement, das auf Qualität setzt, darf sich daher nicht nur auf die „externen Kunden“, die Pflegebedürftigen, konzentrieren. Vielmehr muss es auch die „internen Kunden“, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in den Blick nehmen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat am 03.08.2010 eine Pressemitteilung zu den gebotenen Prüfungen in Pflegeeinrichtungen veröffentlicht und getitelt: **Pflegeheime – Wir brauchen nicht mehr Prüfungen, sondern mehr Pflegepersonal!** Text als **Anlage 12** angefügt.

Auf die **Anlage 13**, die sich mit der Anregung, einen „**Beauftragten für die Belange pflegebedürftiger Menschen**“ einzusetzen, wird ergänzend aufmerksam gemacht. Der Freistaat Bayern hat inzwischen eine solche Institution geschaffen!

Siehe auch **Anlage 04** - Pressemitteilung 06.09.2010 zum Thema **Schulnoten für Pflegeeinrichtungen - Umsetzung der Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien mangelhaft!**

Transparenz und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen sind unbestreitbar notwendig. Allerdings erscheint es im Interesse der Verbraucher (pflegebedürftige Menschen und Angehörige) zwingend geboten, diese **Transparenz und Qualitätssicherung** so zu gestalten, dass sie wirklich auf die entscheidenden Fragen abstellt und die gewünschten Antworten mit **einfachen Botschaften** vermittelt. Solche Informationen können und sollen nicht ausschließen, sich bezüglich weitergehender Fragestellungen näher und gezielter zu informieren. Insoweit gibt es zahlreiche Informationsquellen (z.B. Pflegekassen, Heimaufsicht, Pflegeberatungsstellen der einschlägigen Verbände, Broschüren verschiedener Ministerien, Buchveröffentlichungen).

Entscheidend darf nicht sein, wie oft geprüft wird, sondern mit welchem Erfolg vorgegangen und darauf basierend informiert wird. Die Ausweitung der Prüftätigkeit in den Pflegeeinrichtungen erscheint allein nicht der richtige Weg zu einer guten Pflege und Betreuung. **Vorrangig muss sein, ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte verfügbar zu machen.** Daher gilt es vorrangig, mit allen verfügbaren Mitteln, für ausreichendes Personal in den Pflegeeinrichtungen zu sorgen. Dazu wurden an anderer Stelle bereits geeignete Hinweise gegeben.

Im Übrigen erscheint es aus der Sicht der „Pflege-Betroffenen“ nicht zumutbar, dass vielerlei Fragestellungen des Transparenzgeschehens und der Qualitätssicherung zwischen den Pflegekassen (Medizinischer Dienst) und Trägerverbänden ausgekungelt werden. Aus der Sicht der BürgerInnen **muss der Gesetzgeber durch klare Vorschriften festlegen, wie vorzugehen ist.** Solche Regelungen zu finden, der sog. Selbstverwaltung zu überlassen, ist nicht weiter hinnehmbar. Diese Institutionen sind auch nicht wirklich demokratisch legitimiert, als Ersatzgesetzgeber aufzutreten und vielfältige Festlegungen und Schätzungen im Interesse der pflegebedürftigen Menschen ohne deren Beteiligung verbindlich zu machen. Das jetzige Schiedsstellenverfahren kann den Anforderungen an ein verbraucherfreundliches System nicht gerecht werden und gehört in der jetzigen Form abgeschafft.

Es wird in diesem Zusammenhang auf den Fachbeitrag von *Foroud Shirvani* (Ludwig-Maximilian-Universität München) mit dem Titel **„Verfassungsrechtliche Fragen zu Transparenzberichten in der Pflegeversicherung“** verwiesen (ZFSH SGB 12 – 2010, Seite 711 ff.) verwiesen. Darin wird u.a. resümierend festgestellt:

„Der Gesetzgeber hat aber bislang keine verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende normative Grundlage geschaffen, die die Interessen der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen zu einem grundrechtskonformen Ausgleich bringen würde. Will der Gesetzgeber das Instrument der Transparenzberichte aufrechterhalten, sollte er die be-

stehende Regelung nachbessern. **Die Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen auf die Akteure der Pflegeversicherung entbindet den Normgeber nicht von seiner Pflicht zu handwerklichen sauberer gesetzgeberischer Tätigkeit**“.

Das **Sozialgericht Münster** hat mit **Urteil vom 24. Juni 2011 - S 6 P 14/11** – die **Rechtswidrigkeit zur Schulnotenveröffentlichung** auf der Basis der aktuellen Vorschriften erneut eindrucksvoll bestätigt. Alle Verantwortlichen sind gefordert, daraus endlich die gebotenen Folgerungen zu ziehen.

Am 17.06.2011 wurde der **Abschlussbericht** des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) **„Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“** vorgelegt.

Quelle: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> .

Dieser Bericht liefert Erkenntnisse, wie die **Ergebnis- und Lebensqualität** in Pflegeeinrichtungen zuverlässig gemessen und beurteilt werden kann. Damit liegt ein Indikatorensystem vor, das verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht. **Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die vorliegenden Studienergebnisse angemessen zu berücksichtigen, damit endlich die wirklich gute Pflege für den Verbraucher sichtbar gemacht werden kann.**

Pflegebegutachtung

Die Pflegebegutachtung wird in **Ziffer IV der Eckpunkte** wie folgt angesprochen:

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist das Prüforgang der Pflegekassen und wird durch diese im Umlageverfahren finanziert. Zum einen prüft der MDK nach Antragstellung auf Grundlage einer Begutachtung, ob der Antragsteller pflegebedürftig ist und wenn ja, welcher Pflegestufe er angehört. Zum anderen testet er die Qualität in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (Pflege-TÜV). Aufgrund der Tatsache, dass der MDK von den Pflegekassen finanziert wird, wird seine Unabhängigkeit nicht selten in Frage gestellt. Der Eindruck, dass die Krankenkassen Einfluss auf die Entscheidung des MDK nehmen, ist eine häufig geäußerte Wahrnehmung der Betroffenen.

Unabhängig von der zukünftigen Ausrichtung der Qualitätsprüfungen sollte daher geprüft werden, ob und wie aus dem MDK heraus ein neues Institut in einer geeigneten Organisationsform entwickelt werden kann. Ein Beirat sollte die Unabhängigkeit und die Qualität des Instituts gewährleisten. Die Vergütung könnte anhand einer Gebührenordnung erfolgen. Die neuen angestrebten Regelungen, die PKV mit zehn Prozent aktiv an den Prüfungen zu beteiligen, bedeutet selbstverständlich auch eine entsprechende Beteiligung der PKV in diesem neuen Institut.

Zur Pflegebegutachtung (Ziffer IV der Eckpunkte) vertritt *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* folgende Auffassung:

Es gibt eine Reihe guter Gründe, über den Rechtsstatus des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und seinen vielfältigen Aufgabenstellungen nachzudenken. Dabei spielt natürlich eine Rolle, dass seitens der Versicherten erhebliche Vorbehalte hinsichtlich der wirklichen **Unabhängigkeit des MDK** bestehen. Solche Vorbehalte können auch aus der Finanzierung des Gutachterdienstes abgeleitet werden.

Gleichwohl scheint das jetzige Beziehungsgeflecht zwischen Kassen und MDK für die vielfach beklagten Pflegemängel und Reformfordernisse eher weniger maßgeblich zu sein. Es ist daher vorstellbar, diesbezügliche Fragestellungen zurückzustellen und für eine spätere Novellierung des SGB XI vorzusehen. Es werden aber auch keine Bedenken dagegen erhoben, die Begutachtungspraxis für den Bereich der Kranken- und Pflegekassen bereits bei der anstehenden Reform auf eine neue unabhängige Basis zu stellen. Dass dabei die Private Krankenversicherung (PKV) beteiligt wird, ist folgerichtig. Allerdings wird ange-

mahnt, eine **Reform des Gutachtersystems möglichst auf einer „schlanken“ Basis** zu gewährleisten. Es muss vermieden werden, eine **neue unabhängige Begutachtungsinstitution** zu einem „Verwaltungsmonster“ besonderer Art zu entwickeln.

Es ist im Rahmen der jetzigen Reformüberlegungen notwendig, darüber zu befinden, dass im Rahmen der Begutachtung nach § 14 SGB XI die **Zuordnung der pflegebedürftigen Menschen nicht mehr nach vorgegebenen Prozentzahlen** erfolgen darf. Solche Praktiken sind gesetzwidrig und gehören schnellstens abgestellt. Wer zum Beispiel die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Zuordnung zur Pflegestufe III erfüllt, muss entsprechend eingestuft werden. Es kann nicht sein, solche Zuordnungen nach prozentualen Vorgaben zu manipulieren.

Neue Formen der Versorgung

Diesbezügliche Ausführungen finden sich in **Ziffer VI der Eckpunkte**:

Vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft wird nicht nur der Grundsatz ambulant vor stationär, sondern auch die stärkere Verknüpfung beider Leistungsbereiche eine große Rolle spielen. In Mehrgenerationenhäusern, Wohnquartieren, Alten-WGs, etc. werden bereits neue Formen der Versorgung gelebt. Das Geld muss hier der Leistung und damit dem individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen folgen könnten. Über die reine Pflegeversicherung hinaus sind weitergehende Angebote der Förderung wie z. B. bei der Wohnraumgestaltung notwendig.

Bereits heute bietet die KfW in unterschiedlichen Richtlinien Förderungen zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen. Diese werden aktuell überprüft mit dem Ziel, nach dem Auslaufen 2011 erneut und in aktualisierter Form weiter zu bestehen.

Eine mögliche Erweiterung der Maßnahmen würde für die Pflegeversicherung keine zusätzlichen Kosten verursachen. Andererseits können langfristig Einsparungen erzielt werden, wenn die Menschen länger in den eigenen vier Wänden leben und dadurch Kosten für die Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen vermieden werden. Deshalb sind die Möglichkeiten der modernen Technik stärker auszuschöpfen, denn sie können entscheidend zur Erleichterung des Pflegealltags beitragen. Eine entsprechende Weiterentwicklung des nach § 40 Abs. 4 SGB XI möglichen Förderbetrages von 2.557 Euro für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ist unser Ziel.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hält, wie bereits ausgeführt, eine Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ für vorrangig bedeutsam. Daher müssen vielfältige Überlegungen angestellt werden, wie diesem Gebot Rechnung getragen werden kann.

Neben den erforderlichen leistungsrechtlichen Ansprüchen sind vor allem auf kommunaler Ebene (in den Quartieren) geeignete Maßnahmen zu fördern, die einen möglichst langen Verbleib in der gewohnten Lebenswelt ermöglichen. Dazu gibt es bereits vielfältige Projektvorschläge. Sie müssen mit entsprechenden **Hilfen in den Quartieren** aufgegriffen und umgesetzt werden. Insoweit ist viel **bürgerchaftliches Engagement** erforderlich. Die Pflegeversicherung wird bei solchen Überlegungen nur ergänzend helfen können, zum Beispiel durch **wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**. Solche Maßnahmen sind zwar schon im SGB XI finanziell dotiert, sollten aber eine deutliche Ausweitung erfahren.

Medizinische Versorgung in Heimen

Dieses Thema wird in **Ziffer VII der Eckpunkte** angesprochen:

Die letzte Pflegereform hatte sich bereits diesem dringenden Thema angenommen und eine verstärkte Kooperation von Ärzten mit Heimen bis hin zur Option einer Anstellung eines Arztes im Heim gesetzlich ermöglicht. Daneben wurden Heime und Pflegedienste auch optional zu Vertragspartnern der integrierten Versorgung. Ein erster integrierter Versorgungsvertrag mit Heimen ist zwar dieses Jahr in Baden-Württemberg geschlossen worden, aber das ist angesichts der Problemdarstellungen, die uns erreichen, zu wenig. Bestehende Hemmnisse für solche Verträge wollen wir abbauen.

Die aktuellen Regelungen sind daher auf ihre Anwendbarkeit hin zu überprüfen und anzupassen mit dem Ziel, die medizinische Versorgung in Heimen zu verbessern und Krankenhaus-einweisungen (vor allem an Wochenenden) zu vermeiden. Es braucht im Rahmen der ärztlichen Vergütung entsprechende Anreize, um sowohl eine verstärkte Haus- als auch eine verstärkte fachärztliche Tätigkeit in Heimen zu realisieren. Nicht zuletzt ist zu prüfen, ob Heime auch Träger von MVZ ein können.

Um die medizinische Versorgung von älteren Menschen in Pflegeheimen sowie in ihrer häuslichen Umgebung zu verbessern, sind Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und – soweit betroffen – Pflegeheime/ambulante Dienste gefordert, regionale Netzwerke von Ärzten zu etablieren, über die regelmäßige Arztbesuche in Heimen sowie auch beim Patienten zuhause organisiert werden können. Solche Netzwerke sollen bewirken, dass vermeidbare Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte, die Patienten belasten und zum Teil auch unnötige Kosten verursachen, reduziert werden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist der Auffassung, dass die medizinische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen, aber auch Zuhause, dringend einer Verbesserung bedarf.

Ende 2005 wurde eine Buchveröffentlichung von *Hallauer / Bienstein / Lehr / Rönsch* vorgestellt mit dem Titel: „**SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.**“ Ergebnis der Studie war u.a. die Erkenntnis, dass die **fachärztliche Versorgung in den Heimen als mangelhaft bezeichnet werden muss**. Die Studie rief zum Handeln auf. Bisher sind aber nicht wirklich nennenswerte Fortschritte erzielt worden. Das Thema ist weiterhin aktuell und verlangt nach **reformerischen Regelungen**. Dabei sind vielfältige Fragestellungen zu bedenken, zum Beispiel die **medikamentöse Versorgung** der älteren Menschen und **Ernährung bzw. Flüssigkeitsversorgung**.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich wiederholt zum Thema „medizinische Versorgung in Heimen“ geäußert und auch Pflorgetreffe, zuletzt am 20.04.2011, zur Erörterung entsprechender Probleme organisiert. Bereits 2006 konnte die Einrichtung eines „Arbeitskreises medizinische Versorgung in den Heimen“ im Rahmen der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss angeregt werden.

In Vorbereitung des **Pflorgetreffs am 20.04.2011**, der sich vorrangig mit der **medizinischen Versorgung in Heimen** befasste, wurde u.a. ausgeführt:

„Es bestehen zweifelsfrei Mängel in der ärztlichen Versorgung – Fachärzte sind offensichtlich eher selten zu Besuchen in Heimen und Zuhause bereit. Offensichtlich sind insoweit überwiegend unzureichende Honorierungen maßgeblich. Daher gibt es die „KV Initiative Pflegeheim“ und ab 01.04.2011 Veränderungen im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ der Kassenärzte. Die AOK Rheinland/Hamburg hat ergänzend für die hiesige Region besondere Vertragsangebote vorgelegt, die den Ärzten eine verbesserte Honorierung bieten. Im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung steht die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen. Solche Therapien werden anhand der sog. Priscus-Liste als problematisch eingestuft. Die „Verblistierung“ der Medikamente kann mehr Sicherheit gewährleisten und das Pflegepersonal beim „Stellen von Medikamenten“ deutlich entlasten. Fehlende Kooperationsvereinbarungen zwischen Ärzteschaft und Heimträgern (Pflegeverantwortlichen) sind ebenfalls ein Problem (= Ärzte haben keine direkte Weisungskompetenz gegenüber dem Pflegepersonal der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsvereinbarungen bestehen so gut wie nicht, Verordnungen werden nicht immer ausreichend schriftlich dokumentiert, es besteht daher oft ein Mangel an Instruktionen). RettungsdienstmitarbeiterInnen haben sich offensichtlich wiederholt über mangelnde Kooperationsmöglichkeiten mit dem Heimpersonal beschwert (fachlich, sprachlich). In diesem Zusammenhang ist auch an vielleicht unnötige Krankenhauseinweisungen zu denken. Auch im Bereich der Ernährung gibt es nicht selten Probleme: Unter- und Mangelernährung sind ein Thema. Magensonden und Psychopharmaka kommen offensichtlich nicht immer mit ausreichender Indikation zum Einsatz (vielleicht auch als Pflegeerleichterung gedacht). Dazu gab es eine aktuelle Pressemitteilung der AOK Rheinland/Hamburg, die zu mehr Zurückhaltung

bei der Verordnung von Psychopharmaka mahnt. Fixierungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen müssen – auch von der Ärzteschaft – häufiger hinsichtlich der Notwendigkeit bzw. der möglichen Alternativen hinterfragt werden. Umfassende Weiterbildungen bezüglich der Demenz erscheinen für das gesamte beteiligte Personal, Pflegepersonal wie auch Ärzteschaft, dringlich.“

Die Auffassung von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**, die bei einer Pflegereform unbedingt Berücksichtigung finden sollte, wurde u.a. in folgenden Pressemitteilungen der Öffentlichkeit vorgestellt:

- Pressemitteilung vom 02.05.2011 mit der Titulung **Mängel in der medizinischen Versorgung der HeimbewohnerInnen und Zuhause - Der Neusser Pflegetreff am 20.04.2011 diskutierte die Probleme – Anlage 14**

- Pressemitteilung vom 18.06.2011 mit der Titulung **Demenzkranke: Die Versorgung mit Medikamenten ist dringend verbesserungsbedürftig – Anlage 15**

Auf die Ausführungen zum „**Verblistern**“ (Ziffer IX der Eckpunkte) wird im Übrigen verwiesen.

Rehabilitation vor Pflege

Hierzu enthält **Ziffer VIII der Eckpunkte** nähere Hinweise:

Um unnötige Pflegekosten zu vermeiden, muss der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt werden. Unabhängig davon, ob Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist oder droht, ist der Rehabilitationsbedarf bereits insbesondere bei der Begutachtung des MDK zu prüfen und bei Bedarf umzusetzen.

Um dieses Ziel einzuhalten und die Maßnahmen auch durchzusetzen, wurde mit der letzten Reform eine Strafzahlung der GKV an die SPV in Höhe von 3.072 Euro bei nicht erfolgter Rehabilitationsmaßnahme eingeführt (§ 40 Abs. 3 SGB V). Darüber hinaus wird den Pflegeeinrichtungen ein Betrag von einmalig 1.536 Euro gewährt, wenn Pflegebedürftige nach einer erfolgten Reha Maßnahme in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden. (Bonifizierung aktivierender Pflege gem. § 87a SGB XI).

Diese notwendige und wichtige Maßnahme im Sinn einer aktivierenden Pflege der betroffenen Menschen wollen wir weiter stärken. Wir wollen bei der geriatrischen Rehabilitation prüfen, ob und wie die bisherige Trennung zwischen Kostenträger (GKV) und Nutznießer (soziale Pflegeversicherung) beseitigt werden kann. Die Pflegekasse könnte künftig beispielsweise die Rehabilitationskosten übernehmen. Die entstehenden Mehrausgaben in der Pflegeversicherung würden dann durch eine Übernahme der medizinischen Behandlungspflege in Heimen durch die Krankenkassen (analog zur ambulanten Pflege) – gegebenenfalls in Form von Pauschalen – kompensiert. So würde der bisherige Verschiebebahnhof zwischen GKV und SPV beseitigt. Hierfür ist es auch notwendig, dass die Angebote der Rehabilitationsanbieter genauer auf die Bedürfnisse Pflegebedürftiger zugeschnitten werden. Daher wollen wir für dieses spezifische Leistungsangebot eigenständige Verträge der Pflegekassen mit Rehabilitationseinrichtungen einführen, um die spezifischen Bedarfe festzulegen und zu entsprechenden Vergütungssätzen zu kommen. Wir wollen zudem prüfen, ob es auch finanziell Sinn macht, die Pflegeversicherung zu verpflichten, jede geriatrische Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, die der MDK im Rahmen der Einstufung oder Neubegutachtung für erforderlich hält.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk sieht die Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ als vordringlich an!

Es ist trotz der geltenden Vorschriften zur Rehabilitation nicht annähernd gelungen, dem Vorrang der Rehabilitation Geltung zu verschaffen. Es ist daher dringend geboten, insoweit über weitergehendere Regelungen nachzudenken. Es reicht aber offensichtlich nicht aus, allein auf die Pflegeeinrichtungen Druck auszuüben. Denn in unserer Gesellschaft bedarf es umfassend einer **Stärkung der präventiven bzw. rehabilitativen Kräfte**.

Diesen Hilfsmöglichkeiten muss man konsequenter und in allen Versorgungsbereichen Vorrang verschaffen.

In diesem Zusammenhang sind auch die **Kranken- und Pflegekassen stärker in die Pflicht zu nehmen**. Denn es wird seit geraumer Zeit beobachtet, dass Rehabilitationsmaßnahmen allzu oft – wohl aus Kostenerwägungen – abgelehnt werden. Erst im Widerspruchsverfahren wird dann meist korrigiert. Es wird von verschiedener Seite die Vermutung geäußert, diesbezügliche Praktiken seien zum System erhoben worden. Der Gesetzgeber muss eindeutigere Regelungen schaffen, die den **Präventions- und Rehabilitationsanforderungen vor Pflege** ohne wenn und aber **Priorität** verschaffen. Dazu gehört u.a. auch, **Kosten-Verschiebepraktiken zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu beenden**.

Verblistern:

Das Verblistern wird in **Ziffer IX der Eckpunkte** angesprochen:

Das Verblistern stellt eine Möglichkeit dar, Pflegekräfte zu entlasten und ihnen mehr Raum für die Arbeit am Patienten zu geben. Gleichzeitig erhält der Apotheker insbesondere bei multimorbiden Patienten, die oftmals zahlreiche verschiedene Medikamente am Tag nehmen müssen, die Möglichkeit, Wechselwirkungen besser zu erkennen. Aus diesem Grund wurde bereits mit dem GKV-WSG die Option geschaffen, dass Heime und Apotheken Verträge zur Verblisterung schließen. Aufgrund des Versorgungsvertrages nach § 12a Apothekengesetz (ApoG) zwischen Apotheker und Pflegeheim verpflichtet sich die Apotheke, Arzneimittel patientenindividuell zu verblistern. Dabei wurde auch die Frage der Kosten in die Hände der Vertragspartner gegeben. Zudem können Krankenkassen und Apotheker Vereinbarungen zur Vergütung treffen.

All diese Instrumente werden bisher aber kaum oder nur im geringen Umfang genutzt bzw. zeigen faktisch kaum Wirkung. Um die Möglichkeit der Verblisterung insbesondere für Heime aber auch für ambulante Pflegeanbieter attraktiver zu machen, sollten die Vertragsgrundlagen auf ambulante Pflegeanbieter ausgeweitet werden. Es ist darüber hinaus zu prüfen, wie der Aufwand des Verblisterns reduziert und kostengünstiger gestaltet werden kann. Dabei wollen wir auch grundsätzlich Form und Finanzierung der Verblisterung von Arzneimitteln diskutieren. Die Einhaltung von Rabattverträgen der Kassen ist in jedem Fall auch beim Verblistern zu gewährleisten.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk sieht im Verblistern eine geeignete Möglichkeit, die Medikation in Pflegeeinrichtungen sicherer zu machen und die Pflegekräfte zu entlasten.

Das Verblistern wird seit Jahren positiv eingeschätzt, soweit es darauf abzielt, das Stellen und Abgeben von Medikamenten in Pflegeeinrichtungen sicherer zu machen und die bislang mit solchen Aufgaben betrauten Pflegekräfte entlastet werden. Allerdings darf das Verblistern nicht vorrangig aus ökonomischen Erwägungen eingeführt werden. **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** ist der Meinung, dass die Entlastung der Pflegekräfte bei der Medikation nicht zu Personaleinsparungen führen darf. **Pflegekräfte sollen durch das Verblistern Arbeitszeit gewinnen, die ihnen dann für andere Verrichtungen bei den pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung steht.**

Es wird in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen zur „**Medizinischen Versorgung in den Heimen**“ (Ziffer VII der Eckpunkte) und die **Anlage 15** verwiesen (Pressemitteilung vom 18.06.2011 zum Thema **Demenzkranke: Die Versorgung mit Medikamenten ist dringend verbesserungsbedürftig**).

Demenzforschung

Hierzu finden sich in **Ziffer X der Eckpunkte** Ausführungen:

Um ein gesundes Altern in Würde möglich zu machen, bedarf es intensiver Forschungen zu Diagnostik und Therapie sowie Versorgung und Pflege bei Demenzerkrankungen. Deshalb hatte die unionsgeführte Bundesregierung im August 2007 beschlossen, ein Institut für neurodegenerative Erkrankungen zu gründen. Das Kernzentrum in Bonn hat insgesamt sieben Außenstellen an Forschungseinrichtungen, Universitäten und Kliniken in Rockstock/Greifswald, Göttingen, Magdeburg, München, Tübingen, Witten und Dresden. Mit der Arbeitsteilung werden 400 der besten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Demenzforschung eingebunden. Ein Standort allein könnte dies nicht leisten. Angesichts der zu erwartenden Zunahme von dementiellen Erkrankungen muss die Forschung weiter gestärkt werden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hält die Demenzforschung für äußerst wichtig und kann der Absicht, solche Aktivitäten zu verstärken, nur zustimmen. Dies muss nicht weiter kommentiert werden.

Bürokratieabbau

Dieses Thema wird in **Ziffer XI der Eckpunkte** beschrieben:

Der Auftrag der Pflegekräfte ist der Dienst am Menschen. Dieses muss gewährleistet werden, indem die Dokumentationspflichten auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Wir fordern alle in der Pflege Tätigen auf, uns praktische Hinweise zu geben, wo überflüssige Bürokratie abgebaut werden kann. Wir werden jeden Vorschlag prüfen und gegebenenfalls umsetzen. Vorschläge können unter <http://www.wenigerpflegebuerokratie.de> gemacht werden.

Bürokratieabbau wird seit Jahrzehnten gefordert und immer wieder entsprechende Maßnahmen verkündet. Meistens sah es aber so aus, dass man z.B. 100 Vorschriften tatsächlich veränderte bzw. aufhob, und dafür 150 neue Regelungen einführte. Trotz jahrelanger Ankündigungen von Entbürokratisierungsmaßnahmen hat es eine **Anhäufung von weiteren schriftlichen Vorgaben** gegeben.

Gleichwohl sollte in geeigneter Weise geprüft werden, ob es denn in den Pflegesystemen handfeste Möglichkeiten gibt, Bürokratieabbau wirkungsvoll durchzuführen. Um insoweit gezielter vorzugehen, wurde am 27.06.2011 die Stelle einer **Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege** beim Bundesministerium für Gesundheit geschaffen und Frau Elisabeth Beikirch mit dieser Aufgabe betraut.

Die **Möglichkeiten**, Vereinfachungen im Sinne der Aufgabenstellung der Ombudsfrau vorzunehmen, müssen als sehr **begrenzt** angesehen werden. Viele rechtsstaatliche Strukturen sind mehr als kompliziert und erfordern aus vielerlei Gründen einen umfänglichen Verwaltungsaufwand (siehe dazu die Ausführungen zum „Pflege-TÜV“). Haftungs- und leistungsrechtliche Anforderungen spielen z.B. eine große Rolle. Wenn an Einschränkungen des Dokumentationsaufwandes in der Pflege gedacht werden sollte, muss auch Berücksichtigung finden, dass das Berufsrecht und professionelles Arbeiten in der Pflege umfängliche **Planungs- und Berichtsnotwendigkeiten** auslöst – daher als **Berufspflichten** anzusehen sind. Diese Pflichten aufzulösen, wird kaum möglich sein.

Nach all dem sollte man sich von einer Bürokratieabbauoffensive nicht viel erwarten. Schon gar nicht werden solche Aktivitäten dazu beitragen können, den Pflegenotstand abzubauen. Wir sollten ehrlich sein und bei der Dotierung von Pflegepersonalstellen einen hohen Anteil an Schreiarbeit mit zum Tätigkeitsprofil hinzu addieren (jetzt und für die Zukunft).

Rechtszersplitterung im Pflege- und Heimrecht

Dieses Thema wird in den Eckpunkten überhaupt nicht angesprochen. Die mit der seinerzeitigen **Förderalismusreform** ermöglichten **Rechtszersplitterung – Bundes-, Landes- und Kommunalrecht** - hat mittlerweile einen nicht unwesentlichen Anteil an der Unübersichtlichkeit und der Kompliziertheit der verschiedenen Pflegesysteme.

Zu den maßgeblichen Vorschriften gehören nämlich nicht nur die Artikel 1 und 2 Grundgesetz, die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB I, V, IX, XI und XII), sondern auch die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB - v.a. allgemeine Grundsätze, Vertrags- Haftungsrecht), das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG), das Infektionsschutzrecht, die (16) Länder-Heim- und Pflegegesetze mit den dazu gehörigen Ausführungsvorschriften, die Vorschriften der allgemeinen Gefahrenabwehr, wie z.B. zum Brandschutz, das kommunale Planungsrecht (z.B. zur Errichtung von Heimen) sowie das Patienten-, Arzt- und Betreuungsrecht. Für die MitarbeiterInnen in den Einrichtungen kommen allgemeine arbeitsrechtliche bzw. arbeitsschutzrechtliche und spezielle berufsrechtliche Regelungen hinzu. Umfangreiche Regelwerke, wie Standards, Handlungsanleitungen usw., bestimmen letztlich darüber, was sorgfältiges Arbeiten in der Pflege – und damit gute Pflege – bedeutet. Die Ausführung der vielfältigen Vorschriften obliegt verschiedenen Behörden (z.B. Bundes- und Landesgesundheitsministerien, Krankenkassen, Pflegekassen, MDK, Heimaufsichten, Arbeitsschutz- und Brandschutzbehörden), deren Zusammenwirken nicht nur von Harmonie geprägt zu sein scheint. In Streitfällen sind dann noch unterschiedliche Rechtswege (z.B. Arbeits-, Sozial- oder Zivilgerichtsbarkeit) mit voneinander abweichenden formalen Anforderungen zu beachten.

Es handelt sich insgesamt um ein komplexes Neben- und Durcheinander von Bundes- und Landesrecht, das für viele Beteiligte im System kaum noch durchschaubar ist. Dies ist ein Musterbeispiel dafür, wie eine bundesstaatliche Ordnung nicht ausgestaltet sein sollte (ähnlich dem Bildungswesen).

Nähere Hinweise sind in der **Anlage 2** ausgeführt.

Welche Folgen das Neben- und Durcheinander von Bundes- und Landesrecht haben kann, zeigen die Probleme mit dem **Brandschutz in den Pflegeeinrichtungen (Heimen)**. Mit diesem Thema befasst sich Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk seit geraumer Zeit und hat aus aktuellem Anlass am 04.07.2011 zu dem Komplex eine Pressemitteilung herausgegeben – **Anlage 16**.

Ausbau der häuslichen Pflege nach stationärer Behandlung und Pflegebedürftigkeit

Dieses Thema wird in den Eckpunkten ebenfalls nicht angesprochen, so dass auf die bereits am 10.11.2009 formulierten Hinweise hingewiesen und um Umsetzung gebeten wird (vgl. **Anlage 2**).

Der § 37 SGB V regelt die **Häusliche Krankenpflege** und sorgt „in Grenzen“ dafür, dass bestimmte behandlungspflegerische Leistungen und sonstige Hilfen unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt werden können. Darüber hinaus können die Krankenkassen per Satzung weitergehende Leistungen ermöglichen.

Die **Regelungen in § 37 SGB V müssen als unzureichend empfunden werden**, weil bei grundpflegerischen Bedürfnissen und sonstigen länger andauernden Hilfenotwendigkeiten keinerlei Unterstützungsleistungen gewährt werden können. Zahlreiche Versicherte fallen so nach einem Krankenhausaufenthalt und dem möglicherweise noch nicht eingetretenen Fall einer Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) in ein „Versorgungsloch“. Damit ergeben sich nach den immer kürzer werdenden Krankenhauspflegezeiten (= „blutige

Entlassungen“) zunehmend leistungsrechtliche Probleme, die dringend einer Lösung bedürfen. Offensichtlich sind die Krankenkassen nicht bereit, per Satzungsregelung Angebote zu schaffen. Daher ist eine gesetzgeberische Initiative zur Problemlösung geboten.

+++

Die Zusammenstellung dieser Stellungnahme erfolgte auf der Grundlage jahrzehntelanger Erfahrungen bei der ehrenamtlichen Unterstützung von Patienten bzw. hilfe- und pflegebedürftigen Menschen einschließlich deren Angehörigen. Es wurden auch die Einschätzungen und Forderungen berücksichtigt, die sich in den letzten Jahren in den **Neusser Pflegetreffs** einschließlich der Aktivitäten im Zusammenhang mit dem von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** in Gang gebrachten „**Aktionsbündnisses menschenwürdige Pflege jetzt**“ ergeben haben. An den Neusser Pflegetreffs haben immer wieder hochkarätige Referenten teilgenommen, u.a. auch Mitglieder des Deutschen Bundestages, so dass von einem kompetenten Erfahrungs- und Wissensaustausch ausgegangen werden kann.

Die Stellungnahme von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**
ist unter Angabe der Quelle zur Veröffentlichung frei!

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von **Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk**

Anlage 1:

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP - 17. Legislaturperiode – Entwurf – 24.10.2009 - WACHSTUM – BILDUNG – ZUSAMMENHALT

Abschnitt: 9.2 Pflege.- Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden. Um dies zu ermöglichen, benötigen die Pflegenden Zeit für die Pflegeleistungen sowie für persönliche Ansprache und Zuwendung. Pflegenden Angehörigen und Menschen in Pflegeberufen pflegen täglich mit großem beruflichem und persönlichem Engagement. Wir werden die Rahmenbedingungen für Pflegenden und Leistungsanbieter konsequent überprüfen und entbürokratisieren, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird.

Um den Familien die Chance zu geben, Erwerbstätigkeit und die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen besser in Einklang zu bringen, wollen wir mit der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst bei Pflege- und Arbeitszeit verbesserte Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickeln.

Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.

Wir werden dafür sorgen, dass ausländische Hilfskräfte ebenso wie pflegende Angehörige oder deutsche Hilfskräfte auch notwendige pflegerische Alltagshilfen erbringen können. Die Pflege muss sich noch mehr an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren. Durch mehr Transparenz bei Leistungsangeboten, deren Preis und Qualität erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit, Leistungen und Leistungserbringer flexibler auszuwählen. Dabei sollen sie verstärkt zwischen Sachleistungen und Geldleistungen wählen können. Die Förderung des Aufbaus der Pflegestützpunkte läuft aus. Bei der Qualitätsprüfung muss die Ergebnisqualität Vorrang vor der Strukturqualität haben. Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit so neu zu klassifizieren, dass nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch anderweitiger Betreuungsbedarf (z. B. aufgrund von Demenz) berücksichtigt werden können. Wir werden die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und auch die Zusammenhänge mit anderen Leistungssystemen überprüfen. Spiegelbildlich zu der besseren Abbildung des Leistungsbedarfes müssen Wohn- und Betreuungsformen zur Verfügung stehen, die an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert sind, wie z. B. Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte. Unser Ziel ist eine ergebnisorientierte und an den Bedürfnissen der Menschen orientierte, selbstbestimmte Pflege.

Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. Die Pflegebedürftigen müssen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis erhalten. In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe wird dazu zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten.

Die Veränderung in der Finanzierung eröffnet Chancen, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und die Pflegebedürftigkeit – auch zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenz – neu zu definieren. Alle Bemühungen um eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung entbinden den Einzelnen aber nicht davon, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos und zur Gestaltung der Pflege wahrzunehmen.

Quelle: http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/koalitionsvertrag_pflege.php

Anlage 2:

Stellungnahme von Pro-Pflege Selbsthilfenetzwerk zum Koalitionsvertrag (Abschnitt 9.2.: Pflege- Weiterentwicklung der Pflegeversicherung) vom 10.11.2009.

Die von den Koalitionären getroffenen Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sind wohl zunächst nur interpretationsbedürftige Absichtserklärungen, zu denen **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** die nachfolgende Stellungnahme abgibt, in der Absicht mitzuwirken, eine dringend notwendige **Pflegereform an „Haupt und Gliedern“** schnellstmöglich voran zu bringen.

Die Stellungnahme von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** ist den jeweiligen fett / kursiv gesetzten Aussagen der Koalitionsvereinbarungen – Abschnitt: 9.2 – hinzugefügt.

--- Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden. Um dies zu ermöglichen, benötigen die Pflegenden Zeit für die Pflegeleistungen sowie für persönliche Ansprache und Zuwendung. Pflegende Angehörige und Menschen in Pflegeberufen pflegen täglich mit großem beruflichem und persönlichem Engagement. Wir werden die Rahmenbedingungen für Pflegende und Leistungsanbieter konsequent überprüfen und entbürokratisieren, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird.

Das Gebot, eine **menschenwürdige Pflege** zu gewährleisten, ist verfassungsrechtlich garantiert (**Art. 1 und 2 GG**). Folgerichtig heißt es in § 2 SGB XI u.a.:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“

Die leistungsrechtlichen Ansprüche sind in § 28 ff. SGB XI näher beschrieben. Allerdings bleiben diese Aussagen zum Teil hinter dem zurück, was in der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ beschrieben ist. Daher erscheint es erforderlich, die Chartagrundsätze vollständig in die leistungsrechtlichen Beschreibungen einzufügen und damit auch als subjektiv-öffentliche Ansprüche auszugestalten. Dabei muss auch eine weitere Ausgestaltung der **Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte der pflegebedürftigen Menschen bzw. ihrer Angehörigen** erfolgen.

Es wird übrigens als wenig hilfreich angesehen, Broschüren mit der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ in zigtausendfacher Menge an Institutionen und Einzelpersonen zu verteilen, ohne dass die Grundsätze vor Ort in irgendeiner relevanten Art und Weise umgesetzt werden (müssen). Das sind Verteilungsaktionen, die der Verschwendung öffentlicher Gelder zugeordnet werden können.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk vertritt die Meinung, dass reformerische Maßnahmen einmal die professionell Pflegenden, aber auch die (ehrenamtlich) tätigen Angehörigen betreffen müssen. Die allseits gewünschte und erforderliche Zuwendung für pflegebedürftige Menschen kann nur dadurch gewährleistet werden, dass deutlich mehr Pflegefachpersonal und sonstige Betreuungskräfte zur Verfügung stehen. **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** schätzt, dass ein **Personalmehrbedarf von rd. 20%** vorliegt. Damit aber dieser Bedarf auf einer seriösen Basis ermittelt werden kann, werden bundesweit geltende **Personalbemessungssysteme** für dringend erforderlich erachtet. Die zur Zeit zur Anwendung kommenden regional geltenden Personalschlüssel und sonstigen Schätzparameter werden als unzureichend eingestuft mit der Folge, dass eine Anstellung von Personal mehr oder weniger nur den Finanzierungsmöglichkeiten folgt (= Beschäftigung von Pflegepersonal und sonstigen Betreuungskräften nach Kassenlage). Dieser Zustand muss endlich überwunden werden. Dann wäre auch genügend Zeit für angemessene gute Pflege und sonstige Zuwendung gegeben. Ohne ausreichend bemessene Personalausstattungen wird es keine Verbesserungen - und damit eine Abwendung von der sog. Minutenpflege - geben können.

In diesem Zusammenhang muss auch Berücksichtigung finden, dass eine **Verkürzung der Wehrdienstzeit** auf sechs Monate zu einer entsprechend verkürzten Zivildienstzeit

führen wird und damit den Pflegesystemen zahlreiche **Zivildienstleistende als nützliche Helfer verloren gehen**. Die insoweit entstehenden personellen Lücken müssen bei der notwendigen Personaldotierung angemessen Berücksichtigung finden. Der Personalmehrbedarf wird bei einer Verkürzung des Wehrdienstes deutlich über der o.a. Schätzmarke liegen.

Um es auf den Punkt zu bringen: **Wer alte und kranke Menschen mit so wenig Personal (Geld) allein lässt, der verachtet sie!**

Unabhängig von den Forderungen nach **mehr Personal** bedarf es einer umfassenden **Stärkung der Angehörigenarbeit**. Dies ist allein deshalb erforderlich, weil nur so dem Gebot „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden kann. Die Stärkung der Angehörigenrechte muss auch leistungsrechtliche Folgerungen nach sich ziehen. Es kann und darf nicht sein, dass die Übernahme der Pflege von Familienangehörigen lediglich mit einem Pflegegeld abgegolten wird, das hinten und vorne nicht reicht, eine angemessene finanzielle Absicherung der beteiligten Familienmitglieder zu gewährleisten. Heute ist es nicht selten so, dass die komplette Übernahme einer häuslichen Pflege mit dem nachfolgenden Schicksal der Arbeitslosigkeit und nicht ausreichender Absicherung für das eigene Alter verbunden ist.

Die seit Jahren gebetsmühlenartig vorgetragenen Erklärungen zur **Entbürokratisierung** sollten im Zusammenhang mit den jetzt anstehenden Reformmaßnahmen nicht überbewertet werden. Seit Jahrzehnten gibt es Entbürokratisierungsankündigungen. Im Ergebnis wurden aber immer wieder bürokratische Hürden zusätzlich geschaffen. Auch in der Pflege wurden angeblich qualitätssichernde Vorschriften in großer Zahl geschaffen. Geholfen hat es wenig, weil formale Anforderungen allein nichts bewirken. Entscheidend sind allein Veränderungen, die die Zuwendung am kranken und pflegebedürftigen Menschen gewährleisten. Insoweit kann nur eine angemessene Personalvermehrung helfen. Bürokratische Erfordernisse sind zum Teil auch den rechtsstaatlichen Grundsätzen geschuldet und müssen – ohne wirkliche Verringerungsmöglichkeiten – weitgehend hingenommen werden. Zu denken ist u.a. an die haftungsrechtlichen Regeln im Zusammenhang von Behandlungs- und Pflegeerfordernissen.

Wenn über die Verbesserung der gebotenen Zuwendung für pflegebedürftige Menschen nachgedacht bzw. entschieden wird, müssen ggf. auch ergänzende gesetzliche Vorschriften erwogen werden, die effektiver als bisher die **ärztliche Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen** gewährleisten. Es ist leider immer noch so, dass insoweit eine **Mangelsituation** gegeben ist.

Und noch einige allgemeine Hinweise:

„Pflegeprobleme ...

Die Ursachen sind vielfältig. Einige der strukturellen Versorgungsprobleme wurzeln unmittelbar im System der Pflegeversicherung. Beispiele hierfür sind die nach knappen Zeiteinheiten bemessene Minutenpflege, die mangelnde Berücksichtigung grundlegender psychosozialer Bedarfe insbesondere psychisch und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen bei der Begutachtung oder die unzureichende Personalausstattung. ...

Der Staat und die von ihm beauftragten Wohlfahrtsakteure stehen in einer Gewährleistungspflicht, das Menschenrecht auf gute Pflege nicht nur zu beachten, sondern es auch effektiv zu schützen und seine Durchsetzung strukturell zu ermöglichen.“

Auszug aus:

Elisabeth Fix, Stefan Kurzke-Maasmeier (Hg.) „Das Menschenrecht auf gute Pflege – Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen“, Lambertus Verlag, Freiburg 2009
--- Um den Familien die Chance zu geben, Erwerbstätigkeit und die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen besser in Einklang zu bringen, wollen wir mit der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst bei Pflege- und Arbeitszeit verbesserte Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickeln.

Die noch sehr allgemein gehaltene Absicht, **arbeits- bzw. tarifrechtliche Regelungen** zu schaffen, die die pflegerische Versorgung verbessern helfen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wird es für sinnvoll erachtet, die Stärkung der Angehörigenposition in

einer Gesamtschau zu sehen, so dass auch eine Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ für alle Beteiligten befriedigend möglich wird.

--- Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.

Die **Qualifizierung von Pflegefachkräften** zu verbessern, kann nie verkehrt sein. Allerdings haben die zurückliegenden sog. Modernisierungsvorhaben für die Pflegeberufe im Kern wenig Verbesserungen gebracht. So hat z.B. die letzte Reform für die Krankenpflegeausbildung eine Ausweitung der theoretischen Ausbildung zu Lasten der Praxis erfahren. Inwieweit das zu einer Qualitätsverbesserung geführt hat, ist nicht ohne Weiteres erkennbar. Und so könnte man verschiedene Veränderungen auf ihre Nützlichkeit hin untersuchen. Wenn nun erneut an den verschiedenen Berufsgesetzen herumgebastelt werden soll, ist auch insoweit keine Notwendigkeit zu erkennen.

Es wird angeraten, zunächst einmal die leistungsrechtlichen Aussagen des SGB XI entscheidend zu verändern. Erst danach sollte man sich in aller Ruhe einer eventuellen Reform der Pflegeausbildung zuwenden.

--- Wir werden dafür sorgen, dass ausländische Hilfskräfte ebenso wie pflegende Angehörige oder deutsche Hilfskräfte auch notwendige pflegerische Alltagshilfen erbringen können.

Diese auf den ersten Blick erfreulich erscheinende Aussage verniedlicht – absichtlich oder unbewusst – vielfältige Fragestellungen.

So muss zunächst einmal grundsätzlich angemahnt werden, dass die pflegebedürftigen Menschen, zunehmend dementiell erkrankte Menschen, eine **qualitativ hochwertige Pflege von Fachkräften** benötigen. Insoweit gibt es bereits eine **Quote**, die zur Zeit durchweg bei **50%** liegt. Eine Unterschreitung dieser Quote kann unter keinen Umständen hingenommen werden.

Über die eigentliche Pflege (= Grund- und Behandlungspflege) hinaus gehende Betreuungsaufgaben können durchaus sonstigem Assistenzpersonal übertragen werden; vorausgesetzt, dieses Personal ist für die jeweiligen Verrichtungen angemessen qualifiziert. Den Einsatz von nicht oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal in der Pflege und in der Betreuung lehnen wir ausdrücklich ab.

Ebenso sprechen wir uns gegen Billiglöhne für ausländisches Pflege- und Betreuungspersonal aus. Auch wenn die hier gezahlten niedrigen Vergütungen im Heimatland (noch) als fürstliche Abgeltung angesehen werden können, auch für entsandte Pflegekräfte sollten die Lohn- und Tarifbedingungen der Bundesrepublik gelten. Eine Konkurrenz um das billigste Angebot sollte aus berufspolitischen und ordnungsrechtlichen Gründen für die Pflege nicht hingenommen werden.

--- Die Pflege muss sich noch mehr an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren. Durch mehr Transparenz bei Leistungsangeboten, deren Preis und Qualität erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit, Leistungen und Leistungserbringer flexibler auszuwählen. Dabei sollen sie verstärkt zwischen Sachleistungen und Geldleistungen wählen können.

Diesen Aussagen ist in dieser allgemeinen Form eigentlich nichts entgegen zu setzen. Allerdings muss an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht werden, dass die bisher geschaffenen **Transparenzvorgaben** und **Bewertungsrichtlinien für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen** als unzureichend angesehen werden müssen. Zum **sog. Pflege-TÜV (Schulnotenverfahren)** hat es fast ausnahmslos nur Kritik gegeben. In einem Brief von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* vom 23.02.2009 an den GKV – Spitzenverband Bund wurde zu diesem Thema u.a. ausgeführt:

Es ist grundsätzlich gut und richtig, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröf-

fentlichen. Damit soll die Qualität der ambulanten und stationären Pflege ab 2009 transparent gemacht werden.

Die vorgelegten Vereinbarungen mit den verschiedenen Bewertungskriterien erscheinen aber nur unvollkommen geeignet, dem gesetzgeberischen Auftrag gerecht zu werden. Es ist daher nach Meinung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* eine Überarbeitung der Vereinbarungen und eine veränderte Gewichtung verschiedener Bewertungskriterien dringend geboten.

Dabei ist eine weitere Beteiligung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* entsprechend den Vorgaben in § 115 Abs. 1a SGB XI zwingend. Dort ist ausdrücklich eine Beteiligung der einschlägigen Institutionen der (Pflege)Selbsthilfe angesprochen. Bisher hat es eine solche Beteiligung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nicht gegeben. Daher war auch eine Einwirkung auf die Gestaltung der Bewertungskriterien nicht möglich.

Dies ist umso bedauerlicher, als offensichtlich eine rege Beteiligung derjenigen Organisationen erfolgt ist, die die zu bewertenden Pflegeeinrichtungen (als Lobby) vertreten. Diese Organisationen haben ihre Beteiligung anscheinend dazu genutzt, eine Handhabung von Bewertungskriterien zu beeinflussen, die letztlich hilfreiche Aussagen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen kaum zulässt oder verwässert. Dieser allzu große Einfluss der Träger-Interessenverbände hat denn auch dazu geführt, dass die Einrichtungsseite mit den vorgelegten Bewertungskriterien weitgehend zufrieden ist. Hat man hier nicht „den Bock zum Gärtner gemacht“?

Der angesprochene Verband hat es nicht einmal für nötig erachtet, auf diese Zuschrift zu antworten. Das in der Angelegenheit angeschriebene Bundesgesundheitsministerium hat sich ebenfalls nicht gemeldet.

--- Die Förderung des Aufbaus der Pflegestützpunkte läuft aus. Bei der Qualitätsprüfung muss die Ergebnisqualität Vorrang vor der Strukturqualität haben.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat die Einführung der **Pflegestützpunkte** von Anfang an nicht für notwendig und sinnvoll erachtet, hat sich klar dagegen ausgesprochen. Beratungsangebote gibt es ausreichend, zumal den Pflegekassen schon immer eine Beratungspflicht auferlegt war (SGB I) und diese Pflicht ab 1.1.2009 ausgeweitet worden ist. Das reicht. Daher können die Mittel, mit denen die Pflegestützpunkte finanziert werden sollen, für andere sinnvollere Zwecke Verwendung finden.

Gleichwohl sollte geprüft werden, wie eine unabhängige und wohnortnahe Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen mit den gegebenen Strukturen, auch im ehrenamtlichen Bereich, verbessert werden kann.

--- Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit so neu zu klassifizieren, dass nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch anderweitiger Behandlungsbedarf (z. B. aufgrund von Demenz) berücksichtigt werden können. Wir werden die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und auch die Zusammenhänge mit anderen Leistungssystemen überprüfen.

Die **Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes** war eigentlich schon für die vergangene Legislaturperiode vorgesehen. Die diesbezüglichen Reformüberlegungen sind – absichtlich? – nur schleppend voran gekommen, so dass jetzt insoweit umgehend gehandelt werden muss. Es wird darum gehen müssen, die dementiell erkrankten Menschen umfassend in den Kreis der leistungsberechtigten Menschen einzubeziehen. Die jetzt insoweit vorgesehenen Geldzuwendungen sind halbherzig und unzureichend.

Die bereits vorliegenden Vorschläge zur Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes können als durchaus hilfreich angesehen werden, so dass schnelle Entscheidungen möglich erscheinen.

Allerdings darf eine Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes **nicht unter Finanzierungsvorbehalt** gestellt werden. Der Vorschlag, eine Begriffsreform so zu gestalten, dass die Ausgabenseite im Ergebnis nicht belastet wird, ist abzulehnen. Jeder, der sich

einigermaßen auskennt und die Reformnotwendigkeiten vor Augen hat, weiß, dass es erheblich teurer wird.

--- Spiegelbildlich zu der besseren Abbildung des Leistungsbedarfes müssen Wohn- und Betreuungsformen zur Verfügung stehen, die an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert sind, wie z. B. Wohngemeinschaften für Demenzkranke. Unser Ziel ist eine ergebnisorientierte und an den Bedürfnissen der Menschen orientierte, selbstbestimmte Pflege.

Hilfreiche **Wohn- und Betreuungsformen** für pflegebedürftige Menschen müssen bei allen Erwägungen ausreichend Berücksichtigung finden. Das gebietet auch schon der **Grundsatz „ambulant vor stationär“**.

Es muss aber der vielfach geäußerten Vorstellung entgegen getreten werden, dass bei einer Neuausrichtung bei den Wohn- und Betreuungsformen stationäre Pflegeeinrichtungen herkömmlicher Art entbehrlich würden. Angesichts der Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, vor allem auch der schwerstpflegebedürftigen Menschen, wird man ohne Heime nicht auskommen. Im Zweifel werden sogar **mehr Heimpflegeplätze** als bisher benötigt. Die demografische Entwicklung und Auflösung der Familienverbände wird insoweit klare Notwendigkeiten aufzeigen.

--- Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. Die Pflegebedürftigen müssen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis erhalten. In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe wird dazu zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten.

Die Veränderung in der Finanzierung eröffnet Chancen, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und die Pflegebedürftigkeit – auch zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenz – neu zu definieren. Alle Bemühungen um eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung entbinden den Einzelnen aber nicht davon, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos und zur Gestaltung der Pflege wahrzunehmen.

Eine menschenwürdige Pflege, so, wie wir sie eigentlich wollen, ist mit den bisherigen Pflege-Rahmenbedingungen bereits jetzt nicht zu gewährleisten. Daher sind **deutliche leistungsrechtliche Veränderungen** geboten. Diese Veränderungen werden mit den bisherigen Beitragsregelungen für die Pflegeversicherung nicht annähernd finanzierbar sein. Es wird in verschiedenen Modellrechnungen von **Beitragsanhebungen** auf 4 (unter Umständen sogar auf 7) % gesprochen. Wenn dies aus übergeordneten – und der Globalisierung geschuldeten – Überlegungen nicht zu finanzieren sein wird, muss auch an **andere Finanzierungsmöglichkeiten** gedacht werden. Diese sollten zunächst ausgeschöpft werden, bevor an den Aufbau eines Kapitalstockes in der Pflegeversicherung als Pflichtmaßnahme für alle Versicherten gedacht wird. Ressourcen liegen beispielsweise in der Ausweitung der Finanzierung auf alle Einkommen, in der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen oder auch in dem stärkeren Heranziehen einzelner sozialer Gruppen, wie der **kinderlosen Versicherten**.

Auf jeden Fall muss den Menschen gesagt werden, welche Pflege zukünftig zu welchem Preis zu erhalten sein wird. Dann mag sich jeder auch entscheiden können, ob er sich mit diesen Angeboten begnügt oder zusätzlich **individuell vorsorgt**. So mag dann jeder auch darüber befinden, ob er zeitnahen Konsum oder Vorsorge will. Dieser Schritt in mehr **Eigenverantwortlichkeit** wird grundsätzlich als richtig angesehen.

Allerdings muss für diejenigen, die eine gewünschte bzw. erforderliche Vorsorge finanziell nicht erbringen können, eine **solidarische Hilfe** in der Form eines **subjektiv-öffentlichen Rechts** gewährleistet werden. Dies gebietet zwingend die **Menschwürdegarantie und das Sozialstaatsgebot**.

--- ...*(was u.a. fehlt)*

**Rechtszersplitterung im Pflege- und Heimrecht
Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen
Ausbau der häuslichen Pflege nach stationärer Behandlung und Pflegebedürftigkeit...**

--- **Rechtszersplitterung im Pflege- und Heimrecht:**

Die Koalitionsvereinbarung äußert sich nicht dazu, dass mit der vor Jahren durchgeführten **Föderalismusreform** die Zuständigkeit für die Heimgesetzgebung in die Länderzuständigkeit überführt worden ist.

Dies führt nunmehr zu einer **Rechtszersplitterung zu Lasten der HeimbewohnerInnen**, die eigentlich dringend beendet werden muss. Es war ein klarer politischer Fehlgriff zuzulassen, dass nunmehr 16 unterschiedliche Heimgesetze in Kraft bzw. in Vorbereitung sind. Die Länder haben nicht einmal die Kraft gefunden, die heimrechtlichen Vorschriften in Konferenzen miteinander abzustimmen.

Ein Übelstand ist und bleibt auch die Tatsache, dass die **Heimaufsichten** teilweise den Kommunen übertragen sind. Diese Kommunen sind zum Teil selbst Träger von Pflegeeinrichtungen, prüfen sich also selbst, oder die politischen Verstrickungen der Kommunalpolitiker mit Wohlfahrtsverbänden und anderen Trägerorganisationen sind so eng, dass an objektiven und wirksamen Überprüfungen ernstlich nicht geglaubt werden kann. Hinsichtlich dieser Missstände sind ebenfalls reformerische Maßnahmen geboten.

Man darf auch einmal darüber nachdenken, ob es in Zeiten finanzieller Engpässe überhaupt notwendig ist, neben Heimaufsichten auch noch die Überwachungskompetenz des Medizinischen Dienstes vorzuhalten. Bei objektiver Betrachtung genügt eine Prüfinstanz, so dass bei einer entsprechenden Reform dieses Bereiches jede Menge Personal eingespart werden könnte. Dieses Personal stünde dann, möglicherweise gut qualifiziert, direkt für die Verbesserung der Pflege in den entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung.

Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert zu prüfen, ob die derzeit geltenden Vorschriften, mit **unterschiedlichen Bundes- und Länderkompetenzen beim Heimvertragsrecht und den Landesheimgesetzen**, weiter nebeneinander bestehen bleiben sollen. Dazu hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* bereits am 23.04.2009 folgende Äußerung abgegeben und bittet um Beachtung durch die jetzt politisch Verantwortlichen:

Die 2006 von der Großen Koalition durchgeführte **Föderalismusreform** hatte u.a. zum Inhalt, die Zuständigkeit für das Heimrecht vom Bund auf die Länder zu übertragen. Diese Entscheidung stieß seinerzeit bei den meisten Altenhilfe-Experten auf **scharfe Kritik**. Künftig könne es zu pflegerischer Versorgung von Heimbewohnern nach Kassenlage der Länder, abgesenkten Fachkraftquoten, zum Unterlaufen bisheriger baulicher Mindeststandards und Qualitätseinbußen in einzelnen Ländern kommen, befürchteten sie. Auf jeden Fall werde es, so die Experten weiter, zu einer Rechtszersplitterung kommen, die die Qualität der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen nicht verbessern, sondern eher verschlechtern werde. Denn „Qualitätsnormen können sinnvollerweise nur bundeseinheitlich geregelt werden.“

Tatsache ist, dass die seinerzeit befürchtete **Rechtszersplitterung Realität** geworden ist. Denn mittlerweile sind die Länder dabei, eigene Länder-Heimgesetze zu erlassen, und zwar mit unterschiedlichen Inhalten. Wenn diese gesetzgeberischen Aktivitäten abgeschlossen sind, wird es in Deutschland allein 16 verschiedene Heimgesetze mit von einander abweichenden Ausführungsvorschriften geben. Daneben ist die weitere Zuständigkeit des Bundes für das SGB XI – Soziale Pflegeversicherung – und für das bürgerlich-rechtliche Vertragsrecht gegeben. Insoweit ergeben sich zwangsläufig Probleme, wie die jetzt von einigen Bundesländern angesprochenen Rechtskollisionen verdeutlichen.

Die von den Ländern geäußerten Bedenken weisen allerdings in die falsche Richtung. Es kann eigentlich nicht darum gehen, die Bundeskompetenz für das bürgerlich-rechtliche Vertragsrecht zurückzudrängen, sondern eher gibt es **Veranlassung, die Föderalismusreform wegen der gebotenen einheitlichen Gestaltung des Heim- und Pflegerechts für diese Rechtsbereiche rückgängig zu machen und die frühere einheitliche Bundeskompetenz wieder herzustellen.**

Die entscheidenden Rechtsfragen des Heim- und Pflegerechts sollten sinnvoll-erweise nur bundeseinheitlich geregelt werden. Dazu gehört, wie bereits 2006 eingefordert, das gesamte **Heimrecht**. Zu denken ist aber z.B. auch an die notwendigen **Regelungen zur Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit dem zur guten Pflegequalität erforderlichen Pflege(fach)personal**. Dazu bedarf es dringend **bundeseinheitlicher Personalbemessungssysteme**, die allein die auskömmliche Personalausstattung im Bereich der pflegerischen Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen gewährleisten können. **Ohne solche bundeseinheitliche Vorgaben werden die Pflegesysteme weiter auseinanderfallen und die Qualität in den Pflegeeinrichtungen - entgegen anderslautender Bekundungen - nicht verbessern: Dies zum Nachteil der pflegebedürftigen Menschen!**

--- Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen

Im Übrigen müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, für Pflegeeinrichtungen **Beschwerdemanagementsysteme** zu installieren, die wirksam **Pflegemissstände aufklären und beseitigen** helfen. Dazu erscheint u.a. eine Vorschrift im BGB erforderlich (= **Neufassung des § 612a BGB**), die es MitarbeiterInnen in der Pflege **nachteilsfrei** ermöglicht, **offensiver mit Anregungen und Beschwerden umzugehen**.

Dazu hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* 2008 wiederholt an den Deutschen Bundestag gewandt und auf notwendige Beschlussnotwendigkeiten aufmerksam gemacht, erfolglos. U.a. wurde dazu von hier ausgeführt:

Die seit Jahren beklagten Pflegemängel werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit neuen Transparenzvorgaben und Bewertungssystemen – „Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WBGV entscheidend vermindert werden können.

Daher müssen die **MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden**. **Beschwerden** über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen **„nachteilsfrei“ gestellt werden** (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Insoweit wird bereits im Deutschen Bundestag eine **Gesetzesinitiative** diskutiert, die u.a. die **Einfügung eines neu gefassten § 612a in das BGB** vorsieht:

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständige Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,

2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,

3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,

4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Quelle für das Zitat u.a.: Drucksache des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz – Nr. 16(10)849

Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu las-

sen. Es liegt auf der Hand, dass man den **Pflegekräften Schutz zu bieten** hat. Insoweit scheint der neugefasste **§ 612a BGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG) sehr hilfreich**. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene **Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln**.

Auch die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat den Deutschen Bundestag anlässlich seiner Hauptversammlung am 07.11.2009 aufgefordert, für mehr Informationsfreiheit einzutreten, damit endlich der Schutz von Fehlermeldern (Whistleblowers) für das Gesundheitswesen gesetzlich festgeschrieben wird. Dies sei auch Voraussetzung dafür, dass die Idee des Critical Incident Reporting Systems (CIRS), also der Mitteilung von Beinahe-Schadensfällen, nachhaltig Fuß fassen kann. In einer Pressemitteilung des Marburger Bundes vom 07.11.2009 heißt es dazu:

„Die Beschäftigten im Gesundheitswesen dürfen keine arbeitsrechtlichen Folgen befürchten müssen, wenn sie Gefahren und Rechtsverstöße in ihrem Arbeitsbereich melden. Eine Novellierung des § 612a BGB zum Informationsschutz für Beschäftigte mit der Aufnahme eines Anzeigerechtes ist erforderlich“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteverbandes.

--- Ausbau der häuslichen Pflege nach stationärer Behandlung und Pflegebedürftigkeit

Der § 37 SGB V regelt die **Häusliche Krankenpflege** und sorgt „in Grenzen“ dafür, dass bestimmte behandlungspflegerische Leistungen und sonstigen Hilfen unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt werden können. Darüber hinaus können die Krankenkassen per Satzung weitergehende Leistungen ermöglichen.

Die **Regelungen in § 37 SGB V müssen als unzureichend empfunden werden**, weil bei grundpflegerischen Bedürfnissen und sonstigen länger andauernden Hilfenotwendigkeiten keinerlei Unterstützungsleistungen gewährt werden können. Zahlreiche Versicherte fallen so nach einem Krankenhausaufenthalt und dem möglicherweise noch nicht eingetretenen Fall einer Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) in ein „Versorgungsloch“. Damit ergeben sich nach den immer kürzer werdenden Krankenhauspflegezeiten (= „blutige Entlassungen“) zunehmend leistungsrechtliche Probleme, die dringend einer Lösung bedürfen. Offensichtlich sind die Krankenkassen nicht bereit, per Satzungsregelung Angebote zu schaffen. Daher ist eine gesetzgeberische Initiative zur Problemlösung geboten.

Es wird diesseits für erforderlich erachtet, die vorstehenden Ausführungen in die weiteren Beratungen einzubeziehen und möglichst umzusetzen. Pro Pflege – Selbsthilfenetz steht für weitere Auskünfte und konstruktive Stellungnahmen gerne zur Verfügung.

Als Lobby für pflegebedürftige Menschen wollen wir nicht nur Unzulänglichkeiten und Fehlentwicklungen aufzeigen, sondern auch konstruktiv an Veränderungen mitwirken.

Es ist im Übrigen vorgesehen, im April 2010 (voraussichtlich am 27.04.2009) in einem größeren Pflgetreff in Neuss-Erfttal die gebotenen Reformmaßnahmen aufzugreifen und öffentlich zu diskutieren. Das Thema des Treffs:

„Welche Pflege wollen wir (uns leisten)?“

Wer sich dabei mit einbringen will, ist herzlich willkommen.

Werner Schell, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Spontane **Mit-Zeichnungen** der Stellungnahme u.a. von:

Wilfried Breer

Pflegender Angehöriger eines Wachkoma-Betroffenen und 1.Vorsitzender Verein zur Unterstützung von Wachkoma-Patienten, Hilden

Rosemarie Breuer

Mitglied von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk / Ernährungsmedizinische Beraterin DGE / Zertifizierte Diätassistentin für Geriatrische Ernährungstherapie VDD

Dr. med. Gundula Buchholz-Wimmer

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Mitglied von Pro Pflege –Selbsthilfenetzwerk (Mönchengladbach)

Brigitte Bührlen

Mitglied von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bzw. im Forum Pflege aktuell (München - E-Mail: forum@forum-pflege-aktuell.de) und begleitende Angehörige <http://www.forum-pflege-aktuell.de>

Peter Ludwig Eisenberg

Diplom-Sozialgerontologe, Heimfürsprecher

Dr. Yvonne Erdmann

Wiss. Autorin (u.a. „Der Pflegeführer - ambulant“ - <http://www.yeconsult.de>) und Privatdozentin, Berlin

Rolf Esch

Haan, Ehrenvorsitzender der Arbeiterwohlfahrt im Kreis Mettmann

D. Phil. Oxon Felix Küllchen,

Oxford, Großbritannien

Florian Küllchen, Physiotherapeut

Neuss

Irmgard Küllchen

Lehrerin a.D., Neuss

Norbert Küllchen

Lehrer a.D., Neuss

Leitungskräfte

aus Pflegeeinrichtungen meinten, die Stellungnahme stelle die Versorgungssituation exakt dar, so dass dringender Handlungsbedarf anzunehmen sei. Eine namentliche Erwähnung erschien aber aus verschiedenen Erwägungen (u.a. aus Marketinggründen) als problematisch (siehe auch „Pflegefachkräfte“).

Horst Lucht

Fulda (Hessen)

Pflege(fach)kräfte

haben sich zahlreich gemeldet und uneingeschränkte Zustimmung zur Stellungnahme bekundet. Immer wieder wurde auf die personellen Engpässe und Arbeitsverdichtungen hingewiesen. Es wurde fast ausnahmslos gebeten, mit Rücksicht auf bestehende Arbeitsverhältnisse von einer namentlichen Nennung abzusehen (siehe auch „Leitungskräfte“).

Heinz Pinschmidt

Pflegedienstleitung ambulante Pflege

Elsbeth Rütten

Krankenschwester, Mitglied im Verein "Ambulante Versorgungslücken" (E-Mail: avl@gmx.tm)

Christine Schmidt

Pflegesachverständige (<http://www.premioberlin.de>), Großbeerenstraße 15, 10963 Berlin

Klaus-Dieter Watschke

Rechtsanwalt und Privatdozent, Bahnhofstraße 10, 16928 Pritzwalk

Dr. med. Wolfgang Wimmer

Facharzt für Allgemeinmedizin (Mönchengladbach)

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/reform_der_pflegesysteme.php

Anlage 3:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 09.12.2010

Pflegenotstand wurde beim Pflege-Dialog nicht angemessen diskutiert

Pflege-Dialog - Auftaktrunde am 07.12.2010 beim Bundesgesundheitsministerium eher ein Flop

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk sieht in dem am 07.12.2010 im Bundesgesundheitsministerium begonnenen Pflege-Dialog keinerlei Ansatzpunkte, die wirklichen Probleme in den Pflegesystemen zu hinterfragen und einer Lösung zuzuführen. Tatsache ist nämlich, dass es bereits seit geraumer Zeit eine völlig unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen mit Pflegepersonal gibt. Während man sich bei den Heimen noch auf (unzureichende) Stellenschlüssel beziehen kann, gibt es für die Krankenhäuser keinerlei Personalberechnungsvorschriften, schlicht nur eine Stellenausstattung nach Kassenlage. Und diese ist nachweislich dramatisch schlecht. Entsprechende Folgen liegen für die Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegekräfte auf der Hand. U.a. gefährdet die mangelhafte Zuwendung Patienten und Pflegebedürftige, während die überlasteten Pflegekräfte nicht selten frühzeitig aus dem Beruf flüchten (müssen). Wer als Pflegekraft bleibt, steht unter immensem Arbeitsdruck und nimmt früher oder später gesundheitlichen Schaden.

Es wäre nach all dem vorrangig gewesen, darüber zu reden, wie man diesen seit Jahren beklagten Pflegenotstand aufhebt; z.B. durch Schaffung von bundesweit geltenden Personalbemessungssystemen, entsprechende Stellenausweitungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und Start einer Ausbildungs- und Einstellungsoffensive. Hinzu kommen müssen handfeste Bemühungen, die Pflegekräfte besser zu bezahlen. Nur so kann die vielfach angesprochene Wertschätzung und Anerkennung für die Pflege wirkungsvoll zum Ausdruck gebracht werden.

Wer die Pflegekräfte in diesem Sinne gut behandelt, muss sich weder heute noch in den nächsten Jahren über einen Mangel an Pflegefachkräften beklagen. Auch der Ruf nach entsprechenden Fachkräften aus dem Ausland ist dann entbehrlich. Eine ausgeweitete Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland wäre auch aus Gründen der mangelnden Sprachkenntnisse problematisch. Denn gerade in der Pflege, vor allem der Pflege Demenzkranker, kommt es auf eine gute Kommunikation an. Und die ist bei Dienstkräften, die aus dem Ausland kommen, schon jetzt nicht immer gewährleistet. Es gibt bereits vielfältige Klagen darüber, dass in den Gesundheitssystemen zu wenig verständlich deutsch gesprochen wird.

Die beim Pflege-Dialog angesprochene Reform der Berufsgesetze in der Pflege erscheint wenig geeignet, irgendein Pflegenotstandsproblem aufzulösen. Der Pflegenotstand und all das, was damit zusammenhängt, hat mit den Berufsgesetzen absolut nichts zu tun. Es gibt keine Mängel in der Pflegeausbildung, denen in irgendeiner Form eine Mitverursachung des Pflegenotstandes zugedacht werden könnte. Wer das behauptet, hat keine Ahnung vom Ausbildungsgeschehen oder ist absichtsvoll bemüht, von den eigentlichen Problemen abzulenken. Gleichwohl ist nichts dagegen einzuwenden, die Berufsgesetze durch geeignete Vorschriften zu ergänzenden Fortbildungen, Weiterbildungen und

Studienabschlüssen (z.B. Pflegewissenschaften) mit mehr Zukunftsperspektiven zu versehen.

Auch die Hinweise zum Abbau der Bürokratie in der Pflege, z.B. Reduzierung der Dokumentationsarbeiten, hilft nicht weiter. Regierungen verkünden seit Jahrzehnten, endlich mit dem Bürokratieabbau beginnen zu wollen. Die diesbezüglichen Bemühungen haben aber letztlich immer zu einer weiteren Auftürmung von Vorschriften und Schreiberfordernissen geführt. Professionelle Pflege erfordert im Übrigen Planung und schriftliche Dokumentation. Sie ist aus vielerlei Gründen, z.B. vertraglichen bzw. haftungsrechtlichen Erwägungen, sogar unverzichtbar. Daher müssen im Rahmen der Stellenbemessung solche Dokumentationserfordernisse ausreichend Berücksichtigung finden.

Wer die Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegekräfte auch nur ansatzweise ernst nimmt, muss jeder Kostensenkungsmentalität und vor allem Billiglöhnen in den Pflegesystemen eine Absage erteilen.

Die Pflegesysteme werden in der Zukunft erheblich mehr Finanzausstattung benötigen. Der Verweis auf die demografische Entwicklung mit einer drastischen Zunahme hilfe- und pflegebedürftiger Menschen dürfte als Begründung ausreichen. Zusätzliche Beitragslasten müssen allerdings nach Meinung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* solidarisch finanziert werden.

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht und Vorstand von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk*

Quelle: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/pflegedialog.php>

Anlage 4:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 06.09.2010

Schulnoten für Pflegeeinrichtungen - Umsetzung der Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien mangelhaft!

Nach einer Mitteilung des Verbandes der Ersatzkrankenkassen (vdek) vom 02.09.2010 wurden bis zum 16.08.2010 die Noten von 8.500 Pflegeeinrichtungen veröffentlicht (vgl. <http://www.pflegelotse.de>). Geprüft wurden bisher:

- **4.810 ambulante Dienste** mit der **Durchschnittsnote 2,1** und
- **6.022 Heime** mit der **Durchschnittsnote 1,9**.

Pflegequalitätssicherung und mehr Transparenz sind grundsätzlich richtig.

Daher sind regelmäßige **unangemeldete Kontrollen durch die Heimaufsichten** bzw. die **medizinisch-pflegerischen Überprüfungen durch den MDK** zu begrüßen. **Veröffentlichte Prüfergebnisse** in Verbindung mit **Pflegenoten** können bei der **Heimauswahl hilfreich** sein. Die praktizierte **Umsetzung** der geltenden **Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien** ist aber **nicht akzeptabel** und **mangelhaft!**

Diese Vorschriften sind im Übrigen allein zwischen Vertretern von **GKV-Spitzenverband Bund** und den **Verbänden der Betreiber von Pflegeeinrichtungen** ausgekurgelt worden. Die **Betroffenenseite**, die **pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörigen**, sind bei der Erarbeitung der Bewertungskriterien **nicht beteiligt** worden.

Es gab und gibt Streit vor den Sozialgerichten.

Zuletzt erklärte das **Sozialgericht Münster** mit **Urteil vom 20.08.2010** die **Pflegenoten** sogar für **rechtswidrig** und eine **Irreführung der Verbraucher**:

Die Beurteilungskriterien seien nicht geeignet, die von den Pflegeheimen erbrachten Leistungen und deren Qualität sachgerecht zu beurteilen. Eine wissenschaftliche Studie vom Juli 2010 habe ergeben, dass nur zwei der 64 Einzelnoten den vom Gesetzgeber geforderten Maßstab der Ergebnisqualität betreffen. Ganz überwiegend werde – so das Gericht – nur die Qualität der Dokumentation geprüft.

Der **Streit** ist damit **nicht beendet**. Da Sprungrevision zugelassen wurde, wird sich alsbald das **Bundessozialgericht** mit der Angelegenheit befassen (müssen).

Nach Mitteilung des vdek vom 02.09.2010 wurden bislang **240 Klagen vor den Sozialgerichten** erhoben (davon lediglich **9 vor den Landessozialgerichten** entschieden - Stand: 16.08.2010). 2% der Einrichtungen versuchten, die Veröffentlichung der Pflege-

noten zu verhindern. **In etwa 50% der Fälle waren die Klagen nicht erfolgreich (vor den Landessozialgerichten 7 von 9).**

Unabhängig von den gerichtlichen Auseinandersetzungen gab es auch von anderen Seiten **lebhaft Kritik**, so auch von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**.

Insgesamt **82 Bewertungskriterien** sind bei der Pflege-Schulnotenfindung **bedeutsam**:

Vorrangig entscheidend sind folgende **vier Bereiche (64 Kriterien)**:

1. **Pflege und medizinische Versorgung** ... 35 Kriterien
 2. **Umgang mit demenzkranken Bewohnern** ... 10 Kriterien
 3. **Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung** ... 10 Kriterien
 4. **Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene** ... 9 Kriterien
- Dazu kommt eine gesonderte **Befragung der Heimbewohner** mit **18 Kriterien**.

Die **Einzelbewertungen** bei den jeweiligen Bereichen führen zu einer **Durchschnitts-Gesamtnote**. Dabei können **Kriterien**, die im Wesentlichen auf die **Struktur- und Prozessqualität** abstellen, andere **Kriterien der Lebens- und Ergebnisqualität ausgleichen**.

Beispiel:

Ordentliche Dokumentationsarbeiten werden den **Feststellungen zum Ernährungszustand und der Wundversorgung** gegenübergestellt. Wenn die Dokumentation stimmt, können damit tatsächliche Versorgungsmängel verdeckt werden mit der Folge, dass noch eine erträgliche Note herauskommt.

So war es möglich, dass das **Caritas-Pflegeheim in Mönchengladbach-Giesenkirchen** am 04.06.2010 vom MDK geprüft wurde und die **Gesamtnote 1,4** erhielt. Die **Angehörigennote** lautete sogar **1,1**. Dies, obwohl es seit Monaten zahlreiche **Beschwerden über vielfältige Pflegemängel** und dann sogar **Ermittlungen von Polizei und Staatsanwalt** gab. Mittlerweile wurden zwei **Führungskräfte** des Caritasverbandes **entlassen** und die **Geschäftsführung** des Heimes zur Sanierung einer **Fremdfirma** übertragen.

Es wäre geboten gewesen, dass **Schulnotensystem und seine Umsetzung von Anfang an entscheidend auf die Lebens- und Ergebnisqualität abzustellen**. Damit wäre allein das maßgeblich geworden, was an **Pflege beim Bewohner ankommt** und nicht das, was auf dem „Papier“ steht. Das hätte auch den **gesetzlichen Vorgaben in § 112 ff. SGB XI** entsprochen!

Mittlerweile haben auch die **Krankenkassen** anerkannt, dass die **Notenvergabe schnellstmöglich geändert werden muss**.

Nach Mitteilung des vdek vom 02.09.2010 müssen bei der **Pflegenotenvergabe** die **Risikokriterien** deutlicher berücksichtigt werden. So z.B. die **Wundversorgung, Hilfe bei Essen und Trinken, Hilfen bei Inkontinenz und Schmerzbekämpfung. Nicht pflegeintensive Kriterien**, wie Güte der Dokumentation, darf nur eine **geringe Bedeutung** im Zusammenhang mit der Gesamtnote zukommen.

Im Übrigen wird **jedwede Notenvergabe immer problematisch** sein.

Denn in einem Gutachten der **Fachhochschule Münster** vom **21.04.2010** heißt es u.a.:

„Es gibt keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland“.

Bedauerlich ist aber auch, dass bei der Pflegenotenermittlung nicht einmal die **„Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“** Berücksichtigung findet.

Auch das Funktionieren des **Beschwerdemanagements** wird nicht wirklich durchleuchtet! **Denn Pflegekräfte und Angehörige müssen bei Benennung von Mängeln usw. mit Nachteilen und Repressalien rechnen.**

Selbst wenn die Schulnotenbewertung rechtens und nachvollziehbar wäre:

Bessere Pflege-Rahmenbedingungen kann man nicht mit Noten und vermehrtes Prüfen erzwingen.

Der **Druck auf das Personal wird nur verstärkt**, ohne dass damit wirkliche Verbesserungsmöglichkeiten gegeben sind. Der **Frust des Personals** wird wahrscheinlich **noch größer!**

Wichtiger als Schulnoten wäre daher eine wirkliche **Reform der Pflegesysteme an „Haupt und Gliedern“.**

Ein **erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff** und **deutliche Leistungsausweitungen**, die eine **zuwendungsorientierte Pflege** ermöglichen, sind dringend erforderlich. Zu einer Reform gehört zwingend, dass erheblich **mehr Pflegefachpersonal** in den Pflegeeinrichtungen zum Einsatz kommt. Menschen werden nur durch Menschen gepflegt und **Abschied von der sog. Minutenpflege geht nur über Personalverstärkungen.** Für die bundesweit einheitliche Personalberechnung in den Pflegeeinrichtungen, aber auch in den Krankenhäusern, bedarf es der **Schaffung von Personalbemessungssystemen.** Zur Zeit erfolgt der **Pflege-Personaleinsatz** mehr oder weniger **nach Kassenslage.** – Ein untragbarer Zustand!

Dringend geboten ist auch die **Stärkung der Rechte von pflegenden Angehörigen.** Nur so kann man dem Prinzip **„ambulant vor stationär“** gerecht werden.

Es erscheint auch erforderlich, die **Rechtszersplitterung im Pflege- und Heimrecht** rückgängig zu machen. Demnächst haben wir **16 unterschiedliche Heimgesetze** mit entsprechenden Ausführungsvorschriften. Andererseits ist der **Bund** zuständig für das **Pflegeversicherungs- und Vertragsrecht.**

Manfred Borutta, Pflegewissenschaftler, Amt für Altenarbeit im Kreis Aachen, schrieb in der Zeitschrift „Dr.med.Mabuse“, Juli/August 2009 u.a.:

Man bleibt orientierungslos, wenn man sich anhand von Noten ein Bild von der Qualität der Pflegeleistungen machen will. Pflege ist so nicht messbar.

Wir müssen in dieser Gesellschaft endlich diskutieren, was uns Pflege bedeutet.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

<http://www.wernerschell.de>

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/schulnoten_fuer_pflegeeinrichtungen.php

Anlage 5:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 03.06.2011

Pflegemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich, vertreten durch den Vorstand Werner Schell, vor allem 2010 in die Pflegemängelsituationen in Mönchengladbach eingebunden und über die gewonnenen Erkenntnisse und gebotenen Folgerungen in den Medien informiert (Printmedien und TV, z.B. Aktuelle Stunde des WDR). Dabei konnte verdeutlicht werden, dass mit staatsanwaltlichen / strafrechtlichen Mitteln keine Befriedung in den Heimen zu erreichen ist. Auch ein Pflege-TÜV (mit Schulnoten), der im Wesentlichen auf die Dokumentation abstellt, ist ein untaugliches Mittel zur Reduzierung von Mängeln.

Es war daher zu erwarten, dass die seinerzeit von der Mönchengladbacher Staatsanwaltschaft weit über 30 eingeleiteten Ermittlungsverfahren zu nichts führen werden. Am 02.06.2011 konnte daher die Rheinische Post unter Berufung auf Erklärungen der Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach darüber informieren, dass bislang in keinem einzigen Fall Anklage wegen Körperverletzung usw. erhoben werden konnte. Zahlreiche Ermittlungsverfahren wurden bereits eingestellt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat daher in einer erneuten Zuschrift vom 02.06.2011 an die Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach Veranlassung gesehen, u.a. folgende Hinweise zu geben:

„Die Mängel liegen im Kern in den völlig unzureichenden Pflege-Rahmenbedingungen begründet. Wir haben seit Jahren einen Pflegenotstand, der sich durch die demografische Entwicklung drastisch verschärfen wird. Daher gehören eigentlich nicht Pflegekräfte auf die Anklagebank, sondern die Politiker, die es bisher nicht zustande gebracht haben, für angemessene Pflegebedingungen zu sorgen und darüber hinaus Trägerverantwortliche, denen es in Einzelfällen offensichtlich an der Befähigung fehlt, die notwendigen personellen und organisatorischen Entscheidungen zu treffen. Daher habe ich auch wiederholt dafür plädiert, die Prüftätigkeit in den Pflegeeinrichtungen (Pflege-TÜV) in andere Bahnen zu lenken und vor allem allein auf die Lebens- und Ergebnisqualität abzustellen.“

In einer Erklärung vom 29.10.2010 wurde von Werner Schell, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, bereits ausgeführt:

„Es ist mir deutlich vor Augen geführt worden, dass die beklagten Pflegesituationen fast ausschließlich mit den unzulänglichen Pflegerahmenbedingungen zu tun haben. Unzureichende Personalausstattungen in den Pflegeeinrichtungen (und Krankenhäusern) führen zwangsläufig zu Leistungseinschränkungen, die dann in unterschiedlicher Ausprägung zu Zurücknahmen bei der Zuwendung und auch zu nicht immer ausreichend sorgfältigen Verrichtungen führen. Und diese Situation ist nicht auf eine Stadt, eine Region, beschränkt, sie ist, weil systemisch bedingt, wohl bundesweit gegeben. Dabei können sich natürlich Unterschiedlichkeiten in der Ausprägung ergeben. Dort, wo z.B. die Führungs-

kräfte ausreichend qualifiziert und hoch motiviert arbeiten, vielleicht auch eine große Zahl ehrenamtliche HelferInnen mobilisieren können, mag es besser funktionieren. Aber alles in allem können wirklich gute oder gar sehr gute Pflegesituationen eigentlich nirgendwo garantiert werden.

Da ´Mönchengladbach überall ist` (oder sein kann) sehe ich die dringende Notwendigkeit, auf die politisch Verantwortlichen einzuwirken, unser Pflegesystem grundlegend zu reformieren, vor allem an einigen entscheidenden Eckpunkten Veränderungen per Gesetz vorzugeben.“

Aufgrund der gemachten Erfahrungen wurde vom Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, Werner Schell, inzwischen ein Buch mit dem Titel "100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen" verfasst (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1). Es zeigt insbesondere für die Pflegekräfte auf, wie sie korrekt und ohne persönliche Nachteile mit ungunstigen Pflegesituationen umgehen sollten. Weil es um eine komplexe Materie geht, informiert das Buch über die Grundsätze des Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderechts.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bereitet im Übrigen als Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen eine Stellungnahme zur überfälligen Pflegereform vor. Denn nach Überzeugung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* liegt der Knackpunkt der wesentlichen Beanstandungen im Pflegebereich in der völlig unzureichenden Stellendotierung. Darauf macht die Interessenvertretung seit Jahren in aller Deutlichkeit aufmerksam.

Imagekampagnen für die Pflege sind nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* allein deshalb entbehrlich, weil Pflegekräfte in der Bevölkerung bereits hohes Ansehen genießen. Die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Arbeit muss endlich auch Niederschlag finden in einer deutlichen Verbesserung der Stellenschlüssel und sonstigen Arbeitsbedingungen.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Anlage 6:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 09.06.2011

Pflegenotstand - Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden

Aus aktuellem Anlass äußerte sich Werner Schell, Vorstand von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk, zum Thema wie folgt:

Einen Pflegenotstand haben wir seit Jahren. Wir müssen dabei unterscheiden zwischen Krankenhäusern und Heimen. In den Krankenhäusern wurden in den letzten 10 Jahren nachweislich über 50.000 Stellen abgebaut (trotz erhöhter Arbeitsbelastung). In den Heimen gibt es völlig unzureichende Stellenschlüssel, die in Personal umgerechnet, nicht einmal 70 % der gebotenen pflegerischen Verrichtungen abdecken. Es mangelt überall an Zuwendungsmöglichkeiten. Es muss folglich eine "Aufrüstung" geben, und zwar mit Blick auf den Ist-Zustand. Dazu erscheint die Schaffung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungssystems geboten, das aufzeigt, in welchem Umfang Pflegepersonalstellen geschaffen werden müssen. Dann wäre mit einer Ausbildungs- und Einstellungskampagne zu beginnen. Wahrscheinlich müssten die Kranken- und Pflegekassen überwiegend mit den Ausbildungskosten belastet werden. Eine Imagekampagne usw. für die Pflege ist nicht nötig, denn das Ansehen der Pflegekräfte ist gut. Nur die Rahmenbedingungen, unter denen gearbeitet werden muss, stimmen nicht.

Die demografische Entwicklung wird für die Zukunft noch mehr Pflegekräfte erfordern. In diesem Zusammenhang wird nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Erhöhung der Vergütungen nicht vermeidbar sein. Solche Erhöhungen sind auch dem Wert der Pflege entsprechend längst überfällig. Das Herumbasteln an den Berufsgesetzen halte ich für überflüssig. Pflegewissenschaft ist zwar wichtig, aber die praktische Arbeit muss dominant sein. Das Anwerben von Fachkräften aus Osteuropa ist der falsche Weg. Wahrscheinlich haben auch einige Leute im Kopf, mit ausländischen Kräften die Billigpflege zu stabilisieren. In Osteuropa fehlen jetzt schon Pflegekräfte. Unter solchen Umständen in diesen Ländern Pflegepersonal anzuwerben, ist mehr als problematisch, auch inhuman diesen Gesellschaften gegenüber.

Pflegekräfte müssen pfleglich behandelt werden. Dann bleiben sie im Beruf und springen nicht nach wenigen Jahren kaputt, krank usw. ab.

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/pflegenotstand_pflegekraefte_muessen_pfleglich_behandelt_werden.php

Anlage 7:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 04.04.2010

Informationsschutz für ArbeitnehmerInnen durch Neufassung des § 612a BGB kann nachteilfreies Beschwerdemanagement in den Pflegesystemen gewährleisten

Es gibt seit Jahren vielseitige Bemühungen, die Qualität in den Pflegesystemen zu verbessern und die MitarbeiterInnen in entsprechenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu motivieren, im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden bezüglich festgestellter Mängel und Fehler im Betrieb, bei den zuständigen Behörden und auch in der Öffentlichkeit vorzutragen. Sie werden sogar von verschiedenen Seiten dazu ausdrücklich ermuntert, zu mehr Courage aufgefordert. Es wird in diesem Zusammenhang sogar behauptet, Pflegekräfte, die sich nicht deutlich zu Wort melden, hätten Mitschuld an den systemischen Unzulänglichkeiten.

Es ist aber bei Kennern der Szene bekannt, dass MitarbeiterInnen, die sich selbstbewusst zu Mängel, Fehlentwicklungen usw. äußern, schnell Nachteile erfahren. Dabei sind (fristlose) Kündigungen keine Seltenheit. Die dann in Anspruch genommenen Gerichte haben überwiegend zum Nachteil der MitarbeiterInnen entschieden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist der Meinung, dass eine Neufassung des § 612a BGB eine gute Möglichkeit bieten würde, die MitarbeiterInnen in der Pflege zu ermuntern, sich zeitgerecht und ohne (wesentliche) Nachteile befürchten zu müssen, zur Qualitätsverbesserung mit geeigneten Hinweisen / Vorschlägen einzubringen. Der Text könnte wie folgt lauten:

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständige Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,
2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,
3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,
4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Eine solche Neufassung lässt sich wie folgt begründen:

Die seit Jahren beklagten Pflegemängel werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit den neuen Transparenzvereinbarungen und Bewertungssystemen – „Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WBVG entscheidend vermindert werden können.

Daher müssen die MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden. Beschwerden über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen „nachteilsfrei“ gestellt werden (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu lassen. Es liegt auf der Hand, dass man den Pflegekräften Schutz zu bieten hat. Insoweit scheint der neugefasste § 612aBGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG) sehr hilfreich. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln.

Auch die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat den Deutschen Bundestag anlässlich seiner Hauptversammlung am 07.11.2009 aufgefordert, für mehr Informationsfreiheit einzutreten, damit endlich der Schutz von Fehlermeldern (Whistleblowers) für das Gesundheitswesen gesetzlich festgeschrieben wird. Dies sei auch Voraussetzung dafür, dass die Idee des Critical Incident Reporting Systems (CIRS), also der Mitteilung von Beinahe-Schadensfällen, nachhaltig Fuß fassen kann. In einer Mitteilung des Marburger Bundes vom 07.11.2009 heißt es dazu:

„Die Beschäftigten im Gesundheitswesen dürfen keine arbeitsrechtlichen Folgen befürchten müssen, wenn sie Gefahren und Rechtsverstöße in ihrem Arbeitsbereich melden. Eine Novellierung des § 612a BGB zum Informationsschutz für Beschäftigte mit der Aufnahme eines Anzeigerechtes ist erforderlich.“

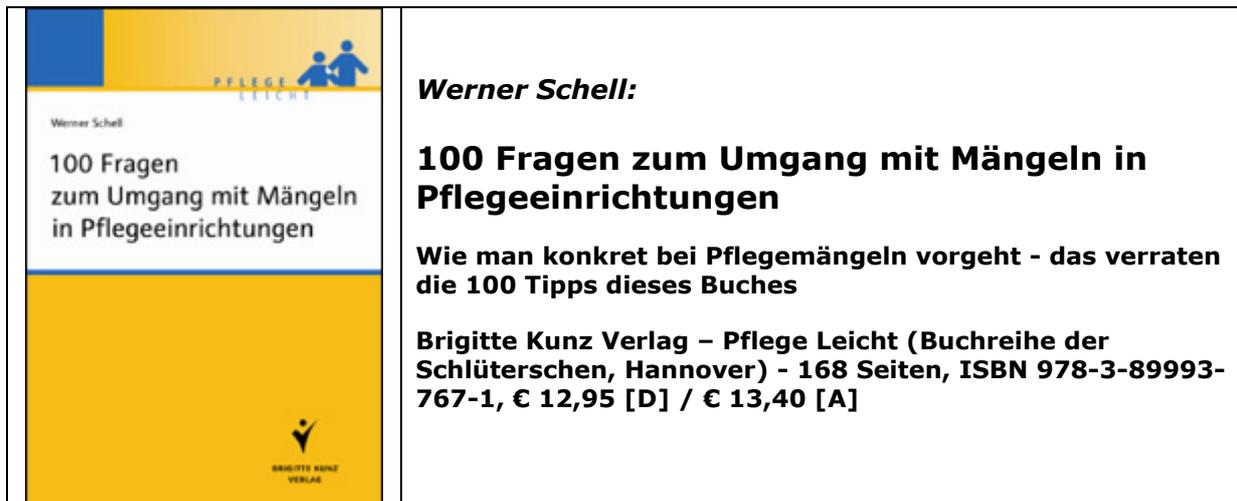
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist am 04.04.2010 an die Bundesregierung herantreten mit dem Antrag, mit Blick auf die vorgeschlagene Neuregelung des § 612a BGB eine Gesetzesinitiative zu beschließen und auf den parlamentarischen Weg zu geben.

Werner Schell, Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Anlage 8:

Was sollten Pflegekräfte tun, wenn sie merken, dass die Pflege nicht mehr optimal gewährleistet werden kann?

Pflegekräfte müssen wissen, was sie tun sollen, wenn sie nicht so arbeiten können, wie es dem Stand der pflegewissenschaftlichen Standards entspricht. - Sie bei jedem Vorgehen beachten, dass sie fast ausnahmslos gegen Strukturen ankämpfen, die sie selbst nicht beeinflussen können. Umso wichtiger ist es, dass sie einige Regeln beachten. Welche das sind, wie man konkret bei Pflegemängeln vorgeht - das verraten die 100 Tipps des Buches „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“.



Pflegenotstand und Pflegemängel – die Furcht vor dem Pflegeheim Eine aktuelle Buchveröffentlichung des Neussers Werner Schell gibt Hilfestellung zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen.

Seit Jahren wird über die demografische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme von Krankheiten (z.B. Demenz) und Pflegebedürftigkeit berichtet. Offensichtlich haben viele (älter werdende) Menschen Angst, in Abhängigkeit zu geraten und letztlich in einem Pflegeheim versorgt zu werden.

Werner Schell, Vorstand von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk, befasst sich in ehrenamtlichem Engagement seit geraumer Zeit mit solchen Fragestellungen, informiert zum Thema und ist lebhaft bemüht, auf die politisch Verantwortlichen einzuwirken, damit die allseits geforderte gute Pflege Zuhause und in den Heimen gesichert werden kann. Im Rhein-Kreis Neuss ist Schell u.a. in der Gesundheitskonferenz und im Arbeitskreis Demenz aktiv. Mittlerweile sind die von Schell geplanten und geleiteten Pflegetreffs in Neuss-Erfttal bundesweit bekannt. Zahlreiche hochkarätige Referenten, u.a. auch Bundestagsabgeordnete, konnten für die pflegekritischen Veranstaltungen gewonnen werden. Bei den nächsten Treffs werden der Patientenbeauftragte der Bundesregierung und die Gesundheits- und Pflegeministerin des Landes NRW erwartet.

Nach Schell`s Meinung liegen die vielfach beschriebenen Pflegemängel im Kern in den völlig unzureichenden Pflege-Rahmenbedingungen begründet. Es gebe, so Schell, seit Jahren einen Pflegenotstand, der sich durch die demografische Entwicklung drastisch verschärfen wird. Daher gehören nicht Pflegekräfte auf die Anklagebank, sondern die Politiker, die es bisher nicht zustande gebracht haben, für angemessene Pflegebedingungen zu sorgen und darüber hinaus Trägerverantwortliche, denen es in Einzelfällen offensichtlich an der Befähigung fehlt, die notwendigen personellen und organisatorischen Entscheidungen zu treffen. Daher hat Werner Schell, als Dozent für Pflegerecht Kenner der Szene, u.a. wiederholt dafür plädiert, die Prüftätigkeit in den Pflegeeinrichtungen (Pflege-TÜV) in andere Bahnen zu lenken und vor allem allein auf die Lebens- und Ergebnisqualität abzustellen. Statt einer Ausweitung der Kontrollaktivitäten gehören nach Schell`s Meinung mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten!

Werner Schell sieht die dringende Notwendigkeit, auf die politisch Verantwortlichen einzuwirken, das bundesdeutsche Pflegesystem grundlegend zu reformieren, vor allem an einigen entscheidenden Eckpunkten Veränderungen per Gesetz vorzugeben.

Aufgrund der gemachten Erfahrungen hat Werner Schell inzwischen ein Buch mit dem Titel "100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen" verfasst (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1). Es zeigt insbesondere für Pflegekräfte und Angehörige auf, wie sie juristisch korrekt und ohne persönliche Nachteile erfahren zu müssen, mit mangelbehafteten Pflegesituationen umgehen sollten. Weil es um eine komplexe Materie geht, informiert das Buch über die Grundsätze des Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderechts. Werner Schell: "[Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk](#) bereitet im Übrigen als Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen eine Stellungnahme zur überfälligen Pflegereform vor." Denn der Knackpunkt der wesentlichen Beanstandungen im Pflegebereich liegt in der völlig unzureichenden Stellendotierung.

Darauf macht die Interessenvertretung seit Jahren in aller Deutlichkeit aufmerksam. Imagekampagnen für die Pflege sind nach Auffassung von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk allein deshalb entbehrlich, weil Pflegekräfte in der Bevölkerung bereits hohes Ansehen genießen. Die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Arbeit muss endlich auch Niederschlag finden in einer deutlichen Verbesserung der Stellenschlüssel und sonstigen Arbeitsbedingungen, einschließlich höherer Vergütungen.

Quelle: Mönchengladbacher Zeitung vom 19.06.2011 – Redakteur Harald Wendler

<http://www.mg-heute.de/2011/06/19/pflegenotstand-und-pflegemangel-%e2%80%93-die-furcht-vor-dem-pflegeheim/>

Anlage 9:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 30.11.2010

Demenz ist die zentrale pflegepolitische Herausforderung – Pflege- notstand muss das Top-Thema werden

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk macht seit Jahren darauf aufmerksam, dass im Rahmen einer Pflegereform, die diesen Namen verdient, eine Einbeziehung der Demenzkranken in den Kreis der pflegebedürftigen Menschen nach § 14 SGB XI dringend geboten ist. Im Übrigen sind leistungsrechtliche Verbesserungen, vor allem für die ambulante pflegerische Versorgung, angezeigt. Für die stationären Pflegeeinrichtungen (aber auch für die Krankenhäuser) sind Personalbemessungssysteme geboten, so dass der reale Bedarf an Pflegekräften auch aussagekräftig belegt werden kann.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk sieht die Notwendigkeit, das Stellensoll für Pflegekräfte deutlich anzuheben, so dass die vielfach beklagte „Minutenpflege“ minimiert bzw. überwunden werden kann. Dass solche pflegepolitischen Verbesserungen die Pflegekosten erhöhen werden, liegt auf der Hand. Gute und angemessene Pflege hat ihren Preis. Und darüber muss sich die Gesellschaft klar werden.

Der am 30.11.2010 vorgestellte *BARMER GEK Pflegereport 2010* macht die Problematik aus dem Blickwinkel der Demenz besonders deutlich. In einer Krankenkassenmitteilung wird die Entwicklung der Pflegenotwendigkeiten im Zusammenhang mit der Demenz näher beschrieben:

Danach muss fast jede zweite Frau und jeder dritte Mann damit rechnen, dement zu werden. Bei der Vorstellung des *Reports* wurde herausgestellt, dass wir mit der Entwicklung dementieller Erkrankungen in eine neue Pflegedimension vorstoßen, die zwingend einer tragfähigen Lösung für die Pflege von morgen erfordert. Der *Pflegereport* liefert mit einer umfassenden Bestandsaufnahme der Pflegeversorgung in Deutschland eine gute Grundlage für die weitere Debatte.

Gegenwärtig geht das *Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS)* von 1,2 Millionen Demenzkranken aus. Für das Jahr 2030 prognostizieren die Wissenschaftler einen deutlichen Anstieg auf 1,8 Millionen und für 2060 auf 2,5 Millionen. Der Anteil der Demenzkranken an der Gesamtbevölkerung erhöht sich damit innerhalb von 50 Jahren um das Zweieinhalbfache von heute 1,5 auf dann 3,8 Prozent.

Mit der Demenz sind intensivere Pflegeverläufe verbunden, professionell erbrachte Pflegeleistungen werden viel stärker in Anspruch genommen. Demente Versicherte im Alter ab 60 Jahren haben bei Pflegebedürftigkeit zu rund 20 Prozent die Pflegestufe 3. Unter allen Pflegebedürftigen ab 60 Jahren liegt der Anteil lediglich bei zwölf Prozent. Abhängig vom Alter werden zwischen 40 und 70 Prozent der pflegebedürftigen Dementen in Pflegeheimen versorgt. Unter allen Pflegebedürftigen sind es hingegen nur 28 Prozent. Der höhere medizinische und pflegerische Betreuungsaufwand verursacht erheblich höhere Kosten. So liegen die monatlichen Aufwendungen der Sozialversicherungen für einen

Demenzkranken durchschnittlich um rund 800 Euro höher als bei einer gleichaltrigen nicht dementen Person.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk begrüßt daher sehr, dass im Zusammenhang mit der Vorstellung des Pflegereports an die Koalition appelliert wird, die Neuausrichtung der Pflege zu forcieren. Bevor die Politik alternative Versicherungs- und Finanzierungsformen ins Spiel bringe, so die Krankenkasse, solle sie sich zuerst über den künftigen Leistungsinhalt und -umfang der Pflegeversicherung verständigen. Vorrangig müsse die Leistungsfrage beantwortet werden. Erst dann könne entschieden werden, ob wir überhaupt eine neue Finanzierungssäule in der Pflegeversicherung brauchen oder ob nicht die klassische Beitragsfinanzierung eine angemessene Antwort auf die Finanzierungsherausforderung gibt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk unterstützt diese Forderungen, weil eine Reform zunächst inhaltliche bzw. strukturelle Veränderungen aufgreifen muss. Erst dann kann die Frage der Finanzierung nach Art und Höhe beantwortet werden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat bereits vor Monaten dazu aufgerufen, ein „*Aktionsbündnis menschenwürdige Pflege jetzt*“ zu gründen, um auf einer solchen Plattform alle wichtigen Reformthemen zu bündeln und in die politische Diskussion einzubringen. Mit einer Pressemitteilung vom 29.11.2010 hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* noch einmal dazu aufgerufen, in einer koordinierten und zusammengefassten Interessenvertretung für die Verbesserung der Pflege-Rahmenbedingungen einzutreten. Das Bundesgesundheitsministerium wurde aufgefordert, die Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen in die weiteren Diskussionen einzubinden.

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht und Vorstand von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk*

Anlage 10:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 01.04.2011

Pflegereform muss menschenwürdige Pflege gewährleisten, und zwar ohne Finanzierungsvorbehalt

Werner Schell, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, erklärt zu den aktuellen streitigen Diskussionen über mögliche Beitragssteigerungen in der Pflegeversicherung:

Offensichtlich gerät die anstehende Pflegereform immer mehr in den Sog der Erörterungen ökonomischer Erwägungen, statt vorrangig die dringend gebotenen inhaltlichen Verbesserungen in den Pflegesystemen zur Gewährleistung menschenwürdiger Pflegebedingungen und damit die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen.

Dass die Pflege in Deutschland teurer wird, steht für Kenner der Pflegeszene außer Frage. Denn eine Absage an die sog. Minutenpflege verlangt unter Berücksichtigung der demografischen Veränderungen nach ergänzenden personellen und sachlichen Regelungen im SGB XI.

Neben der Verbesserung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes gibt es dringende Reformnotwendigkeiten, über die bisher überhaupt noch nicht ausreichend gesprochen worden ist. Nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* muss es nämlich vorrangig darum gehen, den bereits bestehenden Pflegenotstand in den Pflegeeinrichtungen zu beheben. Dazu gehört zum Beispiel eine deutliche Anhebung der Stellenschlüssel und die Schaffung von Personalbemessungssystemen. Insoweit gibt es aber bislang keine brauchbaren Vorschläge. Darüber hinaus sind Aufstockungen notwendig, die die Pflegeversicherung in Deutschland zukunftsfest gestalten helfen. Die bisher bekannt gewordenen Botschaften der Pflege-Dialog-Gipfelgespräche haben dem nicht annähernd Rechnung getragen. Es wurden offensichtlich Themen erörtert, die von nachrangiger Bedeutung sind.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert daher die politisch Verantwortlichen auf, unter Einbezug der Interessenvertretungen der pflegebedürftigen Menschen über die notwendigen Inhalte einer in die Zukunft weisenden Pflegereform zu befinden und erst danach die Finanzierungsfragen anzugehen. Es kann und darf nicht der Fall eintreten, die gebotenen Korrekturnotwendigkeiten unter Finanzierungsvorbehalt zu stellen. Menschenwürdige Pflegebedingungen dürfen in einem reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland nicht an der Kostenfrage scheitern!

Mit Blick auf die Kostenerwägungen hat auch die ehemalige Hannoveraner Bischöfin Margot Käßmann ein Statement abgegeben und u.a. ausgeführt, dass eine rein ökonomische Sichtweise der Pflege dem christlichen Menschenbild widerspreche. Christen seien aufgefordert, sich zu Wort zu melden, „wenn in unserem reichen Land in unverantwortlicher Weise an pflegebedürftigen Menschen gespart wird“ (Quelle: Evangelischer Pressedienst zitiert in Zeitschrift „CAREkonkret“, 01.04.2011). – Damit erfahren die Forderungen von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* eindrucksvoll Unterstützung.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von ***Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk***

Anlage 11:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 09.09.2010

Pflegereform muss die häusliche Pflege stärken – Allerdings sind realistische Einschätzungen der Hilfemöglichkeiten erforderlich

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat bereits in einer Pressemitteilung vom 04.03.2010 zum Vorschlag der Bundesfamilienministerin, Frau Kristina Schröder, zur Einführung einer Familien-Pflegezeit klargestellt, dass eine Pflegereform an „Haupt und Gliedern“ umfangreiche leistungsrechtliche Verbesserungen beinhalten muss. Dabei kann eine Familien – Pflegezeit, die die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege fördern soll, ein bescheidener Teilaspekt bei den Reformüberlegungen sein.

Mit der Vorstellung des sogenannten Deutschen Alterssurvey am 08.09.2010 weist die Bundesfamilienministerin auf die große Leistungsbereitschaft bei der Betreuung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen hin und sieht sich in ihrem Vorhaben, eine Familien-Pflegezeit einzuführen, bestärkt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk macht darauf aufmerksam, dass die Erwartungen hinsichtlich der zukünftigen familiären Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen realistisch eingeschätzt werden müssen.

Die demografische Entwicklung mit immer weniger Jungen und immer mehr Alten wird die Leistungskraft der Familien(verbände), überfordern. Hinzu kommt, dass familiäre Strukturen aufgrund vielerlei Umstände (Werteverfall, Ökonomisierung in allen Bereichen usw.) als Versorgungs- und Hilfebasis immer weniger infrage kommen werden.

Daher können auch die Erwartungen hinsichtlich einer Familien-Pflegezeit nur gering eingeschätzt werden. Im Übrigen scheinen die Regelungen über Vergütungsverzicht und Nacharbeitsfolgen in der praktischen Umsetzung kompliziert. Die so ermöglichten Pflegezeiten sind auch nur in wenigen Pflegesituationen wirklich hilfreich.

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk hält es nach wie vor für geboten, eine Pflegereform „aus einem Guss“ zu beschließen und verweist dabei auf die bereits am 10.11.2009 abgegebene umfangreiche Stellungnahme. Die entsprechenden Forderungen werden im Pflegetreff am 16.11.2010 in Neuss-Erfttal vertiefend erörtert und damit nochmals der (politischen) Öffentlichkeit vorgestellt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk erachtet die Beseitigung des Pflegenotstandes für herausragend bedeutsam und nimmt insoweit auf zahlreiche Statements Bezug. Grundlage personeller Verbesserungen muss ein bundeseinheitlich geltendes Personalbemessungssystem sein.

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht und Vorstand von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Anlage 12:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 03.08.2010

Pflegeheime – Wir brauchen nicht mehr Prüfungen, sondern mehr Pflegepersonal!

Die in Düsseldorf erscheinende Rheinische Post berichtete am 23.07.2010 umfassend über die Pflegemängel in einer Caritas-Pflegeeinrichtung in Mönchengladbach. In die Erörterungen um diese Mängel war auch *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* unfänglich eingebunden. *Werner Schell*, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, hat wiederholt Statements gegenüber dem WDR-Fernsehen (Lokalzeit Düsseldorf), WDR 5 (Radio) und verschiedenen Zeitungsredaktionen abgegeben. So konnte mit Einfluss genommen werden, einige Führungskräfte des Caritasverbandes von ihren Aufgaben zu entbinden.

Der pflegepolitische Sprecher der Union im Deutschen Bundestag wurde in dem Bericht der Rheinischen Post vom 23.07.2010 wie folgt zitiert:

"Jedes Heim muss fünfmal im Jahr unangemeldet überprüft werden." -"Das ist das schärfste Schwert, das wir haben. Gute Heime können nichts dagegen haben."

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk teilt die Forderungen des pflegepolitischen Sprechers der Union im Deutschen Bundestag, deutlich mehr Prüfungen durchzuführen, ausdrücklich nicht und hält allein den Ruf nach einer intensiveren Prüftätigkeit für kontraproduktiv. Die wirklichen Bedürfnisse werden durch einen derartigen Prüfungsaktionismus nahezu ausgeblendet.

Wir brauchen, wie schon öfter gesagt wurde, eine grundlegende Pflegereform an "Haupt und Gliedern" und werden es nicht schaffen, mit noch mehr Prüfungen und Druckerhöhung auf das Personal bessere Pflegevoraussetzungen zu schaffen. Schlechte Pflege-Rahmenbedingungen kann man nicht durch ein aufgeblähtes Prüfungssystem verbessern!

Es erscheint sinnvoll, die verschiedenen Prüfungsinstanzen, Heimaufsicht, Medizinischer Dienst (MDK), Brandaufsicht, Staatliches Amt für Arbeitsschutz ... (usw.) bei einer einzigen fachkundigen Institution zu konzentrieren. Damit würde das Prüfungsgeschehen effektiver und auch kostengünstiger. Dabei erscheint es sinnvoll, die Prüfungen in die Zuständigkeit einer staatlichen Behörde (z.B. Bezirksregierung) zu verlagern. Damit wären auch die kommunalpolitischen Verwicklungen im Zusammenhang mit den örtlichen Pflegeeinrichtungen, zum Teil sogar in der Trägerschaft der Prüfinstanz, beseitigt. Heime werden auch als Wirtschaftsunternehmen gesehen, so dass aus Marketinggründen gewisse Rücksichtnahmen nicht auszuschließen sind.

Es erscheint ratsam, die Mitwirkungsmöglichkeiten der Angehörigen der pflegebedürftigen Menschen – auch in der Heimversorgung - deutlich zu stärken. Denn bekanntlich können sich gerade die Angehörigen engagiert zum Wohl ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder einbringen und so eine gewichtige Hilfe und Unterstützung sein. Angehörige können so als eine Art ergänzende Heimaufsicht angesehen werden.

Im Zusammenhang mit den beschriebenen Caritas-Pflegemängeln kam es zu mehrfachen Überprüfungen in der Einrichtung. Anfang Juni 2010 wurden der Einrichtung sogar Schulnoten zugeteilt, wobei die sagenhaft gute Gesamtnote „1,4“ vergeben wurde. Zur gleichen Zeit aber berichteten die Medien bereits über erhebliche Mängel, es gab dann auch polizeiliche und staatsanwaltliche Ermittlungen. Demzufolge hätte die Einrichtung eher die Note „5“ verdient gehabt. Allein dieses aktuelle Beispiel zeigt deutlich auf, wie sinnlos Prüfungen sein können, wenn die Pflege-Rahmenbedingungen nicht stimmen bzw. Führungskräfte versagen. Dass die augenblicklich angewandten Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien für das Pflegenotensystem („Pflege-TÜV“) dringend überarbeitungsbedürftig sind und den Schwerpunkt in der Herausstellung der Ergebnisqualität haben müssen, wird durch die beschriebene unzutreffende Benotung klar bestätigt.

Für die Pflegekräfte fordern wir zu Recht mehr Wertschätzung und Anerkennung. Mehr Überprüfungen, mit denen vor allem die Pflegekräfte weiter unter Druck gesetzt würden, sind aber genau das Gegenteil von Wertschätzung und Anerkennung. Das ist nicht nur pures Misstrauen, sondern ganz klar ein Affront gegen diejenigen Personen, die sich jeden Tag aufs Neue unter miserablen Rahmenbedingungen mühen, ihr pflegerisch Bestes zu geben.

Eine Ausweitung der Kontrollen im Pflegebereich wäre eine einzige Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für die vorhandenen Prüfinstitutionen. Diese würden erneut eine große Zahl Personal aufsaugen, das besser an anderer Stelle tätig werden sollte, z.B. bei der Versorgung und Pflege der HeimbewohnerInnen.

Stecken wir doch das Geld, das wir durch zu viele Prüfungen bei den Heimaufsichten und dem MDK verplempern bzw. zukünftig verplempern wollen, in mehr Personal. Dann kommt auch mehr Zuwendung für die BewohnerInnen zustande - und die Zufriedenheit bzw. die Ergebnisqualität steigt.

Vermeiden wir auch unnütze Projekte und wissenschaftliche Fachtagungen mit großem Finanzaufwand. Wir wissen doch eigentlich ganz genau, wie angemessene bzw. gute Pflege zu gestalten ist. Dies müssen wir nur in einer Pflegereform, die diesen Namen verdient, umsetzen. Vor allem brauchen wir mehr Pflegepersonal. Denn nur dies gewährleistet mehr Zuwendung für pflegebedürftige Menschen. Und dies wollen wir doch! Damit alles erklärbar dargestellt werden kann, wäre ein bundesweit geltendes Personalberechnungssystem zur Grundlage zu erheben.

Wenn mehr Prüfungen im Heimbereich politisch gewünscht werden sollten, dann würde es allein Sinn machen, die Heimträgerverantwortlichen, also die Führungsverantwortlichen, öfter mal auf Eignung und Befähigung zu kontrollieren und sie engmaschig bezüglich ihrer Fort- und Weiterbildung im Auge zu behalten und nicht ständig auf das ohnehin gebeutelte Pflegepersonal herumzutrampeeln.

Pflegemängel treten fast ausnahmslos dort auf, wo es Defizite in der Führung gibt. "Der Fisch stinkt vom Kopf her". Dieser Spruch, vielfach benutzt, bringt hier die Probleme auf den Punkt. Ziehen wir daraus einfach die richtigen Folgerungen!

Dabei sollte auch gewährleistet werden, dass Beschwerdemanagement in den Pflegeeinrichtungen gestärkt wird. Dazu sollte eine neuer § 612a BGB ergänzend Wirkung entfalten. Es muss nämlich gewährleistet werden, dass MitarbeiterInnen nachteilsfrei ihre Vor-

schläge und Beschwerde bei den richtigen Stellen vortragen können. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* hat diesbezüglich bereits konkrete Vorschläge unterbreitet.

Die „Charta der Rechte hilfe – und pflegebedürftiger Menschen“ darf nicht nur als Empfehlung angesehen werden. Die darin beschriebenen Handlungsgebote müssen als subjektiv-öffentliche Rechte mit konkretem Anspruchscharakter ausgestaltet werden. Auch insoweit hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* seit Jahren geeignete Hinweise gegeben.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat im Übrigen zur unabhängigen und unbürokratischen Aufdeckung und Verfolgung von Pflegemängeln (zunächst für das Land Nordrhein-Westfalen) die Einrichtung einer Stelle eines (ehrenamtlichen) „Beauftragten für die Belange der pflegebedürftigen Menschen“ (Ombudsmann /-frau) vorgeschlagen.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Anlage 13:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 19.07.2010

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen (NRW) vorgeschlagen, eine (ehrenamtlich zu führende) Stelle eines „**Beauftragten für die Belange pflegebedürftiger Menschen**“ (**Ombudsmann-/frau**) zu schaffen und diese Stelle zunächst mit bescheidenen Sachmitteln auszustatten.

Eine solche Stelle erscheint *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* deshalb für erforderlich, weil die Betreuung, ärztliche Versorgung und Pflege in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen immer wieder als arg mangelbehaftet bezeichnet werden muss. Weder Heimaufsichten noch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) haben diesem Übel bisher wirksam begegnen können. Dies hat vielerlei Gründe. Dabei ist auch zu bedenken, dass die Heimaufsichten bezüglich der ambulanten Pflegeeinrichtungen überhaupt keine Aufsichtskompetenzen haben. Im Übrigen prüfen die genannten Institutionen immer nur die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, d.h. überwiegend sind die Prozess- und Strukturverhältnisse im Blickfeld. Probleme in der Ergebnisqualität bleiben dann weitgehend unangesprochen. Dies ist mehr als bedauerlich, weil gerade dieser Bereich der für die pflegebedürftigen Menschen entscheidende ist.

Auch die Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien für den sog. Pflege-TÜV sind nach Einschätzung von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* völlig unzureichend und zur Zeit, auch vor den Gerichten, heftig umstritten. Es sind folgerichtig Bestrebungen im Gange, diese Vorschriften entscheidend zu verändern. Selbst wenn die Pflege-TÜV-Regelungen im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und für mehr Transparenz verbessert würden, kann der durch Schulnoten ausgeübte Druck die Verhältnisse voraussichtlich kaum wirklich verbessern. Die ohnehin gebeutelten Pflegekräfte würden noch mehr in Notlagen geraten. Denn vor allem aufgrund unzulänglicher Stellenschlüssel sind die Arbeitsverdichtungen immens.

Es wird daher nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* für erforderlich erachtet, ganz konkret bestimmten Pflegemängeln nachzugehen und für Abstellung einzutreten. Dies könnte sinnvollerweise durch eine Beauftragtenstelle im Sinne der gemachten Vorschläge geschehen. Unabhängig davon sieht *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* eine Pflegereform, die diesen Namen verdient, als notwendig an. Dabei müssen solidarische Erwägungen im Mittelpunkt stehen.

Werner Schell, Dozent für Pflegerecht

Anlage 14:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 02.05.2011

Mängel in der medizinischen Versorgung der HeimbewohnerInnen und Zuhause - Der Neusser Pflegetreff am 20.04.2011 diskutierte die Probleme

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hatte zum 13. **Pflegetreff** und gleichzeitig zum „**Aktionsbündnis menschenwürdige Pflege jetzt**“ am **20.04.2011** nach Neuss-Erfttal eingeladen und – trotz Osterferien – waren über 100 interessierte BürgerInnen und Pflegefachkräfte (überwiegend Multiplikatoren) gekommen. Als Gäste konnten u.a. der Stellvertretende Landrat und Vorsitzender des Sozialausschusses im Rhein-Kreis Neuss, **Dr. Hans-Ulrich Klose**, sowie der Leiter des Gesundheitsamtes des Rhein-Kreises Neuss, Amtsarzt **Dr. Michael Dörr**, besonders begrüßt werden.

Es ging diesmal um aktuelle Fragen der medizinischen Versorgung der HeimbewohnerInnen und Zuhause. **Werner Schell**, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, hatte wieder einmal kompetente Referenten für die Veranstaltung gewinnen können:

- **Marion Schröder**, Regionaldirektorin der AOK Rheinland/Hamburg, Regionaldirektion Neuss.
- **Helmut Wallrafen-Dreisow**, Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH.
- **Dr. med. Hermann-Josef Verfürth**, Praktischer Arzt, Hausärztliche Praxis in Neuss.
- **Brigitte Bührlen**, 1. Vorsitzende von „WIR Stiftung pflegender Angehöriger“ (München) sowie Mitglied im Münchener „Forum Pflege aktuell“ und bei „*Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*“.
- **Dr. Robert Pape**, Apotheker aus Neuss, stand im Diskussionsteil ergänzend mit einem Kurzreferat zur „Verblisterung von Medikamenten“ zur Verfügung.

Als Schirmherr des Pflegetreffs stand wiederum **Heinz Sahren**, Stadtverordneter im Rat der Stadt Neuss und Mitglied des Landtages (MdL) von NRW (von 2000 – 2010), zur Verfügung.

Die Statements der Referenten und die sich daran anschließend ergebenden Diskussionen griffen das Pflegetreffthema in unterschiedlicher Weise auf. Zusammengefasst und ohne Anspruch auf Vollständigkeit kann insoweit folgender Überblick gegeben werden:

Es bestehen zweifelsfrei Mängel in der ärztlichen Versorgung – Fachärzte sind offensichtlich eher selten zu Besuchen in Heimen und Zuhause bereit. Offensichtlich sind insoweit überwiegend unzureichende Honorierungen maßgeblich. Daher gibt es die „KV Initiative Pflegeheim“ und ab 01.04.2011 Veränderungen im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ der Kassenärzte. Die AOK Rheinland/Hamburg hat ergänzend für die hiesige Region besondere Vertragsangebote vorgelegt, die den Ärzten eine verbesserte Honorierung bieten. Im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung steht die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen. Solche Therapien werden anhand der sog. Priscus-Liste als problematisch eingestuft. Die „Verblisterung“ der Medikamente kann mehr Sicherheit gewährleis-

ten und das Pflegepersonal beim „Stellen von Medikamenten“ deutlich entlasten. Fehlende Kooperationsvereinbarungen zwischen Ärzteschaft und Heimträgern (Pflegeverantwortlichen) sind ebenfalls ein Problem (= Ärzte haben keine direkte Weisungskompetenz gegenüber dem Pflegepersonal der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsvereinbarungen bestehen so gut wie nicht, Verordnungen werden nicht immer ausreichend schriftlich dokumentiert, es besteht daher oft ein Mangel an Instruktionen). RettungsdienstmitarbeiterInnen haben sich offensichtlich wiederholt über mangelnde Kooperationsmöglichkeiten mit dem Heimpersonal beschwert (fachlich, sprachlich). In diesem Zusammenhang ist auch an vielleicht unnötige Krankenhauseinweisungen zu denken. Auch im Bereich der Ernährung gibt es nicht selten Probleme: Unter- und Mangelernährung sind ein Thema. Magensonden und Psychopharmaka kommen offensichtlich nicht immer mit ausreichender Indikation zum Einsatz (vielleicht auch als Pflegeerleichterung gedacht). Dazu gab es eine aktuelle Pressemitteilung der AOK Rheinland/Hamburg, die zu mehr Zurückhaltung bei der Verordnung von Psychopharmaka mahnt. Fixierungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen müssen – auch von der Ärzteschaft – häufiger hinsichtlich der Notwendigkeit bzw. der möglichen Alternativen hinterfragt werden. Umfassende Weiterbildungen bezüglich der Demenz erscheinen für das gesamte beteiligte Personal, Pflegepersonal wie auch Ärzteschaft, dringlich.

Werner Schell, dem die Leitung und Moderation der Veranstaltung oblag, deutete an, dass zum gerade vorgelegten Entwurf der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag „Eckpunkte für eine Pflegereform 2011: Menschlich, bedarfsgerecht, zukunftsfest“ eine Stellungnahme von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* abgegeben werde und die Erkenntnisse des Pflegetreffs einbezogen würden. Bei einer ersten Bewertung, so **Werner Schell**, seien Vorschläge im Unionspapier mehr als enttäuschend.

Letztlich konnte der Vertreter von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* ankündigen, dass die nächsten Pflegetreffs wie folgt geplant sind:

- **13.09.2011**, 18.00 Uhr, Thema: Patientenrechtegesetz. Referenten u.a. **Wolfgang Zöllner**, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, und **Rudolf Henke**, Arzt und Vorstand des Marburger Bundes - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Bundesverband.
- **10.11.2011**, 18.00 Uhr, Thema: Pflegequalität in den Heimen sichern - Mängel aufdecken und abstellen (vorläufiger Arbeitstitel). Auf dem Podium: **Barbara Steffens**, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Abgeordnete des Landtags Nordrhein-Westfalen (seit 2000) für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/maengel_in_der_medizinischen_versorgung.php

Fotos unter

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pflegetreff20042011/fotos.php>

Anlage 15:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 18.06.2011

Demenzkranke: Die Versorgung mit Medikamenten ist dringend verbesserungsbedürftig

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert mehr Sorgfalt bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten

Seit Jahren ist bekannt, dass die medikamentöse Versorgung von Demenzkranken den wirklichen Bedürfnissen dieser Menschen nur unzureichend gerecht wird. Man darf vermuten, dass allzu oft Nebenwirkungen und Risiken einfach billigend in Kauf genommen werden.

Bereits im August 2010 wurde von Arzneimittelexperten die sog. Priscus-Liste vorgestellt, eine Zusammenstellung gefährlicher Medikamente für ältere Menschen. Diese Liste verdeutlichte, dass fast dreiviertel von 83 Medikamenten für ältere Menschen, Demenzkranke eingeschlossen, ungeeignet sind. Als konkrete Folgen der ungeeigneten Medikation wurden u.a. genannt: Sturzgefahr, Nierenschäden, Magenblutungen.

Mit ihrem Ergebnis, dass ältere Menschen im Schnitt sechs Medikamente täglich einnehmen, von denen viele gar nicht für sie geeignet sind oder sich untereinander nicht vertragen, haben die Forscher im Verbund PRISCUS für viel Aufsehen gesorgt. Als Gegenmaßnahme entwickelten sie nun eine Liste, die Ärzten als Hilfe bei der Auswahl und Zusammenstellung von Medikamenten für Ältere dienen soll. Ob und wie die Liste wirkt, wollen sie in der zweiten Projektphase untersuchen.

In einer Pressemitteilung der AOK Rheinland / Hamburg vom 30.03.2011 wurde unter Berufung auf die Verordnungsdaten des Jahres 2010 Zurückhaltung bei der Verordnung von Psychopharmaka angemahnt. Dazu wurde u.a. ausgeführt:

„Die Auswertung zeigt, dass immer mehr Patienten immer größere Mengen von Psychopharmaka wie Mittel gegen Depressionen oder psychisch stimulierende Arzneien erhalten. Besonders kritisch ist dabei die stark wachsende Verordnung von Antidepressiva zu sehen. So erhöhte sich allein von 2009 auf 2010 die Zahl der antidepressiv behandelten Patienten um 21,4 Prozent, während die Verordnungsmenge der Antidepressiva um 12,8 Prozent zunahm. Hinzu kommt, dass bei den Verordnungen ein Umstieg von niedrigpreisigen zu höherpreisigen Psychopharmaka festzustellen ist. Bei den Psychopharmaka stellt sich vor dem Hintergrund, dass ein frühzeitiger und unkritischer Einsatz dieser Arzneimittel den Patienten mehr schadet als nutzt, die skizzierte Verordnungsentwicklung als besorgniserregend dar.“

In einer Arzneimittelstudie der Barmer GEK, vorgestellt am 15.06.2011, werden weitere Besorgnisse hinsichtlich der Medikation geäußert. In der Studie heißt es u.a.:

„Demenzkranken erhalten sechsmal häufiger Neuroleptika als Patienten ohne Demenz. Gleichzeitig ist seit Jahren bekannt, dass Demenzkranke nach Einnahme von Neuroleptika eine 1,6- bis 1,7-fach erhöhte Sterblichkeitsrate gegenüber der Placebogruppe aufweisen. Gesundheitsexperte Glaeske: Hier erhält eine Patientengruppe mit erhöhtem Sterblichkeitsrisiko Medikamente, deren Wirksamkeit teilweise nicht belegt ist und deren Folgen bei Langzeitgabe weithin ungeklärt bleiben.“

Das Thema Medikation in Pflegeeinrichtungen wird auch kritisch im Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, vorgelegt am 17.06.2011 durch das Bundesfamilienministerium und Bundesgesundheitsministerium, angesprochen.

Da alte und demente Patienten nicht selten unerkannt Schmerzen leiden, ist viel Aufmerksamkeit des Personals erforderlich. Denn Schmerzen können nach einer Mitteilung des Universitätsklinikums Jena vom 08.06.2011 Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe und Aggressionen hervorrufen. Wird dem nicht genug Beachtung geschenkt, können dabei selbst Brüche nach Stürzen übersehen werden oder Schmerzen durch Gelenkerkrankungen. Studien zeigen nach Angaben des Klinikums Jena, dass demente Patienten weniger Schmerzmittel erhalten als gleichaltrige kognitiv unbeeinträchtigte Patienten. Dies spricht für die häufige Verkenntung des Problems.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk greift die besorgniserregenden Informationen auf und fordert mehr Sorgfalt bei der medikamentösen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen, vor allem bei den Demenzkranken. Es wird in diesem Zusammenhang u.a. erforderlich sein, die ärztliche Versorgung in den Pflegeeinrichtungen bundesweit deutlich zu verbessern und im erforderlichen Umfang die notwendigen Hausbesuche, auch außerhalb der Sprechstundenzeiten, sicherzustellen. In der 2010 vorgestellten „KV-Initiative Pflegeheim“ wurden gleichlautende Forderungen ausgeführt.

Bezüglich der Medikation erscheinen neben der Einbeziehung des pharmakologischen Sachverständes der Apotheken (auch mit Blick auf die mögliche Verblisterung von Medikamenten) Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern von Pflegeeinrichtungen und Ärzten sinnvoll. Darin sollten u.a. die Kommunikations- und Dokumentationsanfordernisse näher beschrieben sein. Fortbildungsveranstaltungen, in denen das Wissen um eine zielführende Versorgung mit Medikamenten vermittelt und stets aktualisiert wird, erscheinen ebenfalls dringend geboten.

Es muss so auch sichergestellt werden, dass telefonische Medikationsverordnungen und weitreichende Bedarfsmedikationen möglichst vermieden werden. Medikamente müssen im notwendigen und ausreichenden Umfang verfügbar sein, dürfen aber unter keinen Umständen als „pflegeerleichternde Maßnahmen“ zum Einsatz gelangen (können). Ärzte, die sich solchen Praktiken entgegen stellen und sich allein am Patienteninteresse und am Sorgfaltsgebot orientieren, verdienen Anerkennung und Unterstützung.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Siehe auch die TextEinstellung unter

http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/demenzkranke_und_medikation.php

Beiträge im Forum u.a. unter

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15951>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15935>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=14771>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15675>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=14576>

Anlage 16:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 04.07.2011

Brandschutz in stationären Pflegeeinrichtungen (Heimen) dringend verbesserungsbedürftig

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat u.a. mit Schreiben vom 04.01. und 12.06.2011 auf die **Brandschutzproblematik in den stationären Pflegeeinrichtungen (Heimen)** aufmerksam gemacht und dazu aufgerufen, diesem Thema **mehr Aufmerksamkeit zu widmen bzw. den Brandschutz zu optimieren**. Dabei wurde auch auf die notwendige Verbesserung der Stellenaussstattung in den Heimen aufmerksam gemacht (= Pflegenotstand).

Inzwischen hat das **Land Nordrhein-Westfalen (NRW) neue Brandschutzvorschriften erlassen** und ist wohl der Meinung, dass nunmehr alles Erforderliche getan ist. Die gefahrenträchtigen Zustände in den Heimen konnten aber damit offensichtlich nicht beeinflusst werden.

Daher bestand Veranlassung, in der zurückliegenden Zeit immer wieder über Brände in Heimen zu informieren. Erst heute, 04.07.2011 berichtete die in Düsseldorf erscheinende Rheinische Post über einen Brand in einer Pflegeeinrichtung (in Siegburg) und titelt: **„Altenheimbewohner stirbt bei Zimmerbrand.“**

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat dies zum Anlass genommen, erneut **Folgerungen** bzw. **(aufsichtsrechtliche) Maßnahmen** anzumahnen, damit die offensichtlich bestehenden Gefahren für die pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen ausgeschlossen bzw. minimiert werden können. **Es besteht bundesweit dringender Handlungsbedarf!**

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von Pro Pflege- Selbsthilfenetzwerk



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Netzwerkbeschreibung

Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Personen, Vereinen und sonstigen Institutionen, die sich eine an der Menschenwürdegarantie (Artikel 1 und 2 Grundgesetz) ausgerichtete Verbesserung der Pflege-Rahmenbedingungen und die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung des Pflegesystems zum Ziel gesetzt haben. Damit dient das Netzwerk der Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege und arbeitet im Sinne der einschlägigen Vorschriften gemeinnützig bzw. unabhängig - Das Finanzamt Neuss I hat mit Bescheid vom 22.01.2009 die *Gemeinnützigkeit* von "Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk" anerkannt! Die Ausstellung von steuerlich wirksamen Zuwendungsbestätigungen für Spenden und Mitgliedsbeiträge ist damit zulässig.

Das Netzwerk versteht sich als Lobby (Interessenvertretung) für pflegebedürftige und behinderte Menschen (Patienten) bzw. ihrer Rechtsvertreter / (pflegenden) Angehörigen und ist bei Bedarf um Beratung und Hilfe bemüht. Dabei nimmt die Selbsthilfe einen herausragenden Stellenwert ein. Die Unterstützung bzw. Veranlassung von entsprechenden Selbsthilfeaktivitäten, z.B. regelmäßige Pflgetreffs, Gesprächskreise und sonstige Gruppentreffen, ist eine wichtige Aufgabe. Dabei stellt das Netzwerk seine Aktivitäten vor allem auf die Bedürfnisse der dementiell erkrankten Personen (= geriatrische Einschränkungen) ab (vgl. u.a. §§ 20 SGB V und 45d SGB XI). Die demografische Entwicklung verdeutlicht, dass für dementiell erkrankte Menschen erheblicher Hilfe- und Unterstützungsbedarf besteht.

Das Netzwerk tritt darüber hinaus für eine deutliche Verbesserung der Pflege-Stellenpläne (in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) ein, weil nur eine ausreichende Zahl von Pflege(fach)- und sonstigen Betreuungskräften die allseits gewünschte Zuwendung einschließlich Begleitung in schwierigen Situationen (z.B. palliativmedizinisch/pflegerische Betreuung, Sterbebegleitung) gewährleisten kann.

Das Netzwerk erwartet angesichts der verfassungsrechtlichen Wertevorgaben, dass die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ uneingeschränkte Anerkennung und Beachtung findet und setzt sich dafür ein, dass diesem Gebot Geltung verschafft wird.

Das Netzwerk tritt dafür ein, dass vorhandene bzw. noch auftretende Missstände im Gesundheits- und Pflegesystem von den jeweils (Mit)Verantwortlichen angesprochen werden können (Beschwerdemanagement), ohne dass insoweit Nachteile (z.B. Mobbing, Kündigung) entstehen dürfen. Eine gesetzliche Vorschrift, die diesen Bedürfnissen Rechnung trägt, wird als zwingend notwendig erachtet.

Das Netzwerk nimmt zur Erreichung seiner Aufgabenstellung auf den politischen Bereich in Bund, Ländern und Kommunen (Parteien, Parlamente, Ministerien usw.) Einfluss bzw. gibt die als geboten erscheinenden Statements ab und bietet - soweit gewünscht und möglich - konstruktive Mitarbeit (z.B. in Gesundheitskonferenz, Pflegekonferenz, Arbeitsgemeinschaften) an.

Das Netzwerk macht im Übrigen durch eine geeignete Öffentlichkeitsarbeit auf die erforderlich erscheinenden Reformnotwendigkeiten im Gesundheits- und Pflegesystem aufmerksam und drängt durch geeignete Vorschläge auf die notwendigen Reformen.

BürgerInnen und Institutionen, die das „Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk“ unterstützen möchten, sollten sich mit einer entsprechenden Interessensbekundung (per E-Mail oder per Post) an den o.a. Ansprechpartner wenden und auch gerne konkrete Mitwirkungsmöglichkeiten aufzeigen.

Flyer und Beitrittserklärung sind im Internet abrufbar unter

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/FlyerProPflege.pdf>

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist Kooperationspartner der „**Aktion Saubere Hände.**“





Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, 08.08.2011

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nimmt zum Grundlagenpapier für ein Patientenrechtegesetz vom 22.03.2011,**

vorgelegt vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Justiz (Anlage 1),

mit den nachfolgenden Ausführungen Stellung und bittet, die Ausführungen bei der Erstellung eines Referentenentwurfs und der Beschlussfassung im Deutschen Bundestag zu berücksichtigen.

Da das hier angesprochene Grundlagenpapier zum Teil nur sehr allgemeine Andeutungen hinsichtlich einer Gestaltung des Patientenrechtegesetzes enthält, bleibt eine weitere Stellungnahme nach Vorlage des Referentenentwurfes vorbehalten.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* steht im Übrigen für eine Anhörung zur Verfügung.**

Stellungnahme:

Die nachfolgenden Ausführungen stellen auf die aus Patientensicht gebotene Ausgestaltung eines Patientenrechtegesetzes ab und knüpfen, soweit das Grundlagenpapier vom 22.03.2011 Hinweise enthält, an die jeweiligen Textpassagen an.

Eine weitere Stellungnahme folgt, sobald der angekündigte Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz vorliegt.

In den Vorbemerkungen des Grundlagenpapiers wird ausgeführt:

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 verpflichtet, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. In die Überlegungen der Bundesregierung zu einem Patientenrechtegesetz sind auch die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche des Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen eingeflossen.

Das Gesetz wird die langjährige Diskussion über die Rechte der Patientinnen und Patienten aufgreifen und das Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Welche Rechte Patientinnen und Patienten haben, ist derzeit noch an vielen Stellen geregelt. So finden sich neben den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner sowie in Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz. Weitere Regelungen enthalten die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Schließlich sind die Patientenrechte derzeit auch maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt.

Das geplante Patientenrechtegesetz wird die Rechte der Patientinnen und Patienten transparenter gestalten und bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abbauen. Gleichzeitig wird die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer, indem Risiko- und Fehlervermeidungssysteme dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu optimieren. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur wird Behandlungsfehler jedoch nie gänzlich ausschließen können. Für diesen Fall ist eine verlässliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Krankenkasse vorgesehen. Zudem werden die Rechte der Patientinnen und Patienten, aber auch der Pflegebedürftigen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk erklärt zu den Vorbemerkungen des Grundlagenpapiers:

Patientenrechte sind seit Jahrzehnten von der bundesdeutschen Rechtsprechung geprägt worden. So hat z.B. der Bundesgerichtshof (BGH) bereits in den 50er Jahren herausgestellt: **„Der Patientewille ist das oberste Gesetz“**. Berücksichtigt man alle inzwischen ergangenen Entscheidungen, bis hin zu den Klarstellungen durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zur sog. „Waffengleichheit“, gibt es eine Fülle von Patientenrechten, die streng genommen in den entscheidenden Punkten hilfreich sind, nur durch eine gesetzliche Regelung noch der Bestätigung bzw. Klarstellung bedürfen. Wenn es eine solche Regelung gibt, die dann für mehr Transparenz sorgt, kann ein Patientenrechtegesetz nur begrüßt werden. Diesbezüglich hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* bereits am 11.05.2010 in einer Pressemitteilung geäußert – **Anlage 2**.

Allerdings muss durch die Schaffung eines Patientenrechtegesetzes auch die Chance genutzt werden, die bereits gegebenen **Rechte fortzuentwickeln** und durch Vorschriften für **Fehlervermeidungssysteme** und **nachteilsfreies Melden möglicher Mangelsituationen** zu ergänzen.

Bei **mutmaßlichen Behandlungs- und Pflegefehlern** müssen die Kranken- und Pflegekassen (mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - MDK) verpflichtet werden, den jeweils betroffenen Versicherten zu unterstützen. Die jetzige Kannvorschrift ist in eine Mussvorschrift umzuwandeln. Unerlässlich erscheinen Vorschriften, die den Patienten ein Klageverfahren bei mutmaßlichen Fehlern erleichtern, vor allem durch Regelungen, die die Begutachtung auf Veranlassung der Patientenseite erleichtern (und zwar außerhalb der Gutachter- und Schlichtungsstellen). Zur Zeit ist es leider so, dass Patienten, die eine Klage wegen eines vermuteten Fehlers anstrengen wollen, kaum in der Lage sind, einen geeigneten Gutachter für die Prozesseinleitung und -führung zu gewinnen.

Entscheidend wird sein, ob es durch die Abfassung eines Patientenrechtegesetzes gelingt, die Anwendung der gegebenen Rechte in der Praxis besser durchsetzen zu können. Denn wie in anderen Bereichen ist es oft so, dass es eher weniger Erkenntnis-, sondern hauptsächlich **Durchsetzungsprobleme** gibt.

Damit die Versicherten bzw. Patienten einen besseren Überblick über die Situation ihrer Rechte und Pflicht bekommen, sollten möglichst alle relevanten Vorschriften (Sozialgesetzbuch - SGB, Arzneimittelrecht, Bürgerliches Gesetzbuch - BGB, Datenschutzvorschriften usw.) **in einem Gesetz zusammen geführt** werden.

Die „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ sowie die „**Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland**“ müssen mit ihren grundsätzlichen Aussagen in das Patientenrechtegesetz eingebunden werden. Damit können die entsprechenden grundsätzlichen Formulierungen, die lediglich unverbindlichen Leitlinien ähneln, zu **subjektiv-öffentlichen Rechten** ausgestaltet werden. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* hat bereits 2008 eingefordert, die Einbeziehung der Chartagrundsätze in das Landesheimgesetz NRW zu erreichen, erfolglos. Die dazu am 29.10.2008 verfasste Pressemitteilung ist als **Anlage 3** angefügt. Die seinerzeit erhobenen Forderungen sollten nunmehr bei der Abfassung des Patientenrechtegesetzes Berücksichtigung finden.

Angefügt noch folgende (musterhafte) **Hinweise**:

Den ersten patientenfreundlichen Kurz-Ratgeber zum Patientenrecht gab es bereits 1981 von *Werner Schell* mit dem Titel „**Arztpflichten – Patientenrechte**“. Diese Buchveröffentlichung, die zuletzt 1993 in 4. Auflage neu gestaltet wurde, ist heute noch weitgehend aktuell. Vgl. dazu die **Anlage 4**. Diese Buchveröffentlichung ist bei ihrem erstmaligen Erscheinen im Deutschen Ärzteblatt vom 22.10.10981 besprochen und gleichzeitig heftig kritisiert worden. Eine patientenfreundliche Ratgeberveröffentlichung war damals – zumindest aus der Sicht der organisierten Ärzteschaft - offensichtlich nicht gewünscht.

Einige Jahr später wurde dann durch Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier ein „amtliches Papier“ zu den Patientenrechten formuliert. Diese Ausführungen, die als **Anlage 5** angefügt sind, wurden später mit dem Titel „**Patientenrechte in Deutschland heute**“ in Broschürenform der Öffentlichkeit vorgestellt.

Umfangreiche **Informationen zum Patientenrecht** wurden in den zurückliegenden Jahren – stets aktuell – ins Internet eingestellt und sind unter folgender Adresse verfügbar: <http://www.wernerschell.de/patientenrecht.php>

Im Rhein-Kreis Neuss wurde 2004 (aktualisiert 2006) im Übrigen durch den Arbeitskreis Patientenratgeber der Gesundheitskonferenz des Rhein-Kreises Neuss, c/o Geschäftsstel-

le der Gesundheitskonferenz im Kreisgesundheitsamt Neuss, ein **Patientenratgeber** herausgegeben, der kostenlos bei der Kreisverwaltung abgerufen werden kann.

Mit diesen Hinweisen wird verdeutlicht, dass es bereits in zurückliegender Zeit umfangreiche Informationen für Patienten gegeben hat. Wenn es gleichwohl **Probleme** bei der Wahrnehmung von Patientenrechten gegeben hat, lagen diese **vornehmlich im Bereich der Durchsetzung der Patientenrechte**. Dies sollte bei der Ausformulierung des Patientenrechtegesetzes bedacht werden.

Im Vorspruch zum Grundlagenpapier heißt es dann noch in allgemeiner Form:

Das Patientenrechtegesetz soll als Artikelgesetz gestaltet werden und im Einzelnen folgende wesentliche Regelungen vorsehen: ...

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bemerkt zum „Vorspruch zum Grundlagenpapier“:

Mit der Schaffung eines Patientenrechtegesetzes sollte die Chance genutzt werden, alle **Rechte und Pflichten** im Zusammenhang mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung **in einem einzigen Gesetz** zusammen zu führen. Wenn mit dem Hinweis auf ein „Artikelgesetz“ gemeint soll, dass die geplanten Regelungen zu einem großen Teil in verschiedene andere Vorschriften eingefügt werden soll, erscheint das weniger patientenfreundlich und schon gar nicht übersichtlich.

Zum „Behandlungsvertrag“ wird unter Ziffer I des Grundlagenpapiers ausgeführt:

1. Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch

Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Dies wird sich durch die bevorstehende Novelle nunmehr ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden und sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an die Angehörigen anderer Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten richten. Die Patientin/ der Patient ist verständlich und umfassend zu informieren und auf die Kosten für solche Heilbehandlungen hinzuweisen, die von den Leistungsträgern nicht übernommen werden.

Beispiel: Der Arzt hat den Patienten über die zur Erstellung der Diagnose erforderlichen Maßnahmen, die Diagnose und die beabsichtigte Therapie aufzuklären. Verstößt er hiergegen, so ist eine Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahme unwirksam.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht

Bereits jetzt müssen die Behandelnden Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff grundsätzlich umfassend über die Art der konkreten Behandlung und über deren Risiken aufklären. Die Aufklärung hat in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen; eine bloß schriftliche Aufklärung reicht nicht aus. Der Patientin/ dem Patienten muss genügend Zeit für eine wohl überlegte Entscheidung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts verbleiben. Im Streitfall muss die/der Behandelnde die ordnungsgemäße Aufklärung der Patientin/ des Patienten beweisen. Diese Verpflichtungen sollen ausdrücklich gesetzlich festgelegt werden.

Daneben wird die Dokumentationspflicht der/ des Behandelnden gesetzlich konkretisiert werden. Krankenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Dies kann - unter Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit - auch elektronisch erfolgen. Dokumentiert die/ der Behandelnde nicht wie im Gesetz vorgesehen, etwa weil Befunde pflichtwidrig nicht gesichert werden, so wird zu seinen/ ihren Lasten vermutet, dass es die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gegeben hat. Schließlich soll eine gesetzliche Regelung auch das Recht auf Akteneinsicht vorsehen und die Patientin/ den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird.

Beispiel: Den Patienten steht das Recht zu, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese - auf eigene Kosten - zu kopieren.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zum „Behandlungsvertrag“ wie folgt Stellung:

(1) Das **Behandlungsvertragsrecht** ist bereits von den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches erfasst und beschreibt damit, wie für viele andere Lebensbereiche auch, grundlegende Rechtspositionen zwischen den Patienten und den Anbietern medizinischer Leistungen. Dass sich aus diesen Vertragsrechtsvorschriften unter Berücksichtigung der Vorgaben in Artikel 1 und 2 Grundgesetz (GG) umfassende Aufklärungspflichten ergeben, haben die bundesdeutschen Gerichte in zahlreichen Streitverfahren in aller Deutlichkeit beschrieben. Dabei wurde klargestellt, dass die gehörige Aufklärung Voraussetzung für eine rechtswirksame Patienteneinwilligung ist. Wenn es insoweit zu einer **Verdeutlichung im Patientenrechtegesetz** kommen sollte, wird dies zwar keine neue Rechtslage schaffen, aber die bereits bekannten Rechtsgrundsätze bekräftigen. Die Schwierigkeit wird nur sein, insoweit Formulierungen zu finden, die den gesamten Komplex der Aufklärungspflicht und Patienteneinwilligung so klar und unmissverständlich erfassen, dass es bezüglich der verfassungsrechtlich garantierten Patientenautonomie keine Zweifelsfragen mehr gibt.

Es erscheint in diesem Zusammenhang geboten, die Grundsätze der **Patientenselbstbestimmung**, soweit sie im BGB -Abschnitt Rechtliche Betreuung - zu finden sind (§ 1901a ff. BGB), in das Patientenrechtegesetz einzubinden. Denn wenn schon die vertraglichen Rechtsgrundlagen in einem Patientenrechtegesetz näher ausgeführt werden, dann müssen auch folgerichtig diesbezügliche **Vertretungsregelungen**, die im Gesundheits- und Pflegesystem von zunehmender Bedeutung sind, dargestellt werden.

Im Übrigen scheint es, wie bereits weiter oben erwähnt, geboten, die Grundsätze der **„Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“** bzw. der **„Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“** in das Vertragsrecht einzubinden und so diese Grundsätze als **subjektiv-öffentliche Rechte** auszugestalten. Bislang wurden die Grundsätze nur als rechtlich unverbindliche Leitsätze angesehen. Insoweit wird noch einmal auf die **Anlage 3** dieser Stellungnahme aufmerksam gemacht. Weitere ausführliche Anmerkungen ergeben sich aus der **Anlage 6**.

Es muss auch darüber nachgedacht und befunden werden, ob und ggf. inwieweit das **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)** in das Patientenrechtegesetz eingebunden werden sollte. Bereits jetzt leiden die HeimbewohnerInnen, die auch in Mehrheit als potentielle Patientinnen und Patienten auftreten, an einer **Rechtszersplitterung im Heim- und Vertragsrecht**. Es wäre jetzt mit der Schaffung des Patientenrechtegesetzes eine Möglichkeit gegeben, insoweit eine Vereinfachung zu ermöglichen.

Zur Zersplitterung im Heim- und Pflegerecht hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* bereits mehrfach geäußert:

- Stellungnahme zum WBVG vom 16.03.2009 – **Anlage 6**,
- Pressemitteilung vom 23.04.2009 **Anlagen 7**.

(2) Bezüglich der Aufklärungspflicht wurden bereits Hinweise gegeben (1). Die erfolgte Aufklärung ist zu dokumentieren. Zu dokumentieren ist im Übrigen nach der diesbezüglichen Rechtsprechung das gesamte Behandlungsgeschehen. Damit entsteht zwangsläufig eine umfängliche Krankendokumentation (auch Patientenakte bezeichnet), in die der Patient ein Einsichtsrecht hat. Dieses Einsichtsrecht wurde bereits in mehreren Urteilen des BGH näher ausgeführt (vgl. auch die Ausführungen unter Ziffer V/6). Dabei ergaben sich aber auch einschränkende Aussagen. So z.B. die Aussage, dass sich das Einsichtsrecht nur auf objektive Unterlagen bezieht und im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen aus Gefährdungserwägungen das Einsicht verweigert werden darf. Es wird nun in angemessener Weise auf diese Rechtslage einzugehen sein. Das Herausverlangen von Kopien der Krankendokumentation ist ebenfalls so klarzustellen, dass hier Streit zwi-

schen den Vertragsparteien tunlichst vermieden wird. Es stellt sich auch die Frage, ob es einer **Korrektur des § 810 BGB** bedarf.

(3) Es kann nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nicht damit getan sein, bezüglich der Behandlungsverträge im Wesentlichen die gefestigten Aufklärungspflichten und Dokumentationsanforderungen zu beschreiben. Ein Patientenrechtegesetz muss diese Grundsätze zwar aufgreifen, aber darüber hinaus gehende Fragestellungen erfassen und Antworten liefern. Sonst wäre nichts oder zu wenig gewonnen.

Weitere Themen, die in einem Patientenrechtegesetz angesprochen werden können, betreffen die **Schweigepflicht** (also das informationelle Selbstbestimmungsrecht). Es geht insoweit nicht allein um die Klarstellungen zur Verschwiegenheitspflicht, sondern auch um die möglichen **Offenbarungspflichten** (bei höherem Interesse, z.B. Kindesmiss-handlung). Eine besondere Problematik ergibt sich aus dem Umstand, dass **Angehörige**, soweit sie nicht ausdrücklich bevollmächtigt oder als rechtliche Betreuer bestellt sind, keine Entscheidungskompetenzen haben und ihnen gegenüber auch grundsätzlich Verschwiegenheit angesagt ist. Insoweit wird Klärungsbedarf in einem Patientenrechtegesetz gesehen.

Soweit Patienten im **Beisein fremder Personen**, z.B. beim Empfang in Arztpraxen / Aufnahme in Krankenhäusern oder in Mehrbettzimmern, betreut sind, gilt ebenfalls das Gebot Verschwiegenheit zu bewahren. Allerdings wird diese Schweigepflicht durch das zum Teil recht offene Ansprechen von Patientendaten und bzw. diagnostischen und therapeutischen Themen arg beschädigt. Es kommen unter solchen Umständen, weil **Vertraulichkeit nicht gewährleistet** ist, möglicherweise nicht alle Angelegenheiten zur Sprache. Patienten nehmen solche Unkorrektheiten meist zähneknirschend hin. **Der Gesetzgeber ist daher zur Sicherstellung einer umfassenden Vertraulichkeit zu einer verpflichtenden Regelung aufgerufen.**

Zur „Förderung der Fehlervermeidungskultur“ wird unter Ziffer II des Grundlagenpapiers ausgeführt:

Ein zentrales Anliegen des Patientenrechtegesetzes ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Behandlungsfehlern bereits vorzubeugen hat höchste Priorität.

1. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme werden im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung sowohl im Bereich der stationären als auch ambulanten Versorgung gestärkt.

Im Rahmen des Risikomanagements muss für ein Vertrauensklima Sorge getragen werden, das gerade bei der Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern unabdingbar ist. Für die Beschäftigten der medizinischen Einrichtungen sowie der Pflegeheime und Pflegedienste dürfen durch die Meldung von eingetretenen Risiken und Fehlern im Regelfall keine Nachteile entstehen. Gleichzeitig muss den Institutionen für den Fall groben Fehlverhaltens die Möglichkeit erhalten bleiben, adäquat im Sinne des Patientenschutzes zu reagieren. Es wird zu prüfen sein, inwieweit gesetzliche Vorgaben diesem Anliegen Rechnung tragen.

Des Weiteren sollen die Arztpraxen und Krankenhäuser unterstützt werden, unerwünschte Ereignisse und Fehler, die einen Schaden zur Folge hatten, sowie so genannte Beinahe-Fehler systematisch zu erfassen, zu analysieren und notwendige Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Nutzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen ist dabei ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Hierfür ist es notwendig, dass die Einrichtungen die beteiligten Berufsgruppen durch regelmäßige Information und Schulung in entsprechende Maßnahmen einbeziehen und auf diese Weise die Akzeptanz des Risiko- und Fehlermanagements und die Mitwirkung der betroffenen Berufsgruppen fördern. Die Unterstützung erfolgt durch einen zeitlich bestimmten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, grundsätzliche Anforderungen an Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu erarbeiten, und durch die Schaffung finanzieller Anreize zu deren Einführung, z.B. im Rahmen von Qualitätzuschlägen (ambulant und stationär), sowie durch Transparenzvorgaben insbesondere für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern wird gefördert.

Im Rahmen der Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird in § 135a SGB V ein verbindliches Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern vorgeschrieben. Dadurch können auch Patientinnen und Patienten in die Offenlegung kritischer Verfahrensabläufe, möglicher Fehlerquellen und Ereignisse, die zu Schäden oder Beinahe-Schäden führen, einbezogen werden. Den Krankenhäusern bleibt frei gestellt, ob dies durch Patientenfürsprecher/innen oder Ansprechpartner/innen im Bereich des Qualitätsmanagements geschieht.

Wenngleich eine sorgfältige, fehlerfreie Behandlung der Patientin/ des Patienten unverzichtbar ist und auch künftig die Förderung einer Fehlervermeidungskultur an erster Stelle stehen wird, so zeigt doch die Praxis in den Krankenhäusern und Arztpraxen, dass Behandlungsfehler immer wieder vorkommen und menschliches Fehlverhalten nicht gänzlich unvermeidbar ist. Ist ein Behandlungsfehler eingetreten, so stellt sich die maßgebliche Frage, wie mit diesem Fehler und den daraus resultierenden Schäden (haftungsrechtlich) umgegangen wird. In einfach gelagerten Fällen kann eine gütliche Einigung, zum Beispiel im Wege der Mediation den Parteien helfen, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln. Kommt eine Streitbeilegung außerhalb der Gerichte nicht in Betracht, so führt das Haftungssystem des neuen Patientenrechtegesetzes die Parteiinteressen zu einem sachgerechten Ausgleich.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zur „Förderung der Fehlervermeidungskultur“ wie folgt Stellung:

Es versteht sich, dass alle möglichen Anstrengungen unternommen werden müssen, Fehler und damit verbundene Schäden in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Es reicht aber nicht aus, solche **Fehlervermeidungssysteme vorwiegend in Arztpraxen und Krankenhäusern** zu installieren. Auch andere **Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegesystem** müssen umfänglicher als bisher **einbezogen werden**. Vor allem erscheint es dringend geboten, auch die stationären Pflegeeinrichtungen (Heime) in ein gut funktionierendes Fehlervermeidungssystem einzubinden. Denn es ist so, dass die HeimbewohnerInnen nicht nur als pflegebedürftige Menschen gesehen werden dürfen, sondern auch Patienten sind, die in vielfältiger Weise medizinische Hilfen benötigen. **Bisher kommt es z.B. durch mangelhafte ärztliche Versorgung und fehlerbehaftete Medikation zu vielfältigen vermeidbaren Schädigungen**. Demzufolge hat sich *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* wiederholt für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Heimen eingesetzt und zuletzt am 18.06.2011 mehr Sorgfalt bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten eingefordert – vgl. **Anlage 8**.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat mit Rücksicht darauf, dass für die ArbeitnehmerInnen, auch in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, ein **nachteilsfreies Benennen von Fehlentwicklungen, Mängeln usw.** möglich sein muss, am 01.08.2011 erneut den Deutschen Bundestag (Fraktionen, Petitionsausschuss, Mitglieder des Bundestages) gebeten, durch eine **Novellierung des § 612a BGB** für eine geeignete Grundlage zu sorgen, die Öffentlichmachung von Mängeln unproblematischer als bisher möglich zu machen. Der umfängliche Text des Anschreibens vom 01.08.2011 an den Deutschen Bundestag ist als **Anlage 9** (mit weiteren **Anlagen A – D**) dieser Stellungnahme angefügt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk tritt grundsätzlich dafür ein, dass die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen organisatorisch und personell so ausgestattet werden, dass uneingeschränkt **Leistungen** erbracht werden, die dem aktuellen **Stand der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft** entsprechen. Daher ist vorrangig an strukturelle Reformen zu denken, die vornehmlich den **Pflegenotstand in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen beheben**. In Krankenhäusern sind in den letzten Jahren nahezu 70.000 Pflegekräftestellen abgebaut worden, obwohl gleichzeitig die Leistungsanforderungen an die Pflege gestiegen sind. Die Stellenbesetzung in den Krankenhäusern erfolgt zur Zeit nur nach Kassenlage. Für die stationären Pflegeeinrichtungen gibt es zwar regional recht unterschiedliche Stellenschlüssel, die scheinbar das erforderliche Personal berechenbar vorgeben. Bei näherem Hinsehen wird aber schnell deutlich, dass die Stellenschlüssel völlig unzureichend sind, so dass auch in den Pflegeheimen von einem **Pflegenotstand** gesprochen werden muss. Davon unabhängig ist die Frage, ob und wie der zukünftige demografiebedingte Stellenbedarf gedeckt werden muss.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert die **Einführung von bundeweit geltenden Personalbemessungssystemen**. Damit kann der Bedarf in der Pflege exakt belegt werden.

Nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* ist es wenig hilfreich, allein vermehrt auf Fehlervermeidungssysteme zu setzen. **Vorrang müssen die strukturellen Verbesserungen haben**. Für entsprechende Reformen hat *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* am 05.07.2011 eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben und diese dem Deutschen Bundestag vorgelegt. Diese Stellungnahme ist auch im Internet abrufbar, und zwar unter folgender Adresse:

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/EckpunkteUnionStatementBf05072011.pdf>

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk äußert in diesem Zusammenhang noch einmal die Auffassung, dass auch mit vermehrten Prüfungen in Pflegeeinrichtungen nichts wirklich dauerhaft zu verändern ist. **Mit mehr Kontrollen (durch Heimaufsicht und MDK) schaffen wir zwar mehr Druck, aber keine Verbesserungen**. Im Gegenteil: das vorhandene Personal wird noch mehr frustriert und in Krankheit und Berufsflucht gedrängt. Vgl. insoweit auch die Pressemitteilung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* vom 03.06.2011 – **Anlage 10** (»Pfleagemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter«).

Bezüglich tatsächlicher oder mutmaßlicher Behandlungs- und Pflegefehler soll es ein umfassendes (neues) Haftungssystem geben. Dazu folgen weitere Ausführungen unter Ziffer III.

Unter Ziffer III. des Grundlagenpapiers wird die „Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems“ angesprochen:

In Haftungsprozessen stellt sich häufig die Frage, ob ein festgestellter Fehler des/ der Behandelnden auch tatsächlich ursächlich für den eingetretenen Schaden gewesen ist, oder ob der Schaden sowieso eingetreten wäre. An dieser zentralen Stelle soll ein Patientenrechtegesetz für mehr Rechtssicherheit sorgen, indem es die schon von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung in das Bürgerliche Gesetzbuch einfügt.

Beispiel:

1.) Im Falle eines groben Behandlungsfehlers, der generell geeignet ist, den Schaden herbeizuführen, wird vermutet, dass der Fehler für den Eintritt des Schadens ursächlich war. Das heißt, dass der Behandelnde den Gegenbeweis antreten muss, dass ein Fehler den Schaden nicht verursacht hat.

2.) Stammt der Schaden eines Patienten aus einem Gefahrenbereich, den der Behandelnde objektiv voll beherrschen kann, so wird eine fehlerhafte Verrichtung der Behandlung vermutet.

Im Falle eines für den Schadenseintritt ursächlichen Behandlungsfehlers wird das Verschulden der/ des Behandelnden grundsätzlich vermutet. Dann ist es die Aufgabe der/ des Behandelnden darzulegen und ggf. zu beweisen, dass sie/ ihn kein Verschulden trifft.

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, um für etwaige Schäden einen vollständigen Ausgleich zu gewährleisten. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfassend erfüllt werden können. Die Länder und (Zahn-)Ärzttekammern werden daher aufgefordert, durch geeignete Überprüfmechanismen einen solchen Schutz der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht wird es künftig Verbesserungen für Patientinnen und Patienten geben.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zur „Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems“ wie folgt Stellung:

Die Gerichte haben in unzähligen Streitfällen die **Grundzüge des Haftungsrechts verdeutlicht und auch umfängliche Beweiserleichterungen zugelassen**. Dies in einem Patientenrechtegesetz für den Verbraucher medizinischer Leistungen **handlich zu formulieren, erscheint hilfreich**. Allerdings wird es wohl schwierig werden, die entsprechenden Grundsätze in Kürze so aufzubereiten, dass sie wirklich hilfreich sein können.

Ärzte sind nach der jeweiligen Berufsordnung verpflichtet, eine **Haftpflichtversicherung** abzuschließen. Es sollte im Patientenrechtegesetz selbst eine entsprechende Verpflichtung ausgeführt werden. Allerdings müsste dann auch die **Mindesthöhe einer Versicherungssumme** genannt und abgesichert sein, dass auch bei rückständigen Versicherungsbeiträgen die Haftpflichtversicherung in einem Schadensfall eintritt. Die Haftpflicht und ihre Überprüfung aufgrund berufsordnungsrechtlicher Regelungen allein im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammern zu belassen, erscheint nicht ausreichend.

Im Übrigen ist es richtig, die verfahrensrechtlichen Regelungen neu, und zwar patientenfreundlicher zu gestalten.

Unter Ziffer IV. des Grundlagenpapiers wird ausgeführt, dass „Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht gestärkt werden“ sollen:

Gerichtsverfahren wegen Behandlungsfehlern nehmen regelmäßig viel Zeit in Anspruch. Sie stellen nicht nur in finanzieller, sondern auch in psychischer Hinsicht eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandelnden dar.

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Betroffene Patientinnen und Patienten sowie die Behandelnden haben die Möglichkeit einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Unterschiedliche Verfahren in den Ländern führen zu Intransparenz und erschweren die Akzeptanz der Ergebnisse. Einige Landes(zahn)ärztekammern haben Gutachterkommissionen eingerichtet, die ein schriftliches Gutachten zum Behandlungsgeschehen erstellen. In anderen Ländern bestehen Schlichtungsstellen, die darüber hinaus die Haftungsfrage beurteilen und einen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeit abgeben. Die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung sind aufgefordert, auf einheitliche und transparentere Verfahren unter Einbindung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Spruchkörper hinzuwirken.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Für gerichtliche Verfahren vor den Landgerichten besteht die Möglichkeit, spezialisierte Arzthaftungskammern einzurichten, damit die für die Bearbeitung von Arzthaftungssachen erforderlichen besonderen Fachkenntnisse in einer Spezialekammer konzentriert und Entscheidungen zu einem schnelleren Abschluss geführt werden können. Von dieser Möglichkeit haben die meisten größeren Landgerichte Gebrauch gemacht. § 348 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e der Zivilprozessordnung sieht vor, dass die Entscheidung in einer speziellen Arzthaftungskammer grundsätzlich nicht durch die Einzelrichterin/ den Einzelrichter, sondern durch drei Berufsrichter/innen getroffen wird. Wo sich die Einrichtung spezieller Arzthaftungskammern - namentlich bei kleineren Landgerichten - vom Geschäftsanfall her nicht lohnt, haben die Länder die Möglichkeit, Arzthaftungssachen für die Bezirke mehrerer Landgerichte bei einem Landgericht zu konzentrieren (§ 13a des Gerichtsverfassungsgesetzes).

3. Ein erster Schritt: Verbesselter Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Einen ersten Schritt, mit dem auch die Patientenrechte gestärkt werden, hat die Bundesregierung bereits auf den Weg gebracht: bislang konnte gegen einen gerichtlichen Beschluss, durch den die Berufung gemäß § 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung zurückgewiesen wurde, kein Rechtsmittel eingelegt werden. Diese Rechtslage, die insbesondere in Arzthaftungsfällen als unbefriedigend empfunden wurde, wird durch den Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 4. Februar 2011 geändert: gemäß § 522 Absatz 3 der Zivilprozessordnung wird es künftig möglich sein, in allen Berufungssachen mit einer Beschwerde von über 20.000 € ein Rechtsmittel, nämlich die Nichtzulassungsbeschwerde, einzulegen.

4. ...?

5. ...?

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zu „Verfahrensrecht bei Behandlungsfehlerverdacht“ wie folgt Stellung:

Verbesserungen bei der verfahrensrechtlichen Behandlung von Behandlungs- und Pflegefehlern erscheinen im Patienteninteresse dringend geboten.

(1) Die **unterschiedlichen Verfahrensregeln der Gutachter- und Schlichtungsstellen** sind ein **Ärgernis** und sollten daher aneinander angeglichen werden. Da insoweit aber alleine die Bundesländer bzw. die Landesärztekammern zuständig sind, werden sich diesbezügliche Vereinheitlichungsbemühungen als schwierig gestalten. Korrekturen sollten aber dennoch mit dem gehörigen Druck angestrebt werden. Dabei sollten auch die Verjährungsregeln und die Tatsache, dass Aufklärungsmängel nicht überprüft werden, hinterfragt werden.

Unabhängig von solchen Überlegungen ist aber zu bedenken, dass die Gutachter- und Schlichtungsstellen nur ärztliche Fehler aufgreifen, nicht aber Pflegefehler des nichtärztlichen Personals. Hinsichtlich solcher **Pflegefehler** gibt es bislang überhaupt **kein Gutachter- und Schlichtungsverfahren**. Es sollte daher geprüft werden, ob insoweit eine geeignete andere Lösung für eine vorgerichtliche Schadensregulierung gefunden werden kann.

(2) Organisatorische Regelungen, die eine kompetente und schnelle Behandlung von Medizinschadensfällen vor den Gerichten beschleunigen können, sind zu begrüßen.

(3) Eine Ausweitung der Rechtsmittelmöglichkeiten kann ebenfalls begrüßt werden.

(4) Überhaupt nicht angesprochen werden im Grundlagenpapier die Schwierigkeiten der Versicherten, bei einem mutmaßlichen Behandlungs- oder Pflegefehler eine **Beweisführung** vorzubereiten, nämlich vor allem dann, wenn sie eine der eingerichteten Gutachter- oder Schlichtungsstellen nicht in Anspruch nehmen wollen. Es besteht nämlich weitgehend der Verdacht, dass die von der Ärzteseite eingerichteten **Gutachter- und Schlichtungsstellen nicht wirklich unabhängig** sind. Denn schließlich werden sie von der Ärzteschaft oder von der Haftpflichtversichererseite finanziert. Im Zusammenhang mit der Abfassung des Patientenrechtegesetzes sollte daher den Länderjustizbehörden aufgegeben werden, für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich **ärztliche Gutachter anzubieten** und auf Anfrage den Versicherten **zu benennen**. Denn der jetzige Zustand, dass sich Versicherte im ganzen Bundesgebiet auf die Suche begeben müssen, einen privat gutachtenden Arzt ausfindig zu machen, ist nicht weiter tolerierbar. Ohne eine ausreichend verfügbare Anzahl kompetenter Gutachter ist eine **„Waffengleichheit“** nicht herzustellen.

(5) Schließlich wird es für erforderlich erachtet, im Zusammenhang mit der Benennung und Verfolgung von Behandlungs- und Pflegefehlern endlich ein bundesweit zuständiges **Gremium zur Erfassung und Aufarbeitung solcher Schadensfälle einzurichten**. Denn bisher sind die Kenntnisse über Anzahl und Hintergründe der Medizinschadensfälle höchst ungenau und basieren im Wesentlichen auf dem Zahlenmaterial der Gutachter- und Schlichtungsstellen. Dieses Material erfasst aber nur einen Teil der Schadensfälle. Würde man eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Medizinschadensfälle ermöglichen, könnten daraus auch Schlussfolgerungen für Fehlervermeidungssysteme gezogen werden.

Bei der Ziffer V des Grundlagenpapiers geht es um die „Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern“:

1. Patientinnen und Patienten werden bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützt.

Derzeit ist es den Krankenkassen sowie den Pflegekassen frei gestellt, ihre Versicherten in Fällen, in denen der Verdacht auf einen Behandlungs- und Pflegefehler vorliegt, zu unterstützen. Die Kassen haben von dieser Möglichkeit bisher kaum Gebrauch gemacht. Zukünftig sollen Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z.B. medizinische Gutachten, geschehen. Hierzu wird die Regelung des § 66 SGB V stringenter ausgestaltet.

2. Patientenrechte beim Übergang zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren und Leistungsträgern werden gestärkt.

Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vorschrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Sie ist daher so auszugestalten, dass der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingelöst werden kann.

3. Transparenz und Information bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) werden verbessert.

Sogenannte DMPs sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Selektivverträge, etwa Verträge zur integrierten Versorgung, bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung zu optimieren und den Versicherten entsprechende Angebote zu machen. Häufig sind den Versicherten die für sie bestehenden Möglichkeiten in diesem Zusammenhang nicht ausreichend bekannt. Die bereits bestehenden Informationsrechte der Versicherten bei Teilnahme an DMPs und Selektivverträgen werden daher ausgebaut. Patientinnen und Patienten erhalten soweit wie möglich die versorgungsrelevanten Informationen über den Inhalt entsprechender Verträge und Programme.

4. Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften werden eingeführt.

Verschiedene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Hierzu gehören z.B. medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe. Diese Bewilligungsverfahren sollen durch Festlegung gesetzlicher Fristen für alle bei den Krankenkassen zu beantragenden Leistungen beschleunigt werden. In Anlehnung an die für Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im SGB IX wird geregelt, dass die Krankenkassen über die Leistungen innerhalb einer bestimmten Frist nach Antragseingang zu entscheiden haben. Wenn die Krankenkassen unbegründet nicht fristgerecht über den Leistungsantrag entscheiden, sollen sich die Versicherten die erforderliche Leistung letztlich selbst beschaffen können. In diesen Fällen werden die Krankenkassen zur Erstattung erforderlicher Aufwendungen verpflichtet.

5. Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern sollen verkürzt werden.

Patientinnen und Patienten sind insbesondere aus finanziellen Gründen darauf angewiesen, dass Sozialversicherungsträger Anträge auf Gesundheitsleistungen schnell bescheiden. Sowohl aus den allgemeinen Vorschriften des SGB I als auch aus den verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB X ergibt sich, dass die Behörden gehalten sind, zügig über die Anträge zu entscheiden. Geschieht dies nicht, kann gemäß § 88 Sozialgerichtsgesetz nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten unmittelbar das Sozialgericht angerufen werden. Es wird zu prüfen sein, ob eine Reduzierung dieser Frist auf etwa zwei Monate sachgerecht ist, um die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

6. Die Rechte Pflegebedürftiger werden weiter verbessert.

Nach dem SGB X haben Behörden Beteiligten Einsicht in die Akten zu gestatten, soweit die Kenntnis zur Geltendmachung rechtlicher Interessen erforderlich ist. Im SGB XI gibt es zudem für die Pflegeversicherung ein Recht der Versicherten, durch die Pflegekassen über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten informiert zu werden. Nicht eindeutig geregelt ist jedoch die Möglichkeit der Einsicht in die Dokumentation von Pflegeeinrichtungen. Eine Verbesserung des Rechts zur Einsicht in die Dokumentation wird im Zusammenhang mit der Pflegereform geprüft.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk nimmt zu „Verfahrensrecht bei Behandlungsfehlerverdacht“ wie folgt Stellung:

(1) Es ist richtig, dass Krankenkassen die Versicherten bislang nur ungenügend bei mutmaßlichen Behandlungs- und Pflegefehlern unterstützt haben. Das lag wohl entscheidend daran, dass die maßgebliche Vorschrift in § 66 SGB V als „Kannleistung“ ausgestaltet war. Um die Patientenseite wirkungsvoll zu stärken, erscheint es geboten, den § 66 SGB V so zu fassen, dass die **Krankenkassen mutmaßliche Fehler überprüfen „sollen“ oder gar „müssen“**. Dies dürfte angesichts des insoweit zur Verfügung stehenden Gutachterdienstes MDK auch für die Kassenseite keine Probleme aufwerfen. Angesichts der Möglichkeit, eigene Schäden nach § 116 SGB X ebenfalls geltend zu machen, werden sich für die Kassen sogar finanzielle Vorteile ergeben. Eine verstärkte Unterstützung für die Patientenseite wird auch geeignet sein, die Leistungsanbieter noch umfassender zu motivieren, Fehler zu vermeiden und dieserhalb entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen bzw. zu verbessern.

(2) Dass in § 11 Abs. 4 SGB V angesprochene **Versorgungsmanagement** sollte in geeigneter Weise **Verbesserungen erfahren**. Allerdings kann ein solches Management nur so gut sein, wie auch tatsächlich Versorgungsangebote gemacht werden können. So wird seit Jahren darüber geklagt, dass **die zunehmende Zahl „blutiger Entlassungen“** aus dem Krankenhaus **zu unklaren Versorgungs- und Pflegesituationen führt**. Nicht selten kommt es auch aus „Verlegenheit“ zu einer Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung (kurzzeitig oder auf Dauer). Es erscheint aber angesichts des Grundsatzes **„ambulant vor stationär“** dringend geboten, die **Möglichkeiten einer angemessenen häuslichen Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt entscheidend zu verbessern**. Dazu wäre der § 37 SGB V auszuweiten. Die in dieser Vorschrift gegebene Möglichkeit, dass die Krankenkassen per Satzungsentscheid Ausweitungen des Angebots vornehmen, wird nicht genutzt. **Daher erscheint eine entsprechende gesetzliche Vorschrift dringend erforderlich, die nach „blutiger Entlassung“ eine Pflege Zuhause nach § 37 SGB V gewährleistet**. Dies zumindest so lange, wie eine gegebenenfalls mögliche Einstufung nach § 14 SGB XI noch nicht erfolgt ist.

Im Zusammenhang mit dem Versorgungsmanagement stellen sich weitergehende Fragen der Überleitung. Sog. **Überleitungsbögen** sollten z.B. bundesweit **nach einheitlichem Muster** gestaltet werden.

(3) Ob und ggf. inwieweit weitergehende Informationen bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte **Behandlungsprogramme (DMP)** erforderlich sind, darf bezweifelt werden. Solche Verträge mit gewissen **Bindungswirkungen** finden bei den Beteiligten, Ärzten und Patienten, nicht nur Zustimmung. Dennoch ist gegen weitergehende Informationen nichts einzuwenden. Allerdings sollte sichergestellt werden, dass solche Informationen wirklich nur dem Patientenwohl dienen und nicht ausgerichtet werden an anderen Interessen (z.B. Bindung von Patienten an eine Arztpraxis).

(4) Es ist seit Jahren zu beklagen, dass Krankenkassen im Rahmen von vorgeschriebenen **Genehmigungsverfahren** zum Teil sehr **zögerlich bzw. oft ablehnend** reagieren. Dies wird nicht selten als willkürlich empfunden, da letztlich den Anträgen auf Genehmigung immer eine ärztliche Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit zugrunde liegt. Dass nun nach Verstreichen einer kurzen Prüfungsfrist eine Genehmigung als erteilt gelten soll, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wird damit die Tatsache, dass vor allem bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, zu oft abgelehnt werden, noch nicht aus der Welt geschaffen. **Es sollte nochmals darüber nachgedacht werden, dass die Vorschriften wie „Rehabilitation vor Pflege“ oder „Rehabilitation vor Rente“ eine starke Bedeutung erfahren**.

(5) Es wird sehr befürwortet, den Sozialversicherungsträgern aufzuerlegen, **in einer wesentlich kürzeren Zeit über Anträge zu entscheiden**. Insofern erscheint grundsätzlich eine Monatsfrist ausreichend. Sollte im Rahmen dieser Frist aus unüberwindlichen Gründen eine Entscheidung noch nicht möglich sein, kann der Versicherungsträger ermächtigt werden, eine Verlängerung der Entscheidungsfrist von einem weiteren Monat zu verfügen. Dies muss dann dem Versicherten mit entsprechender Begründung mitgeteilt werden.

(6) Das **Recht auf Einsicht in die ärztliche Krankendokumentation** ist durch die Rechtsprechung ausreichend abgesichert und mittlerweile weitgehend anerkannt (vgl. auch die Ausführungen unter Ziffer I/2). Gleiches muss für die **Pflegedokumentation** gelten. Auch das ist weithin anerkannt. Eine Bekräftigung im geplanten Patientenrechtegesetz, dass das Einsichts- und Kopierrecht auch für die Pflegedokumentation in Krankenhäusern und allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gilt, wäre natürlich hilfreich.

Zur „Stärkung der Patientenbeteiligung“ wird unter Ziffer VI des Grundlagenpapiers ausgeführt:

Patientinnen und Patienten sind an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung - teilweise auch auf Landesebene - zu beteiligen. Hierzu benennen die durch die Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenverbände (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentrale Bundesverband) einvernehmlich sachkundige Personen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung einbringen. Diese im Jahr 2004 eingeführten Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten werden gestärkt.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nimmt zur „Stärkung der Patientenbeteiligung“ wie folgt Stellung:**

Es ist richtig, dass die Patientenbeteiligung verstärkt gehört. Allerdings sind die bislang geschaffenen Instrumente untauglich. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** sieht als Hauptentscheider die Ärzte und Krankenkassen. **Patienten und nichtärztliche Berufe (z.B. Pflegekräfte) sitzen eher am „Katzentisch“** und sind auf **unbedeutende Beteiligungsmöglichkeiten** reduziert. Dabei stellt sich natürlich auch die Grundsatzfrage, ob denn überhaupt der Gemeinsame Bundesausschuss die Kompetenz haben darf, die ihm die gesetzlichen Vorschriften zugedacht haben. **Denn tatsächlich erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss zunehmend Richtlinien und sonstige Regelungen, die das im SGB V garantierte Recht der Versicherten auf die notwendige Krankenversorgung einschränken. Damit wird durch eine nicht demokratisch legitimierte Einrichtung neues Recht zu Lasten der Versicherten geschaffen. Das kann nicht akzeptiert werden.**

Es kann im Übrigen auch nicht gesehen werden, dass allein die genannten Verbände für die Versicherten und Patienten zu sprechen haben. Auch insoweit gibt es **keine demokratische Legitimation**. Für den Bereich der Pflege (SGB XI) ist überhaupt keine geeignete bundesweit tätige Institution beteiligt. Die Bemühungen von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* als Interessenvertretung beim Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung Gehör zu finden, wurden rüde abgeblockt. Bei dem Bemühen von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, beteiligt zu werden, ging es um die spezielle Pflegeproblematik des Pflege-TÜV`s.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* versteht sich als unabhängige und gemeinnützige Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen und ist bundesweit ausgerichtet. Es wird diesseits nicht verstanden, dass man eine solche Institution nicht als Sprachrohr der pflegebedürftigen Menschen anerkennt.**

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk versteht sich als eine der Gesundheits-Selbsthilfe vergleichbaren Initiative, wird aber **nicht finanziell gefördert** (vgl. auch die Ausführungen unter Ziffer VII/1). Die wesentliche Argumentation: Eine Kassenförderung komme nur für die krankheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen infrage. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* gehöre, obwohl man die Arbeit sehr schätze und anerkenne, nicht dazu, man sei ja nur für pflegebedürftige Menschen und nicht für ein bestimmtes Krankheitsbild zuständig. Dabei wurde der hiesigen Argumentation, dass man angesichts der demografischen Entwicklung den Demenzkranken und ihren Problemen besondere Aufmerksamkeit widme, keine Bedeutung beigemessen.

Unter Ziffer VII des Grundlagenpapiers wird ausgeführt, dass die „Patientinnen und Patienten werden über ihre Rechte informiert“ werden sollen:

1. Die unabhängige Patientenberatung ist auf Dauer sicher gestellt.

Um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, ist die Bundesregierung bereits einen wichtigen Schritt gegangen: Seit dem 1. Januar 2011 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern. Die bislang als Modellvorhaben erprobte "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" erhielt nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag für eine bundesweite Beratungsarbeit. Damit sind verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt. Auf diese Weise werden sie in die Lage versetzt, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig bietet eine unabhängige Patientenberatung die Möglichkeit, aus Patientensicht Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen und anzugehen.

2. Der Patientenbeauftragte sorgt für Transparenz.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, den Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz sowie weiteren Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern und Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner. Um hier für die Beteiligten mehr Transparenz über das geltende Recht herzustellen, wird der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung hierüber informieren. Diese Aufgabe wird im SGB V präzisiert.

***Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* nimmt zum „Informationsrecht“ wie folgt Stellung:**

(1) Eine **unabhängige Patientenberatung** muss bundesweit angeboten werden. Dies ist zur Zeit nicht gewährleistet, so dass **in verschiedenen Regionen kein entsprechender Ansprechpartner** zur Verfügung steht. Im Übrigen ist zu bemängeln, dass die vorhandenen Beratungsangebote auch nicht immer ausreichend über Probleme aus dem Bereich der Pflege (SGB XI) informieren können. Zunehmend kommen entsprechende Hilfeersuchen bei *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*. Die gewünschten Hilfeleistungen werden im Rahmen des Möglichen erbracht, ungeachtet der Tatsache, dass es hier keine finanzielle Förderung aus öffentlichen Töpfen gibt (vgl. die Ausführungen unter Ziffer VI).

Es ist im Übrigen wohl so, dass die Patienten mehr über ihre Rechte wissen, als bisher angenommen wurde. Sie sehen oft nur kaum Möglichkeiten, diese Rechte gegenüber dem System, Krankenhäuser und Ärzteschaft, durchzusetzen. Dies sollte bedacht werden. **Es gibt offensichtlich weniger als angenommen ein Regelungs-, sondern eher ein Durchsetzungsproblem.** Ähnlich wie bei der Patientenverfügung muss endlich allseits anerkannt werden, dass der **Patient umfassende Selbstbestimmungsrechte hat und allein sein Wille maßgeblich zu sein hat.**

(2) Dass vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung besondere Informationsaufgaben wahrgenommen werden, ist richtig.

Völlig ungeklärt ist aber, wer bei akuten Pflegeproblemen und Pflegemängeln als Ansprechpartner (vor Ort) zur Verfügung steht. *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* hat hierzu bereits vor einigen Jahren angeregt, auf Länderebene „**Beauftragte für die Belange pflegebedürftiger Menschen**“ einzusetzen. U.a. gab es von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk am 19.07.2010 eine Pressemitteilung zum Thema – sie ist als **Anlage 11** dieser Stellungnahme angefügt.

Das Ergebnis dieser Anregung ist bislang bescheiden. Nur der Freistaat Bayern hat bisher einen Pflegebeauftragten eingesetzt.

Anlage 1:

Patientenrechte in Deutschland

Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz - Grundlagenpapier vom 22.03.2011

Dokument zum Download:

<http://www.patientenbeauftragter.de/upload/Upload/Grundlagenpapier-Patientenrechte-in-Deutschland.pdf>

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit Bundesministerium der Justiz

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26. Oktober 2009 verpflichtet, die Rechte von Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits heute bestehenden, umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. In die Überlegungen der Bundesregierung zu einem Patientenrechtegesetz sind auch die wesentlichen Ergebnisse der Gespräche des Patientenbeauftragten der Bundesregierung mit maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen eingeflossen.

Das Gesetz wird die langjährige Diskussion über die Rechte der Patientinnen und Patienten aufgreifen und das Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine gesetzliche Grundlage stellen. Welche Rechte Patientinnen und Patienten haben, ist derzeit noch an vielen Stellen geregelt. So finden sich neben den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Bundesausschusses und in den Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner sowie in Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz. Weitere Regelungen enthalten die Berufsordnungen der Landesärztekammern. Schließlich sind die Patientenrechte derzeit auch maßgeblich von der Rechtsprechung geprägt.

Das geplante Patientenrechtegesetz wird die Rechte der Patientinnen und Patienten transparenter gestalten und bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abbauen. Gleichzeitig wird die Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten sicherer, indem Risiko- und Fehlervermeidungssysteme dazu beitragen, die Behandlungsabläufe in immer komplexer werdenden medizinischen Prozessen zu optimieren. Die Förderung einer Fehlervermeidungskultur wird Behandlungsfehler jedoch nie gänzlich ausschließen können. Für diesen Fall ist eine verlässliche Unterstützung der Patientinnen und Patienten durch ihre Krankenkasse vorgesehen. Zudem werden die Rechte der Patientinnen und Patienten, aber auch der Pflegebedürftigen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt.

Das Patientenrechtegesetz soll als Artikelgesetz gestaltet werden und im Einzelnen folgende wesentliche Regelungen vorsehen:

I. Behandlungsvertrag

1. Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch

Das Behandlungsvertragsrecht war bislang nicht gesetzlich geregelt. Dies wird sich durch die bevorstehende Novelle nunmehr ändern: Der Behandlungsvertrag soll in das Bürgerliche Gesetzbuch implementiert werden und sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an die Angehörigen anderer Heilberufe wie Heilpraktiker, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten richten. Die Patientin/ der Patient ist verständlich und umfassend zu informieren und auf die Kosten für solche Heilbehandlungen hinzuweisen, die von den Leistungsträgern nicht übernommen werden.

Beispiel: Der Arzt hat den Patienten über die zur Erstellung der Diagnose erforderlichen Maßnahmen, die Diagnose und die beabsichtigte Therapie aufzuklären. Verstößt er hiergegen, so ist eine Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahme unwirksam.

2. Gesetzliche Aufklärungs- und Dokumentationspflicht

Bereits jetzt müssen die Behandelnden Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff grundsätzlich umfassend über die Art der konkreten Behandlung und über deren Risiken aufklären. Die Aufklärung hat in einem persönlichen Gespräch zu erfolgen; eine bloß schriftliche Aufklärung reicht nicht aus. Der Patientin/ dem Patienten muss genügend Zeit für eine wohl überlegte Entscheidung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts verbleiben. Im Streitfall muss die/der Behandelnde die ordnungsgemäße Aufklärung der Patientin/ des Patienten beweisen. Diese Verpflichtungen sollen ausdrücklich gesetzlich festgelegt werden.

Daneben wird die Dokumentationspflicht der/ des Behandelnden gesetzlich konkretisiert werden. Krankenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Dies kann - unter Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit - auch elektronisch erfolgen. Dokumentiert die/ der Behandelnde nicht wie im Gesetz vorgesehen, etwa weil Befunde pflichtwidrig nicht gesichert werden, so wird zu seinen/ ihren Lasten vermutet, dass es die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gegeben hat. Schließlich soll eine gesetzliche Regelung auch das Recht auf Akteneinsicht vorsehen und die Patientin/ den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird.

Beispiel: Den Patienten steht das Recht zu, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese - auf eigene Kosten - zu kopieren.

II. Förderung der Fehlervermeidungskultur

Ein zentrales Anliegen des Patientenrechtegesetzes ist der Schutz der Patientinnen und Patienten. Behandlungsfehlern bereits vorzubeugen hat höchste Priorität.

1. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme werden im Sinne einer effektiven Qualitätssicherung sowohl im Bereich der stationären als auch ambulanten Versorgung gestärkt.

Im Rahmen des Risikomanagements muss für ein Vertrauensklima Sorge getragen werden, das gerade bei der Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern unabdingbar ist. Für die Beschäftigten der medizinischen Einrichtungen sowie der Pflegeheime und Pflegedienste dürfen durch die Meldung von eingetretenen Risiken und Fehlern im Regelfall keine Nachteile entstehen. Gleichzeitig muss den Institutionen für den Fall groben Fehlverhaltens die Möglichkeit erhalten bleiben, adäquat im Sinne des Patientenschutzes zu reagieren. Es wird zu prüfen sein, inwieweit gesetzliche Vorgaben diesem Anliegen Rechnung tragen.

Des Weiteren sollen die Arztpraxen und Krankenhäuser unterstützt werden, unerwünschte Ereignisse und Fehler, die einen Schaden zur Folge hatten, sowie so genannte Beinahe-Fehler systematisch zu erfassen, zu analysieren und notwendige Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Die Nutzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen ist dabei ein zentraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Hierfür ist es notwendig, dass die Einrichtungen die beteiligten Berufsgruppen durch regelmäßige Information und Schulung in entsprechende Maßnahmen einbeziehen und auf diese Weise die Akzeptanz des Risiko- und Fehlermanagements und die Mitwirkung der betroffenen Berufsgruppen fördern. Die Unterstützung erfolgt durch einen zeitlich bestimmten Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, grundsätzliche Anforderungen an Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu erarbeiten, und durch die Schaffung finanzieller Anreize zu deren Einführung, z.B. im Rahmen von Qualitätszuschlägen (ambulant und stationär), sowie durch Transparenzvorgaben insbesondere für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser.

2. Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern wird gefördert.

Im Rahmen der Verpflichtung zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird in § 135a SGB V ein verbindliches Beschwerdemanagement in den Krankenhäusern vorgeschrieben. Dadurch können auch Patientinnen und Patienten in die Offenlegung kritischer Verfahrensabläufe, möglicher Fehlerquellen und Ereignisse, die zu Schäden oder Beinahe-Schäden führen, einbezogen werden. Den Krankenhäusern bleibt frei gestellt, ob dies durch Patientenführsprecher/innen oder Ansprechpartner/innen im Bereich des Qualitätsmanagements geschieht.

Wenngleich eine sorgfältige, fehlerfreie Behandlung der Patientin/ des Patienten unverzichtbar ist und auch künftig die Förderung einer Fehlervermeidungskultur an erster Stelle stehen wird, so zeigt doch die Praxis in den Krankenhäusern und Arztpraxen, dass Behandlungsfehler immer wieder vorkommen und menschliches Fehlverhalten nicht gänzlich unvermeidbar ist. Ist ein Behandlungsfehler eingetreten, so stellt sich die maßgebliche Frage, wie mit diesem Fehler und den daraus resultierenden Schäden (haftungsrechtlich) umgegangen wird. In einfach gelagerten Fällen kann eine gütliche Einigung, zum Beispiel im Wege der Mediation den Parteien helfen, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln. Kommt eine Streitbeilegung außerhalb der Gerichte nicht in Betracht, so führt das Haftungssystem des neuen Patientenrechtegesetzes die Parteiinteressen zu einem sachgerechten Ausgleich.

III. Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems

In Haftungsprozessen stellt sich häufig die Frage, ob ein festgestellter Fehler des/ der Behandelnden auch tatsächlich ursächlich für den eingetretenen Schaden gewesen ist, oder ob der Schaden sowieso eingetreten wäre. An dieser zentralen Stelle soll ein Patientenrechtegesetz für mehr Rechtssicherheit sorgen, indem es die schon von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung in das Bürgerliche Gesetzbuch einfügt.

Beispiel:

- 1.) Im Falle eines groben Behandlungsfehlers, der generell geeignet ist, den Schaden herbeizuführen, wird vermutet, dass der Fehler für den Eintritt des Schadens ursächlich war. Das heißt, dass der Behandelnde den Gegenbeweis antreten muss, dass ein Fehler den Schaden nicht verursacht hat.
- 2.) Stammt der Schaden eines Patienten aus einem Gefahrenbereich, den der Behandelnde objektiv voll beherrschen kann, so wird eine fehlerhafte Verrichtung der Behandlung vermutet.

Im Falle eines für den Schadenseintritt ursächlichen Behandlungsfehlers wird das Verschulden der/ des Behandelnden grundsätzlich vermutet. Dann ist es die Aufgabe der/ des Behandelnden darzulegen und ggf. zu beweisen, dass sie/ ihn kein Verschulden trifft.

Für Patientinnen und Patienten ist es von großer Bedeutung, dass Ärztinnen und Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen, um für etwaige Schäden einen vollständigen Ausgleich zu gewährleisten. Nur auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass auch größere Schadensersatzzahlungen tatsächlich und umfassend erfüllt werden können. Die Länder und (Zahn-)Ärzttekammern werden daher aufgefordert, durch geeignete Überprüfmechanismen einen solchen Schutz der Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht wird es künftig Verbesserungen für Patientinnen und Patienten geben.

IV. Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht stärken.

Gerichtsverfahren wegen Behandlungsfehlern nehmen regelmäßig viel Zeit in Anspruch. Sie stellen nicht nur in finanzieller, sondern auch in psychischer Hinsicht eine erhebliche Belastung für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandelnden dar.

1. Einheitliche Schlichtungsverfahren

Betroffene Patientinnen und Patienten sowie die Behandelnden haben die Möglichkeit einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Unterschiedliche Verfahren in den Ländern führen zu Intransparenz und erschweren die Akzeptanz der Ergebnisse. Einige Landes(zahn)ärztekammern haben Gutachterkommissionen eingerichtet, die ein schriftliches Gutachten zum Behandlungsgeschehen erstellen. In anderen Ländern bestehen Schlichtungsstellen, die darüber hinaus die Haftungsfrage beurteilen und einen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeit abgeben. Die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung sind aufgefordert, auf einheitliche und transparentere Verfahren unter Einbindung von Patientenvertreterinnen und -vertretern in die Spruchkörper hinzuwirken.

2. Spezialisierte Kammern bei den Landgerichten

Für gerichtliche Verfahren vor den Landgerichten besteht die Möglichkeit, spezialisierte Arzthafungskammern einzurichten, damit die für die Bearbeitung von Arzthafungssachen erforderlichen besonderen Fachkenntnisse in einer Spezialkammer konzentriert und Entscheidungen zu einem schnelleren Abschluss geführt werden können. Von dieser Möglichkeit haben die meisten größeren Landgerichte Gebrauch gemacht. § 348 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e der Zivilprozessordnung sieht vor, dass die Entscheidung in einer speziellen Arzthafungskammer grundsätzlich nicht durch die Einzelrichterin/ den Einzelrichter, sondern durch drei Berufsrichter/innen getroffen wird. Wo sich die Einrichtung spezieller Arzthafungskammern - namentlich bei kleineren Landgerichten - vom Geschäftsanfall her nicht lohnt, haben die Länder die Möglichkeit, Arzthafungssachen für die Bezirke mehrerer Landgerichte bei einem Landgericht zu konzentrieren (§ 13a des Gerichtsverfassungsgesetzes).

3. Ein erster Schritt: Verbesserter Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen

Einen ersten Schritt, mit dem auch die Patientenrechte gestärkt werden, hat die Bundesregierung bereits auf den Weg gebracht: bislang konnte gegen einen gerichtlichen Beschluss, durch den die Berufung gemäß § 522 Absatz 2 der Zivilprozessordnung zurückgewiesen wurde, kein Rechtsmittel eingelegt werden. Diese Rechtslage, die insbesondere in Arzthafungsfällen als unbefriedigend empfunden wurde, wird durch den Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 4. Februar 2011 geändert: gemäß § 522 Absatz 3 der Zivilprozessordnung wird es künftig möglich sein, in allen Berufungssachen mit einer Beschwerde von über 20.000 € ein Rechtsmittel, nämlich die Nichtzulassungsbeschwerde, einzulegen.

V. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern

1. Patientinnen und Patienten werden bei Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler unterstützt.

Derzeit ist es den Krankenkassen sowie den Pflegekassen frei gestellt, ihre Versicherten in Fällen, in denen der Verdacht auf einen Behandlungs- und Pflegefehler vorliegt, zu unterstützen. Die Kassen haben von dieser Möglichkeit bisher kaum Gebrauch gemacht. Zukünftig sollen Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadensersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen. Dies kann etwa durch Unterstützungsleistungen, mit denen die Beweisführung der Versicherten erleichtert wird, z.B. medizinische Gutachten, geschehen. Hierzu wird die Regelung des § 66 SGB V stringenter ausgestaltet.

2. Patientenrechte beim Übergang zwischen unterschiedlichen Leistungssektoren und Leistungsträgern werden gestärkt.

Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vorschrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und genutzt. Sie ist daher so auszugestalten, dass der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere nach Entlassung aus dem Krankenhaus eingelöst werden kann.

3. Transparenz und Information bei Selektivverträgen und bei Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) werden verbessert.

Sogenannte DMPs sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Selektivverträge, etwa Verträge zur integrierten Versorgung, bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung zu optimieren und den Versicherten entsprechende Angebote zu machen.

Häufig sind den Versicherten die für sie bestehenden Möglichkeiten in diesem Zusammenhang nicht ausreichend bekannt. Die bereits bestehenden Informationsrechte der Versicherten bei Teilnahme an DMPs und Selektivverträgen werden daher ausgebaut. Patientinnen und Patienten erhalten soweit wie möglich die versorgungsrelevanten Informationen über den Inhalt entsprechender Verträge und Programme.

4. Sanktionen bei Verletzung von Verfahrensvorschriften werden eingeführt.

Verschiedene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Hierzu gehören z.B. medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege sowie Haushaltshilfe. Diese Bewilligungsverfahren sollen durch Festlegung gesetzlicher Fristen für alle bei den Krankenkassen zu beantragenden Leistungen beschleunigt werden. In Anlehnung an die für Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im SGB IX wird geregelt, dass die Krankenkassen über die Leistungen innerhalb einer bestimmten Frist nach Antragseingang zu entscheiden haben. Wenn die Krankenkassen unbegründet nicht fristgerecht über den Leistungsantrag entscheiden, sollen sich die Versicherten die erforderliche Leistung letztlich selbst beschaffen können. In diesen Fällen werden die Krankenkassen zur Erstattung erforderlicher Aufwendungen verpflichtet.

5. Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern sollen verkürzt werden.

Patientinnen und Patienten sind insbesondere aus finanziellen Gründen darauf angewiesen, dass Sozialversicherungsträger Anträge auf Gesundheitsleistungen schnell bescheiden. Sowohl aus den allgemeinen Vorschriften des SGB I als auch aus den verfahrensrechtlichen Regelungen des SGB X ergibt sich, dass die Behörden gehalten sind, zügig über die Anträge zu entscheiden. Geschieht dies nicht, kann gemäß § 88 Sozialgerichtsgesetz nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten unmittelbar das Sozialgericht angerufen werden. Es wird zu prüfen sein, ob eine Reduzierung dieser Frist auf etwa zwei Monate sachgerecht ist, um die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

6. Die Rechte Pflegebedürftiger werden weiter verbessert.

Nach dem SGB X haben Behörden Beteiligten Einsicht in die Akten zu gestatten, soweit die Kenntnis zur Geltendmachung rechtlicher Interessen erforderlich ist. Im SGB XI gibt es zudem für die Pflegeversicherung ein Recht der Versicherten, durch die Pflegekassen über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten informiert zu werden. Nicht eindeutig geregelt ist jedoch die Möglichkeit der Einsicht in die Dokumentation von Pflegeeinrichtungen. Eine Verbesserung des Rechts zur Einsicht in die Dokumentation wird im Zusammenhang mit der Pflegereform geprüft.

VI. Stärkung der Patientenbeteiligung

Patientinnen und Patienten sind an bestimmten, sie betreffenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie weiterer Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung - teilweise auch auf Landesebene - zu beteiligen. Hierzu benennen die durch die Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Patientenverbände (Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentrale Bundesverband) einvernehmlich sachkundige Personen, die ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung einbringen. Diese im Jahr 2004 eingeführten Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten werden gestärkt.

VII. Patientinnen und Patienten werden über ihre Rechte informiert.

1. Die unabhängige Patientenberatung ist auf Dauer sicher gestellt.

Um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, ist die Bundesregierung bereits einen wichtigen Schritt gegangen: Seit dem 1. Januar 2011 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung dauerhaft zu fördern. Die bislang als Modellvorhaben erprobte "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" erhielt nach einem Ausschreibungsverfahren den Zuschlag für eine bundesweite Beratungsarbeit. Damit sind verlässliche und kostenfreie Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen, Patienten und Versicherte bereitgestellt. Auf diese Weise werden sie in die Lage versetzt, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig bietet eine unabhängige Patientenberatung die Möglichkeit, aus Patientensicht Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen und anzugehen.

2. Der Patientenbeauftragte sorgt für Transparenz.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, den Sonderregelungen in den Sozialgesetzbüchern, den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und Spezialnormen wie dem Arzneimittelgesetz sowie weiteren Regelungen in den Berufsordnungen der Landesärztekammern und Bundesmantelverträgen der Selbstverwaltungspartner. Um hier für die Beteiligten mehr Transparenz über das geltende Recht herzustellen, wird der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten die Rechte der Patientinnen und Patienten umfassend zusammenstellen und die Bevölkerung hierüber informieren. Diese Aufgabe wird im SGB V präzisiert.

Quelle: Pressemitteilung vom 22.03.2011

http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idart=56

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Aktuelles/PatientenrechtegesetzEckpunkte22032011.pdf>

Weitere Beiträge (Diskussion) zum Thema „Patientenrechte“ im Forum Werner Schell

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?p=58345#58345>

Anlage 2:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 11.05.2010

Patientenrechtegesetz (PatRG) überfällig

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert klare und verbindliche Aussagen zur **Patienten - Selbstbestimmung**

Die Rechte der Patienten bzw. pflegebedürftigen Personen einerseits und die Pflichten der Leistungserbringer, z.B. Ärzte, sonstige Gesundheitsberufe, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, andererseits, sind in der bundesdeutschen Rechtsordnung nur unzureichend durch gesetzliche Vorschriften geregelt. Daher ergab sich nicht selten Streit mit der Folge, dass Gerichte zur Entscheidung eingeschaltet werden mussten.

Im Gefolge solcher Streitfälle haben die Gerichte in vielfältiger Weise die Rechtsbeziehungen zwischen den im Gesundheits- und Pflegesystem Beteiligten in Form von sog. Richterrecht näher ausgeführt. Die Gerichte waren dabei immer wieder bemüht, die Grundsätze des verfassungsrechtlich vorgegebenen Patienten – Selbstbestimmungsrechtes zur Geltung zu bringen und eine Art „Waffengleichheit“ zwischen den Beteiligten herauszustellen. In diesem Zusammenhang wurden z.B. Regeln über die Aufklärungspflicht und die Beweislastumkehr in Medizinschadensangelegenheiten geprägt.

Dies alles hat in den zurückliegenden Jahren verschiedene Bundes- und Länderministerien veranlasst, Broschüren mit den „Patientenrechten in Deutschland“ zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausbringen. Diese Informationsschriften befassen sich vor allem mit den Rechten und Pflichten im Behandlungsverhältnis und den Möglichkeiten, in einem Schadensfall gegebene Rechtsansprüche zu verfolgen. Ergänzt wurden diese Broschüren durch gezielte Informationen zum Betreuungsrecht und zur Patientenverfügung.

Trotz all dieser Bemühungen von Rechtsprechung und Behörden ist es aber immer noch so, dass die Patientenrechte nur unvollkommen zur Geltung kommen und von Patienten bzw. pflegebedürftigen Personen mangels ausreichender Kenntnisse auch nicht immer konsequent eingefordert werden.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert daher, die Rechte und Pflichten der Beteiligten im Gesundheitswesen in einem Patientenrechtegesetz (PatRG) umfassend festzuschreiben. Dabei sollte auch vorgesehen werden, dass Behandlungs- und Pflegefehler einer noch zu schaffenden zentralen Institution zu melden und von dort einer wissenschaftlichen Auswertung zuzuführen sind. Im Übrigen erscheint es sinnvoll, für die Verfolgung von Medizinschäden (zivilrechtlich wie strafrechtlich) Schwerpunktzuständigkeiten im Justizbereich vorzusehen. Die komplexe Materie macht es nämlich erforderlich, dass sich vornehmlich speziell ausgebildete Bedienstete und Richter mit solchen Streitfällen befassen. In diesem Zusammenhang wäre auch an eine Ausgestaltung des medizinischen Gutachterwesens zu denken in der Absicht, dass immer wirklich unabhängige Sachverständige in die Prozessauseinandersetzungen einbezogen werden können. Bekanntlich werden die Entscheidungen in Medizinschadensfällen maßgeblich durch die Gutachter bestimmt.

Mit der Schaffung eines Patientenrechtegesetzes sollten auch die Vorschriften über die Patientenverfügung, die derzeit als Teil des Betreuungsrechtes (BGB) ausgestaltet sind, in den entsprechenden Gesetzestext eingebunden werden. Grundsätzliche Aussagen über in der Zukunft liegende Behandlungs- bzw. Pflegesituationen sind Ausdruck des verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmungsrechtes und müssen auch in einem Patientenrechtegesetz im Zusammenhang mit der Bedeutung des Patientenwillens dargestellt sein. Die isolierten Ausführungen über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen allein im Zusammenhang mit dem Betreuungsrecht entbehren der notwendigen Klarheit und werfen weiterhin zahlreiche rechtliche und tatsächliche Fragen auf. Die mit den jetzigen Vorschriften über die Patientenverfügung geschaffene Rechtslage gibt bereits we-

nige Monate nach ihrer Einfügung in das BGB zu vielfältigen Diskussionen und Gesetzesauslegungen Anlass. Dieser unbefriedigende Zustand sollte schnellstmöglich im Zusammenhang mit der Schaffung eines Patientenrechtegesetzes überwunden werden.

Ein Patientenrechtegesetz sollte sich nicht allein auf die Arzt-Patienten-Beziehung konzentrieren, sondern auch die Grundsätze des in den Pflegesystemen maßgeblichen Pflegerechts erfassen. Vor allem sollten die Grundsätze der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ einbezogen werden mit der Folge, dass die entsprechenden Gewährleistungen zu subjektiv-öffentlichen Rechten mit Anspruchscharakter ausgestaltet werden.

Dass sich wiederholt verschiedene Organisationen der Gesundheitsberufe gegen ein Patientenrechtegesetz ausgesprochen haben, ist unbeachtlich. Die in diesem Zusammenhang aufgestellte Behauptung, Patientenrechte wären bereits jetzt ausreichend gesichert, geht an der Lebenswirklichkeit völlig vorbei und kann nur als einseitiges und interessengeleitetes Statement verstanden werden.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Anlage 3:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 29.10.2008

Statement von "Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk" zum geplanten Heimrecht in Nordrhein-Westfalen:

"Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" verbindlich machen!

Der Gesetzentwurf der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen (NRW) zum geplanten Heimrecht mit der Bezeichnung „Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen“ enthält lediglich in § 1 Abs. 2 einige allgemeine Ausführungen, die in verkürzter Form einen Bezug zu den Chartagrundsätzen herstellen. Diese Ausführungen, unter „Zweck des Gesetzes“, sozusagen als eine Vorbemerkung versteckt, können keine Rechtswirkungen nach sich ziehen. Dies ergibt sich aus dem Charakter einer solchen allgemeinen Zweckbeschreibung und zum anderen daraus, dass hier eine „Soll“-Regelung ausformuliert wurde. „Die Betreuungseinrichtungen sollen ...“ ist lediglich eine Aufmunterung und löst keine konkreten Verpflichtungen aus. Damit sind für die HeimbewohnerInnen keine subjektiv-öffentlichen Rechte geschaffen, die allein die Möglichkeiten bieten könnten, die zur Durchsetzung der Menschenwürdegarantie erforderlichen Klarstellungen herbeizuführen. Auch im weiteren Gesetzestext ist keine Vorschrift zu finden, die auch nur annähernd geeignet wäre, den Grundsätzen der o.a. Charta irgendeine durchsetzbare Verbindlichkeit zu verleihen. So könnte man sich zum Beispiel auch vorstellen, in § 5 des Gesetzes vorzugeben, dass die Grundsätze der Charta zu den Pflichten der Betreiber von Betreuungseinrichtungen gehören und folglich in den Heimvertrag einzubinden sind.

Da auch solche Hinweise fehlen, ist wohl die Aussage begründet, dass auch nach Verabschiedung des jetzt vorliegenden Gesetzestextes in NRW die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ nichts anderes als ein Papiertiger bleibt.

In der Gesetzesbegründung der Landesregierung zu § 1 Abs. 2 wird ausdrücklich hervorgehoben, dass mit dem Katalog des Absatzes 2 keine subjektiv-öffentlichen Rechte begründet werden. Man hat also regierungsamtlich das Problem anerkannt! Dann wird aber wahrheitswidrig behauptet, dass den Betreibern in Wahrnehmung des staatlichen Fürsorgeauftrages die Beachtung der Charta durch dieses Gesetz auferlegt werde. Damit sei der Staat seinem Schutzauftrag nachgekommen. – Genau dies ist aber nicht der Fall. § 1 Abs. 2 ist ausdrücklich als „Sollvorschrift“ konzipiert und verleiht, so die Regierung selbst, keinerlei Ansprüche.

Damit verbleiben alle die menschenwürdige Pflege betreffenden Grundsätze im Unverbindlichen und sind weiterhin der freien Interpretation aller Beteiligten zugänglich. Wenn man sich die unzulänglichen Pflege-Rahmenbedingungen (unzureichender Pflegebegriff, ungenügende Personalausstattungen der Pflegeeinrichtungen, Finanzierungsprobleme usw.) vor Augen führt, wird auch das nordrhein-westfälische Heimrecht mit dem jetzt vorliegenden Text keinen Schritt nach vorne tun, wenn es um die Durchsetzung der Menschenwürdegarantie bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen geht. Wenn es bei der jetzigen unzulänglichen Regelung bleibt, wäre eine große Chance, auch zur Minimierung der immer wieder beschriebenen Pflegemängel (vgl. u.a. MDS-Berichte aus 2005 und 2007), vertan!

Der Landtag von NRW wurde am 26.10.2008 angeschrieben und gebeten, die notwendigen Korrekturen im vorliegenden Gesetzentwurf der Landesregierung vorzunehmen. - Unterstützung erwünscht!

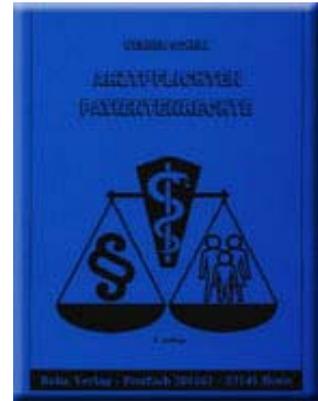
Werner Schell - Dozent für Pflegerecht –

Hier geht's zur → „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“
mit weiteren Informationen: <http://www.pflege-charta.de>

Anlage 4:

Arztpflichten - Patientenrechte

4. Auflage 1993. 136 Seiten. DIN A 5. 8,00 Euro.
ISBN 3 88239 065 4. Reha Verlag,
Postfach 201161, 53141 Bonn.



Das Buch verfolgt den Zweck, die verschiedenen Rechte und Pflichten im Spannungsfeld zwischen Patient und Arzt (Krankenhaus) informativ darzustellen. Es will aber nicht nur in einfacher und verständlicher Sprache mit dem Patienten- und Arztrecht vertraut machen, sondern will auch eine Fülle von Informationen und Ratschlägen für die konkrete Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern (umgangssprachlich auch „Kunstfehler“) und Sorgfaltspflichtverletzungen anbieten. Der Ratgeber will auch deutlich machen, dass es der mündig gewordene Patient mit Hilfe mutiger Initiativen und der rechtsprechenden Organe dieses Staates verstanden hat, im Verhältnis zum Arzt zu einer Art „Waffengleichheit“ zu gelangen.

Die 4. Auflage des „Patientenratgebers“ präsentiert sich in aktueller Aufmachung (Stand: April 1993) und bringt (im Anhang) u.a. Erklärungen zu den Patientenrechten und die neuesten Grundsätze der ärztlichen Aufklärungspflicht. Die Verfahrensordnungen der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärzte- und Zahnärztekammern sind ebenfalls abgedruckt.

Aus früheren Besprechungen:

„Durch eine möglichst rechtzeitige Beachtung der in diesem Buch von einem Experten des Patientenrechts in allgemeinverständlicher Art und Weise dargestellten Rechte und Pflichten zwischen Patient und Arzt bzw. Krankenhaus kann viel unnötiger Ärger vermieden werden. Besonders wertvoll sind die praktischen Ratschläge sowie Adresshinweise für die konkrete Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen und für die Inanspruchnahme von Schlichtungs- und Gutachterstellen der Ärztekammern. Ein interessanter Ratgeber für Arzt und Patient“ (Z. „Der Arzt und sein Recht“; 22/91).

Quelle: <http://www.wernerschell.de/html/arztpflichten.php>

Anlage 5:

Patientenrechte in Deutschland heute

Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier

I. PRÄAMBEL

II. PATIENTENRECHTE AUF SORGFÄLTIGE INFORMATION

Recht auf Information

Einwilligung

Umfang der Aufklärung

Information über Versuchsbehandlungen

Zeitpunkt der Aufklärung

Wer klärt den Patienten auf?

Wer ist außer dem Patienten zu informieren?

Verzicht auf Aufklärung

Dokumentation der Aufklärung

Information und Beratung durch Krankenkassen und andere Stellen

III. PATIENTENRECHTE IN DER BEHANDLUNG

Recht auf qualifizierte Behandlung

Recht auf qualifizierte Pflege und Versorgung

Wahlrechte des Patienten

Mitwirkung des Patienten an der Behandlung

Dokumentation der Behandlung

Einsichtsrecht

Vertraulichkeit der Patientendaten und Datenschutz

Übernahme der Behandlungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Aufklärung über die Kostenübernahme

IV. RECHT AUF SELBSTBESTIMMTES STERBEN

V. RECHTE IM SCHADENSFALL

Bei wem kann man sich beschweren und sich beraten lassen?

Wo kann man Schadensersatzansprüche klären lassen?

Kosten

Gerichtsverfahren

Unterstützung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung

I. Präambel

Niemand darf bei der medizinischen Versorgung wegen Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen, politischen und sonstigen Anschauungen, seines Alters, seiner Lebensumstände oder seiner Behinderung diskriminiert werden.

Behandlung und Pflege haben die Würde und Integrität des Patienten zu achten, sein Selbstbestimmungsrecht und sein Recht auf Privatheit zu respektieren und das Gebot der Humanität zu beachten.

Respekt, Vertrauen und die einverständliche Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten sind unabdingbare Voraussetzungen für den gewünschten Erfolg einer Behandlung.

Das vorliegende Dokument informiert Patienten und Versicherte über ihre wichtigsten Rechte und Pflichten. Es soll gleichzeitig Ärzten, Zahnärzten, Pflegekräften und Psychotherapeuten sowie Mitarbeitern aus Gesundheitsfachberufen bei der täglichen Arbeit als Orientierungshilfe dienen. Wenn Arzt und Patient ausreichend informiert sind, kann eine vertrauensvolle Beziehung entstehen. Patienten und Ärzte haben das übereinstimmende Ziel, Gesundheit zu erhalten, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen, zu lindern und zu heilen. Dieses Ziel erfordert eine gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten im Gesundheitssystem, auch der Krankenkassen und Gesundheitsverwaltungen.

Nur wer seine Rechte und Pflichten kennt, kann diese Aufgabe bewusst und erfolgreich wahrnehmen. Wer als Patient über seine Rechte informiert ist, kann sich aktiv am Behandlungsprozess beteiligen. Wer als Arzt, Krankenhaus oder Versicherer seine Pflichten kennt, kann Patienten besser unterstützen.

Dieses Dokument soll zur Stärkung der Position des Patienten im Gesundheitswesen beitragen. Es will das Arzt-Patienten-Gespräch anregen und durch Informationen die Entscheidung des Patienten erleichtern. Das Dokument schafft dabei kein neues Recht, sondern gibt einen Überblick über wesentliche bestehende Rechte. Es ersetzt keine Beratung im Einzelfall.

Das Dokument ist eine Momentaufnahme und wird entsprechend der rechtlichen Entwicklung fortzuschreiben sein. Insbesondere gilt es, die Beteiligung von Patienten im Gesundheitswesen auszubauen.

Patienten haben ein Recht auf detaillierte Information und Beratung, sichere, sorgfältige und qualifizierte Behandlung und angemessene Beteiligung. Dabei sind die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz zu beachten.

Ein Behandlungserfolg kann jedoch trotz bester Therapie nicht garantiert werden. Gleichzeitig fördert die Mitwirkung und Einhaltung der Pflichten durch den Patienten sehr wesentlich den Behandlungserfolg.

II. Patientenrechte auf sorgfältige Information

Eine sorgfältige Patientenaufklärung und ärztliche Beratung und das vertrauensvolle Gespräch mit dem Arzt sind die besten Voraussetzungen für eine angemessene Vorsorge, Diagnose, Therapie und Nachsorge.

Recht auf Information

Patienten haben ein Recht in einem persönlichen Gespräch von ihrem Arzt vor der Behandlung verständlich, sachkundig und angemessen aufgeklärt und beraten zu werden. Dies umfasst je nach Erkrankung:

- die geeignete Vorbeugung,
- die Diagnose,
- Nutzen und Risiken diagnostischer Maßnahmen,
- Nutzen und Risiken der Behandlung sowie der zur Anwendung kommenden Arzneimittel und Medizinprodukte
- Chancen der Behandlung im Vergleich zum Krankheitsverlauf ohne Behandlung,
- die Behandlung der Erkrankung und ihre Alternativen, soweit sie mit unterschiedlichen Risiken verbunden sind,
- Nutzen und Risiken der Behandlung sowie
- eine eventuell erforderliche Nachbehandlung.

Dies gilt entsprechend auch für Schwangerschaften und Geburten.

Aufklärung und Beratung müssen auch für Patienten, die sich mit dem Arzt sprachlich nicht verständigen können, verstehbar sein. Der Arzt muss sich davon überzeugen, dass der Patient die Information versteht und verstanden hat. Der Arzt ist allerdings nicht für die Hinzuziehung eines Dolmetschers verantwortlich und kann eine Behandlung ablehnen, soweit es sich nicht um einen Notfall handelt.

Einwilligung

Vor jeder Behandlung muss der Patient seine Einwilligung geben. (Ausnahme: Notfallbehandlung nach mutmaßlicher Einwilligung). Die Einwilligungserklärung sollte ausdrücklich erfolgen, kann sich aber auch aus eindeutigen Umständen ergeben (z. B. der Patient erscheint zur angesetzten Behandlung).

Die wirksame Einwilligung des Patienten ist zwingende Voraussetzung der ärztlichen Behandlung. Eine Einwilligung kann nur wirksam sein, wenn der Patient vorher aufgeklärt wurde oder eindeutig darauf verzichtet hat.

Wirksam einwilligen kann nur, wer einwilligungsfähig ist. Einwilligungsfähig sind auch Betreute und Minderjährige, wenn sie die nötige Einsichtsfähigkeit besitzen. Gerichte fordern teilweise auch bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters in die Behandlung (z. B. Schwangerschaftsabbruch). Wird diese verweigert, kann sie unter bestimmten Bedingungen durch gerichtliche Entscheidung ersetzt werden. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder des vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuers erforderlich. Die Bestellung eines Betreuers ist entbehrlich, wenn der Patient rechtzeitig eine Person seines Vertrauens für die Zustimmung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt hat. (Vorsorgevollmacht).

Wenn der Patient nicht ansprechbar ist, reicht bei lebens- und gesundheitserhaltenden Notfallbehandlungen seine mutmaßliche Einwilligung aus. Diese sollte durch Auskünfte naher Angehöriger (auch Lebenspartnerin/Lebenspartner, Freunde) gestützt werden.

Umfang der Aufklärung

Der Umfang der Aufklärung richtet sich insbesondere nach der Schwere und der Dringlichkeit des Eingriffs. Je dringlicher der Eingriff ist, desto weniger Zeit bleibt für die Information; trotzdem muss eine Aufklärung erfolgen. Kann man die Behandlung vorausplanen, gilt eine solche Einschränkung nicht.

Im Allgemeinen genügt eine Aufklärung "im großen und ganzen". Der Patient muss also nicht über medizinische Details informiert werden, sondern es reicht aus, wenn die für die Lebensführung des Patienten wichtigen Informationen gegeben werden. Dies sind insbesondere der Nutzen der Behandlung, ihre Risiken, die Auswirkungen und Verhaltensanweisungen für die weitere Lebensführung. Über in der Bevölkerung allgemein bekannte Risiken einer Behandlung (z. B. Risiko von Wundinfektionen) muss nicht aufgeklärt werden.

Auch über Nutzen und Risiken der Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten muss der Arzt aufklären.

Patienten haben über die allgemeine Informationspflicht des Arztes hinaus das Recht zu fragen. Der Arzt ist verpflichtet, auf diese Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten.

Information über Versuchsbehandlungen

Es gibt Behandlungen, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich noch nicht abgesichert sind, die aber unter Umständen die einzige Chance auf eine Verbesserung des Krankheitszustandes darstellen. Dies können z. B. individuelle Heilversuche oder klinische Prüfungen sein. Insbesondere klinische Prüfungen werden von Ethikkommissionen begutachtet und unterliegen einer gesonderten Versicherungspflicht.

Der Patient hat auch hier das Recht, diese Behandlungen ohne Angabe von Gründen abzulehnen, ohne dass ihm dadurch ein Nachteil erwächst. Nimmt der Patient an einem Heilversuch oder einer klinischen Prüfung teil, kann er wie auch sonst die einmal erteilte Einwilligung jederzeit zurücknehmen.

Über eine mögliche Teilnahme an Versuchsbehandlungen muss umfassend und vollständig informiert werden. Hier reicht eine Information "im großen und ganzen" nicht aus. Stattdessen muss bei Versuchsbehandlungen über Durchführungsbedingungen, Nutzen und Risiken sowie über Behandlungsalternativen vollständig aufgeklärt werden. Dazu gehört im Falle einer klinischen Prüfung auch die Information darüber, welche Chancen der Patient hat, tatsächlich die neue Behandlung zu erhalten.

Zeitpunkt der Aufklärung

Der Patient muss rechtzeitig vor der Behandlung aufgeklärt werden. Der richtige Zeitpunkt hängt von der Art der Behandlung und ihrer Dringlichkeit ab. Wird ein Eingriff geplant, dann muss die Aufklärung spätestens zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Vornahme des Eingriffs erfolgen. Auch bei kleineren Eingriffen, die stationär vorgenommen werden, muss eine Aufklärung rechtzeitig am Tag davor stattfinden.

Bei ambulanten Eingriffen kann dagegen eine Aufklärung erst am Tage des Eingriffs noch rechtzeitig sein.

Wer klärt den Patienten auf?

Zur Aufklärung verpflichtet ist in der Regel der behandelnde Arzt. Im Krankenhaus kann das auch ein anderer Arzt sein, der mit der Behandlung vertraut ist. Bei Eingriffen unter Narkose ist der Narkosearzt zusätzlich für die Narkoseaufklärung zuständig. Nichtärztliches Personal darf keine ärztlichen Aufklärungsaufgaben übernehmen.

Wer ist außer dem Patienten zu informieren?

Der Patient entscheidet, wen der Arzt außer ihm oder statt seiner informieren darf oder soll. Eine solche Entscheidung des Patienten kann ausdrücklich erfolgen oder sich aus den Umständen ergeben. Der Arzt ist daran gebunden und darf nur die Vertrauensperson informieren. Diesen Personen steht dann ein Recht auf Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten zu.

Ist der Patient zu einer solchen Entscheidung nicht in der Lage, ist sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln.

Verzicht auf Aufklärung

Patienten haben das Recht, auf die ärztliche Aufklärung zu verzichten. Dies sollten Patienten eindeutig äußern. Der Arzt hat nicht das Recht, von der Aufklärung nach eigenem Ermessen abzusehen, ausgenommen, wenn Leben oder Gesundheit des betreffenden Patienten durch die Aufklärung erheblich und konkret gefährdet würde.

Dokumentation der Aufklärung

Ebenso wie die Behandlung ist die Patientenaufklärung zu dokumentieren. In Arztpraxen und Krankenhäusern können zur Erleichterung der Dokumentation der Aufklärung Formulare oder Aufklärungsbögen verwendet werden, die unter anderem den Nutzen und die Risiken der Behandlung beschreiben und Besonderheiten des individuellen Aufklärungsgesprächs festhalten. Diese Dokumente werden zu den Krankenakten des Patienten genommen, nachdem sie von ihm unterschrieben sind. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen in keinem Fall das Aufklärungsgespräch. Bezüglich der Einsichtnahme und der Erstellung von Abschriften oder Kopien wird auf das dritte Kapitel verwiesen.

Information und Beratung durch Krankenkassen und andere Stellen

Die Krankenkasse muss den Patienten individuell über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beraten. Versicherte haben auf Antrag einen Anspruch an ihre Krankenkasse auf Information über die in einem Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen.

Die Sozialleistungsträger haben die Pflicht, der Bevölkerung eine allgemeine Aufklärung über die sozialrechtlichen Rechte und Pflichten zu geben.

Der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt durch die kommunalen Gesundheitsämter viele Aufgaben der Beratung, Förderung und Hilfe in gesundheitlichen Belangen, bei Krankheit und Behinderung. Es besteht ein Anspruch auf Gewährung der gesetzlich vorgesehenen Leistungen. Die Sozialhilfebehörden beraten, informieren und unterstützen bei Behinderung.

Ärzte- und Zahnärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Pflegeorganisationen, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Verbraucherschutzverbände und unabhängige Patientenberatungsstellen beraten und informieren über gesundheitliche Belange. Darüber hinaus bieten neben den Rechtsanwältinnen auch Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Verbraucherschutzverbände und unabhängige Patientenberatungsstellen Unterstützung bei der Durchsetzung von Patientenrechten.

III. Patientenrechte in der Behandlung

Recht auf qualifizierte Behandlung

Der Patient hat ein Recht auf eine sichere, sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Dies setzt voraus, dass die Behandlung wissenschaftlich gesichert und/oder aufgrund praktischer ärztlicher Erfahrung in der Ärzteschaft akzeptiert ist. Die Wirksamkeit der Patientenbehandlung ist zu optimieren und ihre Risiken sind zu minimieren. Über die Wirkung der Behandlung ist der Patient zu informieren.

Eine Behandlung, die diesen Erfordernissen nicht entspricht, aber dennoch ärztlich vertretbar ist, darf nur durchgeführt werden, wenn der Patient über die Unsicherheit der Behandlung und über ihre Nutzen und Risiken aufgeklärt wurde und daraufhin eingewilligt hat.

Arzneimittel oder Medizinprodukte, die zur Behandlung eingesetzt werden, müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllen. Dafür tragen der Hersteller, teilweise auch Arzt oder Krankenhaus, die Verantwortung.

Sind in einer Praxis oder im Krankenhaus die erforderlichen organisatorischen, personellen (z. B. Ausbildung des Personals, Spezialisierung) oder sachlichen (z. B. medizinische Geräte, Hygienestandards) Voraussetzungen einer Behandlung nicht oder nicht mehr gegeben, so ist der Patient unverzüglich an einen geeigneten Arzt oder ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen. Zumindest ist der Patient über die Situation zu informieren. Eine Überweisung an einen anderen Arzt oder ein anderes Krankenhaus ist dann notwendig, wenn der erforderliche Standard nicht gewährleistet ist.

Recht auf qualifizierte Pflege und Versorgung

Der Patient hat während der Behandlung auch ein Recht auf qualifizierte Pflege und Betreuung und auf den Schutz seiner Privatsphäre. Bei stationären Behandlungen hat der Patient außerdem ein Recht auf eine angemessene und sichere Unterbringung und Versorgung sowie die Möglichkeit, Besuche zu empfangen oder abzulehnen.

Der Patient ist zu informieren, wer für seine Behandlung und Pflege zuständig ist. Andere Personen als das Behandlungs- und Pflegepersonal dürfen bei therapeutischen Gesprächen (auch Visiten) und der Behandlung nur nach vorheriger Zustimmung des Patienten anwesend sein. Der Arzt kann den Wunsch des Patienten, weitere Personen hinzuzuziehen, nur in begründeten Fällen ablehnen und muss sich um eine Einigung mit dem Patienten bemühen.

Wahlrechte des Patienten

Der Patient hat ein Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl. Dies schließt im ambulanten Bereich das Recht ein, den Arzt zu wechseln.

Im Notfall hat der Patient ein Recht auf sofortige Behandlung.

Der Patient hat ein Recht auf die Wahl zwischen Behandlung und Nichtbehandlung. Wenn mehrere gleichwertige medizinische Behandlungen oder Behandlungsmethoden bestehen, hat er die Möglichkeit zu wählen. Ist zwischen Arzt und Patient darüber kein Einverständnis herzustellen, kann der Arzt die Behandlung ablehnen.

Der gesetzlich Krankenversicherte kann unter den zugelassenen Behandlern auswählen. Das Behandlungsrecht umfasst die in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Behandlungsmethoden. In der ambulanten Behandlung kann der Versicherte neue Behandlungsmethoden beanspruchen, wenn sie ein Anerkennungsverfahren durchlaufen haben. Dies gilt auch für alternative Behandlungsverfahren. Behandlungsmethoden der sogenannten besonderen Therapierichtungen und Außenseitermethoden sind nur sehr eingeschränkt in der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

Niemand kann zur Behandlung gezwungen werden und niemand darf eine Behandlung erzwingen. In seltenen Ausnahmefällen kann der Staat Anordnungen treffen, die die Gesundheit und Selbstbestimmung des Patienten berühren (z. B. die Einweisungsmöglichkeit nach dem Unterbringungsrecht oder die Pflicht, Untersuchungen nach dem Bundesseuchengesetz zu dulden).

Jeder Patient sollte die Entscheidung über eine Behandlung nach eingehender Beratung durch den Arzt seines Vertrauens treffen.

Der Patient kann eine ärztliche Zweitmeinung einholen. Er sollte sich vorher aber über Kostenfolgen informieren.

Mitwirkung des Patienten an der Behandlung

Jede Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten. Die Verständigung zwischen Arzt und Patient ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung.

Eine erfolgreiche Behandlung hängt wesentlich von der Bereitschaft des Patienten ab, die ärztlichen Empfehlungen zu beachten (z. B. Arzneimittelaufnahme, Regeln der Lebensführung, Information des Arztes über unerwünschte Wirkungen einer Behandlung). Der Arzt muss den Patienten in Kenntnis setzen, welches Verhalten wünschenswert ist, um den Behandlungserfolg zu sichern und Gefahren der Behandlung abzuwenden. Beispielsweise muss der Arzt über die Dosierung, den Zeitpunkt der Einnahme und das richtige Verhalten beim Auftreten unerwünschter Wirkungen eines Arzneimittels informieren. Nur so kann der Patient an der erfolgreichen Durchführung der Behandlung mitwirken. Diese Information muss verständlich erfolgen.

Von den Verhaltensregeln sollte nur nach einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt abgewichen werden. Bei anhaltend fehlender Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung, die zu einer dauerhaften Störung des Vertrauensverhältnisses führt, kann der Arzt die weitere Behandlung ablehnen. Über etwaige gesundheitliche Folgen des Behandlungsabbruchs muss der Arzt den Patienten aufklären.

Dokumentation der Behandlung

Jede Behandlung muss, soweit medizinisch erforderlich, dokumentiert werden, um Ärzten und Patienten die Information über die Behandlung zu ermöglichen. Zu dokumentieren sind die wichtigsten präventiven, diagnostischen, therapeutischen und nachsorgenden Maßnahmen und Verlaufsdaten. Die Dokumentation ist vor unbefugtem Zugriff und vor nachträglichen Veränderungen zu schützen.

Einsichtsrecht

Jeder Patient hat ein Recht auf Einsicht in diese Dokumentation, ohne dass er ein besonderes Interesse erklären muss. Das Einsichtsrecht erstreckt sich nach der Rechtsprechung und dem ärztlichen Berufsrecht nicht auf den Teil der Dokumentation, der subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthält. Aus datenschutzrechtlicher Sicht wird die Auffassung vertreten, dass nach dem Bundesdatenschutzgesetz auch dieser Teil der ärztlichen Aufzeichnungen zu offenbaren ist.

Um sein Einsichtsrecht wahrzunehmen, kann der Patient einen Arzt oder eine sonstige Person seines Vertrauens mit der Einsicht beauftragen. Patienten können Kopien der Dokumentation von dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus anfordern, die in angemessener Zeit erstellt werden müssen. In der Regel hat der Patient die Kopierkosten zu tragen.

Das Einsichtsrecht bezieht sich auch auf Befunde und Röntgenbilder. Der Patient kann sich Röntgenbilder ausleihen, muss sie aber zurückgeben. Bei einem Arztwechsel lassen sich dadurch Doppeluntersuchungen und damit verbundene Belastungen und Kosten vermeiden.

Das Einsichtsrecht kann in Ausnahmefällen eingeschränkt sein, unter anderem, wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z.B. Angehörige, Freunde) berührt werden. Diese Einschränkung ist vom Arzt zu begründen.

Nach einer Behandlung im Krankenhaus wird in der Regel ein "Arztbrief" an den weiterbehandelnden (Vertrags-)Arzt ausgestellt. Patienten haben das Recht, auch diesen Arztbrief einzusehen und zu bestimmen, wer ihn erhält.

Vertraulichkeit der Patientendaten und Datenschutz

Der Patient hat einen Anspruch darauf, dass Arzt und Krankenhaus seine Unterlagen vertraulich behandeln. Diese ärztliche Schweigepflicht besteht auch gegenüber anderen Ärzten, die nicht in die Behandlung einbezogen sind. Für Zwecke der Leistungsabrechnung, der Sicherheit und Kontrolle sehen Gesetze einzelne Ausnahmen von der Schweigepflicht vor.

Anderen Personen - auch Angehörigen und Seelsorgern - darf der Gesundheitszustand eines Patienten nur dann offenbart werden, wenn es seinem Willen entspricht. Dieser Wille kann ausdrücklich erklärt werden oder den Umständen zu entnehmen sein.

Der Patient hat darüber hinaus weitergehende Datenschutzrechte. Er muss benachrichtigt werden, wenn seine Angaben erstmals in einer Datei gespeichert werden, ohne dass ihm das erkennbar ist. Er kann über alle Informationen Auskunft verlangen, die zu seiner Person in einer Datei gespeichert sind einschließlich der Herkunft, des Speicherungszwecks und regelmäßiger Übermittlungsempfänger dieser Daten. Haben Arztpraxis oder Krankenhaus unrichtige Daten gespeichert, hat der Patient einen gesetzlichen Berichtigungsanspruch. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen kann der Patient die Löschung seiner Daten verlangen. Der Patient hat schließlich einen datenschutzrechtlichen Anspruch darauf, dass Arzt und Krankenhaus seine gespeicherten Daten technisch und organisatorisch vor Zerstörung, Änderung und unbefugtem Zugriff schützen.

Übernahme der Behandlungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung bei Krankheit und Schwangerschaft. Die Behandlung muss notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Ein familienversicherter Patient kann seine Leistungsansprüche eigenständig gegenüber der Krankenkasse geltend machen.

Der Anspruch auf einige Leistungen wird speziell geregelt (z.B. Sterilisation, Empfängnisverhütung, Früherkennung von Krankheiten, zahnärztliche Individual- und Gruppenprophylaxe). Leistungsausschlüsse bestehen u. a. bei bestimmten nicht zweckmäßigen oder unwirtschaftlichen Arzneimitteln, Leistungsbegrenzung z. B. bei Zahnersatz.

Aufklärung über die Kostenübernahme

Bevor der Patient Leistungen in Anspruch nimmt, deren Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung nicht gesichert ist, muss der Arzt oder das Krankenhaus den Patienten darüber informieren. Der Patient entscheidet dann, ob er diese Behandlung gleichwohl in Anspruch nehmen und selbst bezahlen will.

IV. Recht auf selbstbestimmtes Sterben

Jeder Patient hat das Recht auf ein menschenwürdiges Leben bis zum Tode. Auch am Ende des Lebens hat der Patient das Recht auf Selbstbestimmung und eine angemessene Versorgung, insbesondere auf schmerzlindernde Behandlung.

Jeder Patient, der entscheidungsfähig und über seine Situation aufgeklärt ist, hat das Recht, den Abbruch oder das Unterlassen weiterer lebensverlängernder Maßnahmen zu verlangen, unabhängig davon, ob der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat.

Der Patient kann für den Fall, dass er nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte, durch eine Patientenverfügung auf lebenserhaltende und -verlängernde Maßnahmen verzichten. Der Arzt zieht diese Patientenverfügung für die Erforschung des mutmaßlichen Willens des Patienten heran. Über die konkrete Formulierung einer solchen Verfügung (Form, Zeit, Zeugen, Aktualität) sollte sich der Patient ausführlich beraten lassen.

V. Rechte im Schadensfall

Bevor der Patient eine Beschwerde oder einen Schadensersatzanspruch geltend macht, sollte er das Gespräch mit den Behandlern in der Praxis oder im Krankenhaus suchen und Einsicht in die Behandlungsdokumentation nehmen bzw. sich Kopien anfertigen lassen.

Bei wem kann man sich beschweren und sich beraten lassen?

Mit Beschwerden und Beratungsanliegen kann sich ein Patient an die Landesärzte- bzw. Zahnärztekammern und die Patientenberatungs- und -beschwerdestellen wenden, die in unterschiedlichen Institutionen, z.B. in Krankenhäusern, bei öffentlichen Trägern, privaten Initiativen oder Verbraucherzentralen, eingerichtet wurden.

Wo kann man Schadensersatzansprüche klären lassen?

Um Schadensersatzansprüche klären zu lassen, kann sich der Patient an

- die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die durch die Ärztekammern eingerichtet wurden,
- Rechtsanwälte (spezialisierte Anwälte, sind zu erfragen bei den Anwaltskammern oder -vereinen),
- sonstige, zur Rechtsberatung befugte Institutionen, z. B. die Verbraucherzentralen, wenden.

Kosten

In der Regel ist es kostenlos, sich bei Patientenbeschwerde- und -beratungsstellen zu informieren und Ansprüche bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen geltend zu machen.

Bei den ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen erhält der Patient eine kostenlose medizinisch-sachverständige Beurteilung seines Beschwerdefalles und bei den Schlichtungsstellen häufig auch einen Regulierungsvorschlag, wenn ein ärztlicher Fehler festgestellt worden ist. Bei den zahnärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen entstehen für den Patienten Kosten.

Gerichtsverfahren

Der Patient kann seinen Anspruch auch direkt bei Gericht geltend machen. Dies ist ohne vorherige sachverständige medizinische und rechtliche Beratung nicht zu empfehlen.

Wenn der Patient Schadensersatzansprüche, z. B. Schmerzensgeld, vor Gericht geltend machen will, muss er in der Regel den ärztlichen Fehler darlegen und beweisen. Darüber hinaus muss er die Ursächlichkeit des Fehlers für die Verletzung der Gesundheit, das Verschulden des Arztes und den Zusammenhang zwischen Gesundheitsverletzung und eingetretenem Schaden beweisen. Unter bestimmten Umständen kann die Beweislast für die Ursächlichkeit und das Verschulden erleichtert werden (z. B. bei der Verletzung von Dokumentationspflichten und groben Behandlungsfehlern). Bei einer ärztlichen Verletzung von Informationspflichten hingegen muss der Arzt beweisen, dass er tatsächlich sorgfältig aufgeklärt hat; der Patient wiederum muss seinerseits plausibel dartun, dass er bei sachgerechter Aufklärung in einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte, ob er die Behandlung durchführen lassen soll. Die ordnungsgemäße Dokumentation muss ebenfalls durch den Arzt bewiesen werden.

Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt (z. B. Röntgengerät) verursacht werden, können auch Ansprüche gegen den Hersteller bestehen.

Bei möglichen Schadensersatzansprüchen ist es ratsam, diese unverzüglich geltend gemacht werden, da diese je nach Fall sehr unterschiedlichen Verjährungsfristen unterliegen. Teilweise können Fristen schon nach sechs Monaten verstreichen. Es wird empfohlen, sich im Schadensfall zügig beraten zu lassen, um Ansprüche nicht zu verlieren.

Unterstützung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung kann den Versicherten unterstützen, wenn dieser bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen wegen Behandlungsfehlern dies beantragt. Die Krankenkasse kann dem Versicherten durch Auskünfte aus ihren Akten und Daten bei der Durchsetzung seines Anspruchs unterstützen. Geldleistungen für die Rechtsverfolgung dürfen nicht gewährt werden. Im Einzelfall kann die Krankenkassen die Unterstützung aus sachlichen Gründen verweigern.

Quelle: http://www.wernerschell.de/Patientenschutz/Grundsatzliches/patientenrechte_in_der_behandlung.php

+++

Die Bundesärztekammer hat den vorgestellten „**Patientenrechten in Deutschland heute**“ einen Entwurf einer **Charta der Patientenrechte** entgegen gestellt (Beschluss vom 30.09.1999) und zur öffentlichen Diskussion aufgerufen.

Quelle: http://www.wernerschell.de/Patientenschutz/Grundsatzliches/patientenrechte_grundgesetz.php

Am 16.10.2002 wurde eine **Charta der Patientenrechte in Deutschland** –vorgelegt. Sie war von einer „Arbeitsgruppe Patientencharta“, eingesetzt von der Bundesregierung erarbeitet worden, formuliert worden.

Quelle: http://www.wernerschell.de/web/02/patientenrechte_in_deutschland.php

Für ein modernes Patientenrechtgesetz - Antrag (von mehreren Bundestagsabgeordneten der SPD) vom 09.03.2010 – Bundestags-Drucksache 17/907 - Lesen Sie **hier** (PDF) <http://www.wernerschell.de/Patientenschutz/Grundsatzliches/dipbtd1700907SPDPatrechtegesetz.pdf>

Anlage 6:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 16.03.2009

Bundsrats-Drucksache 167/09 vom 20.02.2009

An den
Deutschen Bundestag (Präsidium / Fraktionen)
An den
Bundesrat
An die
Landesgesundheitsministerien
An die
Bundesregierung (Bundeskanzleramt)
An das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
An das
Bundesgesundheitsministerium
....

Betr.: Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG)
Bezug: Pressemitteilung des BMFSFJ vom 18.02.2009, **Bundsrats-Drucksache 167/09 vom 20.02.2009** und hiesige Stellungnahme an den Deutschen Bundestag mit der Kennzeichnung „**Drucksache 16(10)958**“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten um Beteiligung bei den weiteren Beratungen (**Anhörung**) über das geplante **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)** und geben zunächst die nachfolgende **Stellungnahme** ab:
1) In dem vorliegenden Entwurf geht es im Wesentlichen darum, die §§ 5 – 9 und 14 Heimgesetz (Bund) abzulösen und, wie es heißt, durch moderne verbraucherschutzrechtliche Regelungen zu ersetzen. Die insoweit vorgesehenen Einzelregelungen scheinen überwiegend zielführend, werden aber mit Rücksicht auf Umfang und Ausgestaltung den bürokratischen Aufwand im Heimbereich vermehren. Es wird daher angeregt, im weiteren Beratungsverfahren zu prüfen, ob nicht eine **Straffung einzelner Vorschriften** möglich ist, ohne damit die Zielsetzung der Neuregelung infrage zu stellen.

2) Die in der Begründung zur o.a. Gesetzesinitiative abgegebenen Erklärungen zu der umfassenden Schutzwirkung des WBVG für die Verbraucher pflegerischer Dienstleistungen müssen nach hiesiger Überzeugung in einigen Punkten relativiert werden. Denn der vorliegende Gesetzentwurf greift nicht einmal die in der „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ dargestellten Rechtspositionen auf. Es erscheint aber zwingend, in den heimvertragsrechtlichen Vorgaben vorzusehen, dass die Chartagrundsätze Bestandteil der vertraglichen Beziehungen sein müssen. Eine solche Feststellung erscheint auch deshalb geboten, weil die bisherigen Länder-Heimgesetze (bzw. die vorliegenden Entwürfe) eine klare Verbindlichkeit der Charta nicht vorsehen. In Einzelvorschriften ist es lediglich zu allgemeinen Formulierungen hinsichtlich der Selbstbestimmungsrechte der pflegebedürftigen Menschen gekommen, ohne aber damit konkrete Ansprüche zu verbinden. Daher muss der Bundesgesetzgeber die erwähnte **Charta in das WBVG einbeziehen und die Grundsätze zu subjektiv-öffentlichen Rechten ausgestalten**. Insoweit ist auch eine Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers zweifelsfrei gegeben. Zu bedenken wäre dabei, ob man diese Verbindlichmachung der Chartagrundsätze in den Text des WBVG hineinschreibt oder aber einen weiteren Artikel zur „Neuregelung der zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes nach der Föderalismusreform“ formuliert, mit dem die Verbindlichkeit der Chartagrundsätze in den Text

des SGB XI eingefügt wird. Dort würde es möglicherweise besser vorhandene Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen ergänzen bzw. bekräftigen.

Zur „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ hat „Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk“ bereits vor Bekanntwerden der jetzigen Gesetzesinitiative in 2008 das nachfolgende **Statement** abgegeben:

- Die Krankenversorgung, Pflege und sonstige Betreuung müssen unter Beachtung der Menschenwürdegarantie erfolgen. Insoweit ist unsere Werteordnung eindeutig!
- Welche Grundsätze im Einzelnen bei der Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten und pflegebedürftigen Menschen zu beachten sind, ergibt sich vornehmlich aus Artikel 1 und 2 Grundgesetz und der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.“
- Da die „Charta“ aber keine subjektiv-öffentlichen Rechte mit einklagbarem Anspruchscharakter enthält, sind weitergehendere Folgerungen notwendig.
- Die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern sind aufgefordert, die in der „Charta“ beschriebenen Handlungsgrundsätze verbindlich zu machen. Dies ergibt sich aus der staatlichen Schutzpflicht nach Artikel 1 Grundgesetz.
- Weil die Lobby der Patienten und pflegebedürftigen Menschen im Medizinrecht schwach ist und die organisierten wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer und der am Gesundheitsmarkt beteiligten Unternehmen stark ausgeprägt sind, ist die Wahrnehmung der Schutzpflicht aller staatlichen Organe insoweit besonders wichtig!
- Solange es die Verbindlichkeit der „Chartagrundsätze“ im Sinne von subjektiv-öffentlichen Rechten (noch) nicht gibt, sind alle Verantwortlichen im Gesundheits- und Pflegesystem aufgefordert, diesen Grundsätzen im Rahmen einer Art Selbstverpflichtung zu entsprechen.
- Die Verbindlichkeit unserer Werteordnung hat unabhängig vom Personalbestand zu gelten. Die Führungskräfte stehen insoweit mit ihren Kompetenzen klar in der Pflicht. Gleichwohl ist dafür Sorge zu tragen, dass personelle Engpässe, die natürlich bei einer konsequenten Anwendung der „Chartagrundsätze“ verstärkt werden, durch entsprechende Reformen beseitigt werden („Nach der Reform ist vor der Reform“).
- Pflegekräfte, die aufgrund von Arbeitsverdichtungen und personeller Not nicht immer allen Anforderungen gerecht werden können, müssen gegebenenfalls innerbetrieblich für entsprechende Abklärungen Sorge tragen. Zu bedenken ist dabei, dass immer mit der „erforderlichen Sorgfalt“ (§§ 276, 278 BGB) gearbeitet werden muss.
- Der Gesetzgeber hat auch dafür zu sorgen, dass Pflegekräfte, ohne Nachteile erfahren zu müssen, nachhaltig auf Missstände bei der Versorgung von Patienten und pflegebedürftigen Menschen aufmerksam machen dürfen. Damit könnten sich Pflegekräfte vor Ort stärker für eine Umsetzung der „Chartagrundsätze“ einsetzen.
- Der Gesetzgeber ist im Übrigen aufgefordert, durch strukturelle Veränderungen im Gesundheits- und Pflegesystem für die erforderliche finanzielle und personelle Ausstattung zu sorgen. Dem vor einigen Monaten von einem bekannten Münchener Pflegekritiker abgegebenem Statement, mit dem die Pflegekräfte pauschal zu 40% als ungeeignet bezeichnet wurden, wird ausdrücklich widersprochen. Eine solche diskriminierende Äußerung ist nicht akzeptabel!
- Es muss im Übrigen den Menschen in dieser Gesellschaft erforderlichenfalls gesagt werden, dass Verbesserungen im Gesundheits- und Pflegesystem mehr Geld kosten. Eine stärkere individuelle Versorgung ist daher in Erwägung zu ziehen. Die demografische Entwicklung wird keine andere Wahl lassen.

An diesem Statement wird unverändert festgehalten und kann daher auch als Begründung für den Antrag gelten, die **Chartagrundsätze in das jetzige Gesetzgebungsverfahren einzubeziehen**.

3) Die seit Jahren beklagten Pflegemängel (siehe dazu u.a. die einschlägigen Berichte von MDK und MDS) werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit neuen Transparenzvorgaben und Bewertungssystemen – „Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WBVG entscheidend vermindert werden können.

Entscheidend wird sein, mit der nächsten Pflegereform den bereits geplanten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) zu formulieren und damit verbunden für eine deutliche Ausweitung des Pflege-Leistungsrechts zu sorgen. Im Zusammenhang mit der notwendigen Ausweitung des Leistungsrechts wird es dazu kommen müssen, eine bundeseinheitliche Vorgabe für die Schaffung

von Personalstellen in den Pflegeheimen zu schaffen. Die bisherigen völlig unzureichenden und regional sehr unterschiedlichen Stellenschlüssel, ohne jegliche Verbindlichkeit, müssen ersetzt werden durch klare Vorgaben, die auf einem der Pflegewissenschaft Rechnung tragenden Personalbemessungssystem beruhen. Ohne ein solches Personalbemessungssystem wird die Personalnot in den Pflegeeinrichtungen nicht behoben werden können („Personalbestand nach Kassenlage“). Vorwiegend diese Personalnot ist maßgeblich dafür, dass die von der Gesellschaft geforderte Zuwendung für die pflegebedürftigen Menschen nur in kümmerlicher Weise angeboten werden kann.

Mehr Transparenz, „Schulnoten“ und unangemeldete Prüfungen können ein Pflegesystem, das an gravierenden strukturellen Mängeln leidet, nicht entscheidend verbessern (vgl. insoweit u.a. Abschnitt „8 Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmängel“ in Thomas Gerlinger / Michaela Röber „Die Pflegeversicherung“, Verlag Hans Huber, Bern 2009). Qualität kann nicht ohne gute Pflegestrukturen erzwungen werden. Solch ein Zwang kann allenfalls bei allen Beteiligten den Frust steigern helfen.

Die MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen müssen nach hiesiger Auffassung in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden. Beschwerden über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen **„nachteilsfrei“ gestellt werden** (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Insoweit wird bereits im Deutschen Bundestag eine **Gesetzesinitiative** diskutiert, die u.a. die **Einfügung eines neu gefassten § 612a in das BGB** vorsieht. Siehe dazu u.a. Ausschussdrucksachen 16(10)849, 16(10)958, 16(10)850-L, 16(10)874) und Protokoll des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Nr. 16(81 (neu):

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständigen Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,
2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,
3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,
4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

(3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Quelle für das Zitat u.a.: Drucksache des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz – Nr. 16(10)849

Die Erörterungen zu dem neugefassten § 612a BGB sind eigentlich abgeschlossen, so dass entschieden werden kann. Denkbar wäre, die Änderung ebenfalls als Artikelvorschrift in die o.a. Neuregelung einzubeziehen.

Es wird aber auch die Möglichkeit gesehen, die im § 612a (neu) formulierten Arbeitnehmerrechte mit entsprechenden Einschränkungen in das WBVG einzubeziehen und damit die Neuerung zunächst nur auf den Pflegebereich zu beschränken.

Es ist absehbar, dass die Träger(verbände) einer solchen Regelung widersprechen werden. Im Rahmen der o.a. Diskussionen ist aber bereits klargestellt worden, dass Arbeitgeberinteressen gegenüber dem Interesse der Arbeitnehmer und der dahinter stehenden Beweggründe – hier: Abstellung von Pflegemissständen effektiver zu ermöglichen - überragend sind.

Zur Begründung für die neue Regelung ist u.a. anzumerken: Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu lassen. Pflegekräfte, die sich in der Vergangenheit im Sinne der öffentlichen Aufmunterungen couragiert verhalten haben, fanden sich wenig später fast ausnahms-

los in der Arbeitslosigkeit wieder. Bei dem Bemühen, eine neue Arbeitsstelle in der Pflege zu finden, gab es zusätzliche Schwierigkeiten, weil anscheinend eine Art „stille Post“ der Heimbetreiber ein System vorsieht, vor couragierten Pflegekräften unauffällig, aber wirksam, zu warnen. Aufgrund solcher Erkenntnisse liegt es auf der Hand, dass man den **Pflegekräften Schutz zu bieten** hat. Insoweit scheint der neugefasste **§ 612a BGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG)** **sehr hilfreich**. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene **Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln**.

4) Im Übrigen ist abschließend noch einmal festzustellen, dass die seinerzeitige **Föderalismusreform mit der Verlagerung des Heimrechtes in die Zuständigkeit der Länder eine Fehlentscheidung** war. Denn es zeigt sich, dass im Heimrecht bereits jetzt eine **Rechtszersplitterung** eingetreten ist, die die Wahrnehmung der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen nicht verbessert, sondern eher verschlechtert hat. Heimrechtliche Fragen werden demnächst u.a. im SGB XI, in 16 Heimgesetzen der Länder einschließlich weiterer Rechtsverordnungen und im WBVG geregelt sein. Es gibt einen **Mischmasch an Zuständigkeiten von Bundes- und Länderrecht**. Daher wäre eigentlich allein hilfreich, das Heimrecht komplett in die vorrangige Zuständigkeit des Bundes zurückzuverlagern. Die vorrangige Zuständigkeit der Länder in verschiedenen Aufgabenbereichen kann Sinn machen, im Heimrecht ist die eingetretene Rechtszersplitterung für die von diesen Vorschriften betroffenen BürgerInnen ein klarer Nachteil. Eine neue **Ausrichtung des Heimrechts in Richtung Bundeskompetenz** könnte auch die Chance bieten, die vielfach verlangte **Entbürokratisierung endlich voran zu bringen**.

Mit freundlichen Grüßen
Werner Schell

Quelle: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/16032009statement.php>

Anlage 7:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 23.04.2009

Zersplitterung des Heim- und Pflegerechts Föderalismusreform von 2006 korrigieren

Die 2006 von der Großen Koalition durchgeführte Föderalismusreform hatte u.a. zum Inhalt, die Zuständigkeit für das Heimrecht vom Bund auf die Länder zu übertragen. Diese Entscheidung stieß seinerzeit bei den meisten Altenhilfe-Experten auf scharfe Kritik. Künftig könne es zu pflegerischer Versorgung von Heimbewohnern nach Kassenlage der Länder, abgesenkten Fachkraftquoten, zum Unterlaufen bisheriger baulicher Mindeststandards und Qualitätseinbußen in einzelnen Ländern kommen, befürchteten sie. Auf jeden Fall werde es, so die Experten weiter, zu einer Rechtszersplitterung kommen, die die Qualität der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen nicht verbessern, sondern eher verschlechtern werde. Denn „Qualitätsnormen können sinnvollerweise nur bundeseinheitlich geregelt werden.“

Inzwischen warnen die Länder selbst vor einer Zersplitterung des Heim- und Pflegerechts mit verheerenden Folgen für rund eine Million Heimbewohner. So seien z.B. die Pläne der Bundesregierung, ein neues bundeseinheitliches Verbraucherschutzrecht für die Heimpflege zu schaffen, verfassungswidrig. Dies sagte Bayerns Sozialministerin Christine Haderthauer (CSU) dem Handelsblatt: „Kommt dieses Gesetz durch, droht eine Rechtskollision zwischen Bundes- und Landesrecht.“ Baden-Württemberg und Hessen wollen das Gesetzesvorhaben deshalb im Bundesrat stoppen, Bayern unterstützt den Antrag.

Tatsache ist, dass die seinerzeit befürchtete Rechtszersplitterung Realität geworden ist. Denn mittlerweile sind die Länder dabei, eigene Länder-Heimgesetze zu erlassen, und zwar mit unterschiedlichen Inhalten. Wenn diese gesetzgeberischen Aktivitäten abgeschlossen sind, wird es in Deutschland allein 16 verschiedene Heimgesetze mit voneinander abweichenden Ausführungsvorschriften geben. Daneben ist die weitere Zuständigkeit des Bundes für das SGB XI – Soziale Pflegeversicherung – und für das bürgerlich-rechtliche Vertragsrecht gegeben. Insoweit ergeben sich zwangsläufig Probleme, wie die jetzt von einigen Bundesländern angesprochenen Rechtskollisionen verdeutlichen.

Die von den Ländern geäußerten Bedenken weisen allerdings in die falsche Richtung. Es kann eigentlich nicht darum gehen, die Bundeskompetenz für das bürgerlich-rechtliche Vertragsrecht zurückzudrängen, sondern eher gibt es Veranlassung, die Föderalismusreform wegen der gebotenen einheitlichen Gestaltung des Heim- und Pflegerechts für diese Rechtsbereiche rückgängig zu machen und die frühere einheitliche Bundeskompetenz wieder herzustellen.

Die entscheidenden Rechtsfragen des Heim- und Pflegerechts sollten sinnvollerweise nur bundeseinheitlich geregelt werden. Dazu gehört, wie bereits 2006 eingefordert, das gesamte Heimrecht. Zu denken ist aber z.B. auch an die notwendigen Regelungen zur Ausstattung der Pflegeeinrichtungen mit dem zur guten Pflegequalität erforderlichen Pflege(fach)personal. Dazu bedarf es dringend bundeseinheitlicher Personalbemessungssysteme, die allein die auskömmliche Personalausstattung im Bereich der pflegerischen Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen gewährleisten können. Ohne solche bundeseinheitliche Vorgaben werden die Pflegesysteme weiter auseinanderfallen und die Qualität in den Pflegeeinrichtungen - entgegen anderslautender Bekundungen - nicht verbessern: Dies zum Nachteil der pflegebedürftigen Menschen!

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Anlage 8:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pressemitteilung vom 18.06.2011

»Demenzkranke: Die Versorgung mit Medikamenten ist dringend verbesserungsbedürftig«

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk fordert mehr Sorgfalt bei der Verordnung und Abgabe von Medikamenten

Seit Jahren ist bekannt, dass die medikamentöse Versorgung von Demenzkranken den wirklichen Bedürfnissen dieser Menschen nur unzureichend gerecht wird. Man darf vermuten, dass allzu oft Nebenwirkungen und Risiken einfach billigend in Kauf genommen werden.

Bereits im August 2010 wurde von Arzneimittelexperten die sog. Priscus-Liste vorgestellt, eine Zusammenstellung gefährlicher Medikamente für ältere Menschen. Diese Liste verdeutlichte, dass fast dreiviertel von 83 Medikamenten für ältere Menschen, Demenzkranke eingeschlossen, ungeeignet sind. Als konkrete Folgen der ungeeigneten Medikation wurden u.a. genannt: Sturzgefahr, Nierenschäden, Magenblutungen.

Mit ihrem Ergebnis, dass ältere Menschen im Schnitt sechs Medikamente täglich einnehmen, von denen viele gar nicht für sie geeignet sind oder sich untereinander nicht vertragen, haben die Forscher im Verbund PRISCUS für viel Aufsehen gesorgt. Als Gegenmaßnahme entwickelten sie nun eine Liste, die Ärzten als Hilfe bei der Auswahl und Zusammenstellung von Medikamenten für Ältere dienen soll. Ob und wie die Liste wirkt, wollen sie in der zweiten Projektphase untersuchen. In einer Pressemitteilung der AOK Rheinland / Hamburg vom 30.03.2011 wurde unter Berufung auf die Verordnungsdaten des Jahres 2010 Zurückhaltung bei der Verordnung von Psychopharmaka angemahnt. Dazu wurde u.a. ausgeführt:

„Die Auswertung zeigt, dass immer mehr Patienten immer größere Mengen von Psychopharmaka wie Mittel gegen Depressionen oder psychisch stimulierende Arzneien erhalten. Besonders kritisch ist dabei die stark wachsende Verordnung von Antidepressiva zu sehen. So erhöhte sich allein von 2009 auf 2010 die Zahl der antidepressiv behandelten Patienten um 21,4 Prozent, während die Verordnungsmenge der Antidepressiva um 12,8 Prozent zunahm. Hinzu kommt, dass bei den Verordnungen ein Umstieg von niedrigpreisigen zu höherpreisigen Psychopharmaka festzustellen ist. Bei den Psychopharmaka stellt sich vor dem Hintergrund, dass ein frühzeitiger und unkritischer Einsatz dieser Arzneimittel den Patienten mehr schadet als nutzt, die skizzierte Verordnungsentwicklung als besorgniserregend dar.“

In einer Arzneimittelstudie der Barmer GEK, vorgestellt am 15.06.2011, werden weitere Besorgnisse hinsichtlich der Medikation geäußert. In der Studie heißt es u.a.:

„Demenzkranken erhalten sechsmal häufiger Neuroleptika als Patienten ohne Demenz. Gleichzeitig ist seit Jahren bekannt, dass Demenzkranke nach Einnahme von Neuroleptika eine 1,6- bis 1,7-fach erhöhte Sterblichkeitsrate gegenüber der Placebogruppe aufweisen. Gesundheitsexperte Glaeske: Hier erhält eine Patientengruppe mit erhöhtem Sterblichkeitsrisiko Medikamente, deren Wirksamkeit teilweise nicht belegt ist und deren Folgen bei Langzeitgabe weithin ungeklärt bleiben.“

Das Thema Medikation in Pflegeeinrichtungen wird auch kritisch im Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhil-

fe“, vorgelegt am 17.06.2011 durch das Bundesfamilienministerium und Bundesgesundheitsministerium, angesprochen.

Da alte und demente Patienten nicht selten unerkannt Schmerzen leiden, ist viel Aufmerksamkeit des Personals erforderlich. Denn Schmerzen können nach einer Mitteilung des Universitätsklinikums Jena vom 08.06.2011 Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe und Aggressionen hervorrufen. Wird dem nicht genug Beachtung geschenkt, können dabei selbst Brüche nach Stürzen übersehen werden oder Schmerzen durch Gelenkerkrankungen. Studien zeigen nach Angaben des Klinikums Jena, dass demente Patienten weniger Schmerzmittel erhalten als gleichaltrige kognitiv unbeeinträchtigte Patienten. Dies spricht für die häufige Verknennung des Problems.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk greift die besorgniserregenden Informationen auf und fordert mehr Sorgfalt bei der medikamentösen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen, vor allem bei den Demenzkranken. Es wird in diesem Zusammenhang u.a. erforderlich sein, die ärztliche Versorgung in den Pflegeeinrichtungen bundesweit deutlich zu verbessern und im erforderlichen Umfang die notwendigen Hausbesuche, auch außerhalb der Sprechstundenzeiten, sicherzustellen. In der 2010 vorgestellten „KV-Initiative Pflegeheim“ wurden gleichlautende Forderungen ausgeführt.

Bezüglich der Medikation erscheinen neben der Einbeziehung des pharmakologischen Sachverständes der Apotheken (auch mit Blick auf die mögliche Verblisterung von Medikamenten) Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern von Pflegeeinrichtungen und Ärzten sinnvoll. Darin sollten u.a. die Kommunikations- und Dokumentationsanforderungen näher beschrieben sein. Fortbildungsveranstaltungen, in denen das Wissen um eine zielführende Versorgung mit Medikamenten vermittelt und stets aktualisiert wird, erscheinen ebenfalls dringend geboten.

Es muss so auch sichergestellt werden, dass telefonische Medikationsverordnungen und weitreichende Bedarfsmedikationen möglichst vermieden werden. Medikamente müssen im notwendigen und ausreichenden Umfange verfügbar sein, dürfen aber unter keinen Umständen als „pflegeerleichternde Maßnahmen“ zum Einsatz gelangen (können). Ärzte, die sich solchen Praktiken entgegen stellen und sich allein am Patienteninteresse und am Sorgfaltsgebot orientieren, verdienen Anerkennung und Unterstützung.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/demenzkrankte_und_medikation.php

Anlage 9:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“

01.08.2011

Schutz der ArbeitnehmerInnen durch ein nachteilsfreies Beschwerdemanagement

An die
Fraktionen und den Petitionsausschuss

im Deutschen Bundestag >>> Aktenzeichen der Petition: Pet 2-17-15-2124-026035

Schutz der ArbeitnehmerInnen durch ein nachteilsfreies Beschwerdemanagement

Durch Neufassung des § 612a BGB die Öffentlichmachung von Mängeln in Pflegeeinrichtungen durch die MitarbeiterInnen gewährleisten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk wird seit Jahren in unterschiedlichsten Fallkonstellationen von Pflegekräften und Angehörigen über Pflegemängel informiert und um konkrete Hilfen gebeten. Insoweit gewähren wir entsprechende Unterstützung, soweit es die Möglichkeiten erlauben.

Es ergibt sich aber immer wieder das Gebot, bezüglich von Mitteilungen, Beschwerden, Anzeigen ... usw. nach außen Zurückhaltung zu üben bzw. die geltenden Rechtsregeln zu beachten. Wer nämlich als Arbeitnehmer – vielleicht mit guten Argumenten – zu engagiert / couragiert auftritt, ist schnell arbeitslos. Zahlreiche Einzelbeispiele können insoweit als Beleg dienen.

So ging es auch der ehemaligen Altenpflegerin Brigitte Heinisch. Ihre Streitsache fand erst am 21.07.2011 vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) einen (vorläufigen) Abschluss. Dazu hat **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** am 21.07.2011 eine Pressemitteilung herausgegeben, die als **Anlage A** angefügt ist. Darin haben wir u.a. ausgeführt, dass mit der EGMR-Entscheidung keineswegs die notwendige Abklärung bei der Öffentlichmachung von Mängeln herbeigeführt worden ist.

Nach Meinung von Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bedarf es einer gesetzlichen Vorschrift, die den ArbeitnehmerInnen unter klaren Voraussetzungen eine nachteilsfreie Beschwerdemöglichkeit bei Mängeln, z.B. in Pflegeeinrichtungen, gewährleistet.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk tritt daher seit Jahren dafür ein, den § 612a BGB zu überarbeiten und dort die nachteilsfreie Mitteilungsberechtigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern näher auszuführen.

Ein Novellierungsvorschlag wurde bereits in der vergangenen Legislaturperiode im Deutschen Bundestag erörtert. Er kam aber wegen der Arbeitgeber-Gegenargumente nicht voran, fand dann mit Beendigung der Legislaturperiode automatisch seine Erledigung.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat dann am 04.04.2010 das Landwirtschaftsministerium (es hatte seinerzeit wegen der Gammelfleischdebatte die Diskussion in den Bundestag getragen) und am 18.10.2011 das Arbeitsministerium angeschrieben und gebeten, eine neue Gesetzesinitiative in Gang zu bringen – **Anlagen B und C**. Dies hatte aber keinen Erfolg, weil das wohl aktuell federführend zuständige Bundesarbeitsministerium kein Interesse zeigt(e), den Vorgang in Form einer Gesetzesinitiative aufzugreifen. Erinnerungsschreiben von hier waren auch nicht wirklich hilfreich.

Im Zusammenhang mit der Buchveröffentlichung **Werner Schell: „100 Fragen zum Umgang mit Pflegemängeln in Pflegeeinrichtungen“** (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1), konnte verdeutlicht werden, dass das Beschwerdemanagement vor allem für Pflegekräfte gestärkt werden muss. Siehe dazu die am 16.05.2011 herausgegebene Pressemitteilung. – **Anlage D**. An den in der Buchveröffentlichung getroffenen Feststellungen hat die erwähnte Entscheidung des EGMR vom 21.07.2011 nichts geändert.

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk stellt nunmehr in aller Form den Antrag, die mehrfach angesprochene **Novellierung von § 612a BGB** zum Schutz der ArbeitnehmerInnen aufzugreifen und durch eine entsprechende Beschlussfassung umzusetzen. Mit dem Antrag von **Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk** können die Bestrebungen, den allgemeinen **Whistleblowerschutz für die Bundesrepublik Deutschland voran zu bringen**, unterstützt werden.

Der von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** vorgelegte Petitionsantrag ist unabhängig von der Petition vom 09.12.2010, die sich in allgemeiner Form mit Regelungen zum besseren Schutz von Whistleblowern befasst.

Es ist möglicherweise sinnvoll, die weiteren Erörterungen im Zusammenhang mit dem geplanten **Patientenrechtgesetz** zu führen. Denn Patienten haben ein großes Interesse daran, dass Fehler im Gesundheits- und Pflegesystem vermieden und alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, entsprechende Vorkehrungen, auch per Beschwerdemanagement, ausgeschöpft werden. **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** hat daher vorgesehen, beim Pflorgetreff am 13.09.2011 die hier vorgestellte Problematik zur Diskussion zu stellen. Näheres zum Treff (immer aktuell) unter folgender Adresse:
<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15674>

Mit freundlichen Grüßen

(Werner Schell)

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von **Pro Pflege-Selbsthilfenetzwerk**
<http://www.wernerschell.de>

Anlage 9/A:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“*

Pressemitteilung vom 21.07.2011

Über Pflegemängel darf bei einem herausragenden Interesse öffentlich informiert werden

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat den Whistleblowerschutz gestärkt

Über Pflegemängel in einer Pflegeeinrichtung darf bei einem Interesse, das gegenüber dem Interesse des Unternehmens am Schutz seines Rufes und seiner Geschäftsinteressen überwiegt, öffentlich informiert werden. Das entschied heute, 21.07.2011, der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in einem Streitverfahren zu Gunsten von Frau Brigitte Heinisch. Frau Heinisch erhielt eine Entschädigung von 15.000 Euro zugesprochen. Bei der Urteilsfindung war sicherlich bedeutsam, dass die von Frau Heinisch beklagten Missstände vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Wesentlichen bestätigt worden waren.

Das Urteil des EGMR ist noch nicht rechtskräftig. Die Bundesregierung hat drei Monate Zeit, um Einspruch einzulegen und die Verweisung an die Große Kammer des Gerichtshofs zu beantragen.

Obwohl der Entscheidung des EGMR richtungsweisenden Charakter zukommt, sollten ArbeitnehmerInnen bei Mitteilungen / Anzeigen über Pflegemängel die allgemein geltenden Regeln über betriebliche Beschwerden nicht außer Acht lassen. Solange nämlich nicht entsprechend den seit Jahren erhobenen Forderungen von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** eine arbeitnehmerfreundliche Novellierung des § 612a Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) aufgegriffen ist, bleiben bei einer Öffentlichmachung von Mangelsituationen Risiken. Solche Risiken hat auch das Urteil des EGMR, das sich auf einen ganz konkreten Einzelfall bezieht, nicht vollständig beseitigen können.

Es kann daher nur empfohlen werden, den in der im Juni 2011 vorgelegten Buchveröffentlichung „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“ (ISBN 978-3-89993-767-1, Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover) aufgezeigten Handlungsanleitungen Aufmerksamkeit zu schenken.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht und Vorstand von **Pro Pflege- Selbsthilfenetzwerk**

Die vorstehende Pressemitteilung ist zur Veröffentlichung frei

Siehe auch im Forum Werner Schell unter

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=13942>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=16115>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15822>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=12379>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=11114>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=9875>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=7335>

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=15043>

>>> Falls sich Links nicht direkt öffnen lassen: Bitte jeweilige Fundstelle kopieren und in den InternetBrowser übertragen!

Anlage 9/B



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 04.04.2010

**An das
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft
und Verbraucherschutz
z.Hd. Frau Julia Klöckner,
Parlamentarische Staatssekretärin und MdB
Wilhelmstraße 54
10117 Berlin**
E-Mail: 211@bmelv.bund.de

Nachrichtlich:

**An das
Bundeskanzleramt**
E-Mail: internetpost@bpa.bund.de;

**An das
Bundesgesundheitsministerium
z.Hd. von Frau ORRin Langhans
Robhusstraße 1
53123 Bonn**

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de; annette.widmann-mauz@bundestag.de; daniel.bahr@bundestag.de; info@bmg.bund.de;

Zu Vorgang: Pfliegeretfalls in Neuss-Erftal - Pflegereformerfordernisse - Transparenzvereinbarungen und Schulnoten für Heime (Schreiben vom 24.03.2010 - G31 - 98/Schell -)

**An den
Patientenbeauftragten der Bundesregierung
Herrn Wolfgang Zöller, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin**

E-Mail: patientenbeauftragter@bmg.bund.de;

Zu Vorgänge: Pflege-TÜV und die Bewertungskriterien bzw. Patientenrechtegesetz (PaRG)

(Schriftwechsel erfolgt zur Vereinfachung und zur Kosteneinsparung im E-Mail-Verfahren)

Betr.: Neufassung des § 612a BGB – Verankerung des gesetzlichen Informationsschutzes für ArbeitnehmerInnen - Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen

Bezug: Bundestags-Ausschussdrucksache 16(10)848, Protokoll Nr. 16/81 (neu) des Bundestags-Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und weitere Beratungsunterlagen sowie unser Schreiben vom 31.03.2010 zum Thema „**Transparenzvereinbarungen und Schulnoten für Heime**“ (zu Ihrem Schreiben vom 24.03.2010 - Az. 211-08006/0116 -)

Sehr geehrte Frau Klöckner,
sehr geehrte Damen und Herren,

es gibt seit Jahren vielseitige Bemühungen, die Qualität in den Pflegesystemen zu verbessern und die MitarbeiterInnen von entsprechenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu motivieren, im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden bezüglich festgestellter Mängel und Fehler im

Betrieb, bei den zuständigen Behörden und auch in der Öffentlichkeit vorzutragen. Sie werden sogar von verschiedenen Seiten dazu ausdrücklich ermuntert, zu mehr Courage aufgefordert. Es wird in diesem Zusammenhang sogar behauptet, Pflegekräfte, die sich nicht deutlich zu Wort melden, hätten Mitschuld an den systemischen Unzulänglichkeiten.

Es ist aber bei Kennern der Szene und auch in Ihrem Hause bekannt, dass MitarbeiterInnen, die sich selbstbewusst zu Mängeln, Fehlentwicklungen usw. äußern, schnell Nachteile erfahren. Dabei sind (fristlose) Kündigungen keine Seltenheit. Die dann in Anspruch genommenen Gerichte haben überwiegend zum Nachteil der MitarbeiterInnen entschieden. Der Fall Heinisch ist insoweit ein gutes Beispiel.

Es war daher richtig, dass sich der Bundestag bereits in der vergangenen Legislaturperiode mit einer Neufassung des § 612a BGB befasst und dazu Anhörungen durchgeführt hat. Von hier aus gab es zu diesen Beratungen auch entsprechende Wortmeldungen.

Wir waren und sind der Meinung, dass eine solche Neufassung eine gute Möglichkeit bieten würde, die MitarbeiterInnen in der Pflege zu ermuntern, sich zeitgerecht und ohne (wesentliche) Nachteile befürchten zu müssen, zur Qualitätsverbesserung mit geeigneten Hinweisen / Vorschlägen einzubringen.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat daher in seinem Statement vom 10.11.2009 zum Koalitionsvertrag (Abschnitt 9.2: Pflege – Weiterentwicklung der Pflegeversicherung) zu diesem Thema ausgeführt:

+++

--- **Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen**

Im Übrigen müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, für Pflegeeinrichtungen **Beschwerdemanagementsysteme** zu installieren, die wirksam **Pflegemissstände aufklären und beseitigen** helfen. Dazu erscheint u.a. eine Vorschrift im BGB erforderlich (= **Neufassung des § 612a BGB**), die es MitarbeiterInnen in der Pflege **nachteilsfrei** ermöglicht, **offensiver mit Anregungen und Beschwerden umzugehen**.

Dazu hat sich **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** 2008 wiederholt an den Deutschen Bundestag gewandt und auf notwendige Beschlussnotwendigkeiten aufmerksam gemacht, erfolglos. U.a. wurde dazu von hier ausgeführt:

Die seit Jahren beklagten Pflegemängel werden weder durch das 2008 reformierte SGB XI (mit den neuen Transparenzvereinbarungen und Bewertungssystemen –„Schulnoten“ für Pflegeeinrichtungen) und die neuen Länder-Heimgesetze (z.B. mit regelmäßigen unangemeldeten Heimprüfungen) noch durch das WVG entscheidend vermindert werden können.

Daher müssen die **MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Pflegesituationen verstärkt eingebunden werden**. **Beschwerden** über organisatorische und personelle Unzulänglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen müssen dadurch angeregt bzw. ermöglicht werden, indem die Mitteilungen über solche Zustände durch eine gesetzliche Vorschrift für die MitarbeiterInnen **„nachteilsfrei“ gestellt werden** (ähnlich dem § 17 Arbeitsschutzgesetz).

Insoweit wird bereits im Deutschen Bundestag eine **Gesetzesinitiative** diskutiert, die u.a. die **Einfügung eines neu gefassten § 612a in das BGB** vorsieht:

§ 612a BGB – Anzeigerecht

(1) Ist ein Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung, dass im Betrieb oder bei einer betrieblichen Tätigkeit gesetzliche Pflichten verletzt werden, kann er sich an den Arbeitgeber oder eine zur innerbetrieblichen Klärung zuständigen Stelle wenden und Abhilfe verlangen. Kommt der Arbeitgeber dem Verlangen nach Abhilfe nicht oder nicht ausreichend nach, hat der Arbeitnehmer das Recht, sich an eine zuständige außerbetriebliche Stelle zu wenden.

(2) Ein vorheriges Verlangen nach Abhilfe ist nicht erforderlich, wenn dies dem Arbeitnehmer nicht zumutbar ist. Unzumutbar ist ein solches Verlangen stets, wenn der Arbeitnehmer aufgrund konkreter Anhaltspunkte der Auffassung ist, dass

1. aus dem Betrieb eine unmittelbare Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen oder für die Umwelt droht,
2. der Arbeitgeber oder ein anderer Arbeitnehmer eine Straftat begangen hat,
3. eine Straftat geplant ist, durch deren Nichtanzeige er sich selbst der Strafverfolgung aussetzen würde,

4. eine innerbetriebliche Abhilfe nicht oder nicht ausreichend erfolgen wird.

3) Von den Absätzen 1 und 2 kann nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

(4) Beschwerderechte des Arbeitnehmers nach anderen Rechtsvorschriften und die Rechte der Arbeitnehmervertretungen bleiben unberührt.

Quelle für das Zitat u.a.: Drucksache des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz – Nr. 16(10)849

Es macht wenig Sinn, von den Pflegekräften stets und ständig engagiertes bzw. couragiertes Verhalten im Betrieb abzuverlangen, sie dann aber anschließend im Stich zu lassen. Es liegt auf der Hand, dass man den **Pflegekräften Schutz zu bieten** hat. Insoweit scheint der neugefasste **§ 612a BGB (oder eine entsprechende Vorschrift im WBVG) sehr hilfreich**. Dabei wird natürlich nicht verkannt, dass auch eine solche Vorschrift nicht in allen Fällen verhindern kann, dass es gleichwohl Sanktionen gegen unliebsame ArbeitnehmerInnen geben wird. Aber die vorgeschlagene **Neuregelung könnte dazu beitragen, eine neue Kultur des Hinschauens zu entwickeln**.

Auch die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat den Deutschen Bundestag anlässlich seiner Hauptversammlung am 07.11.2009 aufgefordert, für mehr Informationsfreiheit einzutreten, damit endlich der Schutz von Fehlermeldern (Whistleblowers) für das Gesundheitswesen gesetzlich festgeschrieben wird. Dies sei auch Voraussetzung dafür, dass die Idee des Critical Incident Reporting Systems (CIRS), also der Mitteilung von Beinahe-Schadensfällen, nachhaltig Fuß fassen kann. In einer Pressemitteilung des Marburger Bundes vom 07.11.2009 heißt es dazu:

„Die Beschäftigten im Gesundheitswesen dürfen keine arbeitsrechtlichen Folgen befürchten müssen, wenn sie Gefahren und Rechtsverstöße in ihrem Arbeitsbereich melden. Eine Novellierung des § 612a BGB zum Informationsschutz für Beschäftigte mit der Aufnahme eines Anzeigerechtes ist erforderlich“, heißt es in dem Beschluss des Ärzteverbandes.

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/reform_der_pflegesysteme.php

+++

Wir würden es sehr begrüßen, wenn Sie die Angelegenheit innerhalb der Bundesregierung mit dem Ziel einer neuen Gesetzesinitiative aufgreifen und Entsprechendes veranlassen könnten. Wir sind nämlich nach langjährigen Erfahrungen im Umgang mit den jetzigen Regelungen, auch zur Qualitätssicherung (z.B. Transparenzvereinbarungen und Pflege-TÜV), zu der Meinung gekommen, dass nur eine veränderte Gesetzeslage wirksam helfen kann. Dabei ist uns klar, dass selbst mit einer Neufassung des § 612a BGB nicht etwa alle Probleme ausgeräumt wären. Die Neufassung wäre aber mehr als ein Schritt in die richtige Richtung!

Wir haben vorgesehen, in unserem nächsten **Pflegetreff am 27.04.2010 in Neuss-Erfttal** zu- mindest kurz über das Thema zu informieren und wären für eine Mitteilung dankbar, ob Sie unseren Vorschlag – trotz möglicher Einwände der Arbeitgeberseite - aufgreifen wollen. Hinweise zu unserem Pflegetreff finden Sie unter:

http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/welche_pflege_wollen_wir_uns_leisten.php

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?t=12279>

Für Ihre Bemühungen bereits jetzt vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht

<http://www.wernerschell.de>

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Anlage 9/C:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Neuss, den 18.10.2010

**An das
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Rochusstraße 1
z.Hd. Herrn Scheddler
53123 Bonn**

E-Mail: iiia1@bmas.bund.de; info@bmas.bund.de; ursula.vonderleyen@bundestag.de;

Nachrichtlich:

**An das
Bundeskanzleramt**

E-Mail: internetpost@bpa.bund.de;

**An das
Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft
und Verbraucherschutz
z.Hd. Frau Julia Klöckner,
Parlamentarische Staatssekretärin und MdB
Wilhelmstraße 54
10117 Berlin**

E-Mail: 211@bmelv.bund.de; julia.kloeckner@bundestag.de;

**An das
Bundesgesundheitsministerium
z.Hd. von Frau ORRin Langhans
Rochusstraße 1
53123 Bonn**

E-Mail: poststelle@bmg.bund.de; annette.widmann-mauz@bundestag.de; daniel.bahr@bundestag.de; info@bmg.bund.de;

Zu Vorgang: Pflegereforms in Neuss-Erfttal - Pflegereformfordernisse - Transparenzvereinbarungen und Schulnoten für Heime (Schreiben vom 24.03.2010 - G31 - 98/Schell -)

**An den
Patientenbeauftragten der Bundesregierung
Herrn Wolfgang Zöllner, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin**

E-Mail: patientenbeauftragter@bmg.bund.de;

Zu Vorgänge: Pflege-TÜV und die Bewertungskriterien bzw. Patientenrechtegesetz (PaRG)

(Schriftwechsel erfolgt zur Vereinfachung und zur Kosteneinsparung im E-Mail-Verfahren)

Betr.: Neufassung des § 612a BGB – Verankerung des gesetzlichen Informationsschutzes für ArbeitnehmerInnen - Wirksames Beschwerdemanagement ermöglichen

Bezug: Bundestags-Ausschussdrucksache 16(10)848, Protokoll Nr. 16/81 (neu) des Bundestags-Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und weitere Beratungsunterlagen sowie **Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 15.10.2010 – IIIa1-96 -**

Sehr geehrter Herr Scheddler,

wie ich in verschiedenen Zuschriften ausführte, gibt seit Jahren vielseitige Bemühungen, die Qualität in den Pflegesystemen zu verbessern und die MitarbeiterInnen von entsprechenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) zu motivieren, im Rahmen der geltenden Rechtsvorschriften Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden bezüglich festgestellter Mängel und Fehler im Betrieb, bei den zuständigen Behörden und auch in der Öffentlichkeit vorzutragen.

Ich bat daher darum, (erneut) gesetzgeberisch aktiv zu werden und eine den Bedürfnissen gerecht werdende **Neuregelung des § 612a BGB** anzustoßen. Dazu habe ich ausführliche Informationen übermittelt.

Auf diese Anregung haben Sie nun mit Zuschrift vom 15.10.2010 geantwortet und die geltenden Rechtsregeln und einige Gerichtsentscheidungen kurz vorgestellt. Auf den Vorschlag, eine Neuregelung anzustreben, sind Sie aber nicht eingegangen.

Es besteht daher Veranlassung, nochmals auf unsere Ausführungen aufmerksam zu machen und zu bitten, seitens der Bundesregierung eine die Angelegenheit hilfreich klärende Gesetzesinitiative auf den Weg zu bringen.

Die von Ihnen beschriebene Rechtslage und zitierte Rechtsprechung ist hier bekannt. Genau diese Situation ist aber so vieldeutig, dass sich die MitarbeiterInnen, vor allem in den Gesundheitseinrichtungen, bislang nur in Ausnahmesituationen trauen, ihre gezielten Anregungen, Beschwerden usw. in dem erforderlichen Umfang dem Arbeitgeber, Behörden und ggf. der Öffentlichkeit vorzutragen. Es ist, wie hier aus vielfältigen Zuschriften und Telefonaten, auch aus jüngster Zeit, bekannt geworden ist so, dass die Folgen von „Wortmeldungen“ mit Blick auf Mängelsituationen allzu oft Mobbing bzw. Kündigungen sind. Daher dürfen wir uns nicht wundern, dass die Pflegekräfte nahezu „flächendeckend“ lieber nichts sagen und still vor sich hin leiden und so nicht selten in eine Krankheit gedrängt werden.

Die vorgeschlagene Neuregelung gehört, mit anderen Maßnahmen zusammen, zu einer Reform der Gesundheits- und Pflegesysteme. Deshalb nochmals die Bitte, die Angelegenheit im Sinne unserer Vorschläge aufzugreifen.

Da wir in diesem Punkt von der großen Bedeutung einer Gesetzesnovellierung überzeugt sind, würden wir die Einbeziehung von Frau Ministerin von der Leyen in die Beurteilung und Entscheidung begrüßen. Da wir von der Sinnhaftigkeit unserer arbeitsrechtlichen Vorschläge überzeugt sind, müssen wir auf Hartnäckigkeit setzen.

Für Ihre nochmaligen Bemühungen bereits jetzt vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Werner Schell - Dozent für Pflegerecht

<http://www.wernerschell.de>

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Anlage 9/D:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 16.05.2011

Pflegemängel – schnelle Hilfe für den Notfall

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk befasst sich seit Jahren mit Pflegemängeln und wird immer von Pflegekräften und Angehörigen um Rat gefragt, wie damit umgegangen werden soll. Oftmals wird couragiertes Vorgehen der Pflegekräfte gefordert. Arbeitsrechtlich gibt es aber insoweit vieles zu bedenken (z.B. Loyalitäts- und Schweigepflichten der Arbeitnehmer), weil nicht sorgsam bedachtes Verhalten bei der Benennung von Mangelsituationen für Pflegekräfte schnell in der Arbeitslosigkeit enden kann. Umso wichtiger ist es, dass Pflegekräfte wissen, was sie tun müssen, wenn gefährliche Situationen auftreten; dass sie ihre Rechte kennen und adäquat vertreten.

Werner Schell, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk** hat im Mai 2011 im Brigitte Kunz Verlag (Buchreihe der Schlüterschen, Hannover) ein Buch mit dem Titel „100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen“ herausgebracht (ISBN 978-3-89993-767-1), das vor allem Pflegekräften zeigt, was sie tun können oder müssen, wenn sie mit Mängeln in ihren Pflegeeinrichtungen konfrontiert werden. Dabei müssen sie bei jedem Vorgehen beachten, dass sie fast ausnahmslos gegen Strukturen ankämpfen, die sie selbst nicht beeinflussen können. Umso wichtiger ist es, die maßgeblichen Verhaltensregeln zu beachten. Welche das sind, wie man konkret bei Pflegemängeln vorgeht, das verraten die 100 Tipps dieses Buches, kompakt, sachlich und leicht verständlich formuliert. Dieser Ratgeber zum Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderecht gehört in jedes Büro und auf jede Station.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von **Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk**

Weitere Informationen mit Flyer der Buchansicht:

http://www.wernerschell.de/Buchtipps/100_fragen_zum_umgang_mit_maengeln_in_pflegeeinrichtungen.php

Anlage 10:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände.**“

03.06.2011

»Pflegemängel – Mehr Pflegekräfte an die Pflegebetten – Strafanzeigen und Imagekampagnen helfen nicht weiter«

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat sich, vertreten durch den Vorstand Werner Schell, vor allem 2010 in die Pflegemängelsituationen in Mönchengladbach eingebündelt und über die gewonnenen Erkenntnisse und gebotenen Folgerungen in den Medien informiert (Printmedien und TV, z.B. Aktuelle Stunde des WDR). Dabei konnte verdeutlicht werden, dass mit staatsanwaltlichen / strafrechtlichen Mitteln keine Befriedung in den Heimen zu erreichen ist. Auch ein Pflege-TÜV (mit Schulnoten), der im Wesentlichen auf die Dokumentation abstellt, ist ein untaugliches Mittel zur Reduzierung von Mängeln.

Es war daher zu erwarten, dass die seinerzeit von der Mönchengladbacher Staatsanwaltschaft weit über 30 eingeleiteten Ermittlungsverfahren zu nichts führen werden. Am 02.06.2011 konnte daher die Rheinische Post unter Berufung auf Erklärungen der Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach darüber informieren, dass bislang in keinem einzigen Fall Anklage wegen Körperverletzung usw. erhoben werden konnte. Zahlreiche Ermittlungsverfahren wurden bereits eingestellt.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat daher in einer erneuten Zuschrift vom 02.06.2011 an die Staatsanwaltschaft in Mönchengladbach Veranlassung gesehen, u.a. folgende Hinweise zu geben:

„Die Mängel liegen im Kern in den völlig unzureichenden Pflege-Rahmenbedingungen begründet. Wir haben seit Jahren einen Pflegenotstand, der sich durch die demografische Entwicklung drastisch verschärfen wird. Daher gehören eigentlich nicht Pflegekräfte auf die Anklagebank, sondern die Politiker, die es bisher nicht zustande gebracht haben, für angemessene Pflegebedingungen zu sorgen und darüber hinaus Trägerverantwortliche, denen es in Einzelfällen offensichtlich an der Befähigung fehlt, die notwendigen personellen und organisatorischen Entscheidungen zu treffen. Daher habe ich auch wiederholt dafür plädiert, die Prüftätigkeit in den Pflegeeinrichtungen (Pflege-TÜV) in andere Bahnen zu lenken und vor allem allein auf die Lebens- und Ergebnisqualität abzustellen.“

In einer Erklärung vom 29.10.2010 wurde von Werner Schell, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, bereits ausgeführt:

„Es ist mir deutlich vor Augen geführt worden, dass die beklagten Pflegesituationen fast ausschließlich mit den unzulänglichen Pflegerahmenbedingungen zu tun haben. Unzureichende Personalausstattungen in den Pflegeeinrichtungen (und Krankenhäusern) führen zwangsläufig zu Leistungseinschränkungen, die dann in unterschiedlicher Ausprägung zu Zurücknahmen bei der Zuwendung und auch zu nicht immer ausreichend sorgfältigen Verrichtungen führen. Und diese Situation ist nicht auf eine Stadt, eine Region, beschränkt, sie ist, weil systemisch bedingt, wohl bundesweit gegeben. Dabei können sich natürlich Unterschiedlichkeiten in der Ausprägung ergeben. Dort, wo z.B. die Führungskräfte ausreichend qualifiziert und hoch motiviert arbeiten, vielleicht auch eine große Zahl ehrenamtliche HelferInnen mobilisieren können, mag es besser funktionieren. Aber alles in allem können wirklich gute oder gar sehr gute Pflegesituationen eigentlich nirgendwo garantiert werden.
Da ´Mönchengladbach überall ist` (oder sein kann) sehe ich die dringende Notwendigkeit, auf die politischen Verantwortlichen einzuwirken, unser Pflegesystem grundlegend zu reformieren, vor al-

lem an einigen entscheidenden Eckpunkten Veränderungen per Gesetz vorzugeben.“

Aufgrund der gemachten Erfahrungen wurde vom Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*, Werner Schell, inzwischen ein Buch mit dem Titel **>> 100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen <<** verfasst (Kunz Verlag, Buchreihe der Schlüterschen, Hannover; ISBN 978-3-89993-767-1). Es zeigt insbesondere für die Pflegekräfte auf, wie sie korrekt und ohne persönliche Nachteile mit ungunstigen Pflegesituationen umgehen sollten. Weil es um eine komplexe Materie geht, informiert das Buch über die Grundsätze des Patienten-, Pflege-, Haftungs- und Beschwerderechts.

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk bereitet im Übrigen als Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen eine Stellungnahme zur überfälligen Pflegereform vor. Denn nach Überzeugung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* liegt der Knackpunkt der wesentlichen Beanstandungen im Pflegebereich in der völlig unzureichenden Stellendotierung. Darauf macht die Interessenvertretung seit Jahren in aller Deutlichkeit aufmerksam.

Imagekampagnen für die Pflege sind nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* allein deshalb entbehrlich, weil Pflegekräfte in der Bevölkerung bereits hohes Ansehen genießen. Die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Arbeit muss endlich auch Niederschlag finden in einer deutlichen Verbesserung der Stellenschlüssel und sonstigen Arbeitsbedingungen.

Werner Schell

Dozent für Pflegerecht, Vorstand von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk*

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/mehr_pflegekraefte_an_die_pflegebetten.php

Anlage 11:



Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Vorstand: Werner Schell – Harffer Straße 59 – 41469 Neuss

Tel.: 02131 / 150779 – E-Mail: ProPflege@wernerschell.de

Internet: <http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

*Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk führt regelmäßig **Pflegetreffs** mit bundesweiter Ausrichtung durch.
Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk ist **Kooperationspartner** der „**Aktion Saubere Hände**“*

Pressemitteilung vom 19.07.2010

Schaffung einer Stelle für einen „Beauftragten für die Belange pflegebedürftiger Menschen“ (Ombudsmann-/frau)

Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk hat der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen (NRW) vorgeschlagen, eine (ehrenamtlich zu führende) Stelle eines **„Beauftragten für die Belange pflegebedürftiger Menschen“ (Ombudsmann-/frau)** zu schaffen und diese Stelle zunächst mit bescheidenen Sachmitteln auszustatten.

Eine solche Stelle erscheint *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* deshalb für erforderlich, weil die Betreuung, ärztliche Versorgung und Pflege in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen immer wieder als arg mangelbehaftet bezeichnet werden muss. Weder Heimaufsichten noch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) haben diesem Übel bisher wirksam begegnen können. Dies hat vielerlei Gründe. Dabei ist auch zu bedenken, dass die Heimaufsichten bezüglich der ambulanten Pflegeeinrichtungen überhaupt keine Aufsichtskompetenzen haben. Im Übrigen prüfen die genannten Institutionen immer nur die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, d.h. überwiegend sind die Prozess- und Strukturverhältnisse im Blickfeld. Probleme in der Ergebnisqualität bleiben dann weitgehend unangesprochen. Dies ist mehr als bedauerlich, weil gerade dieser Bereich der für die pflegebedürftigen Menschen entscheidende ist.

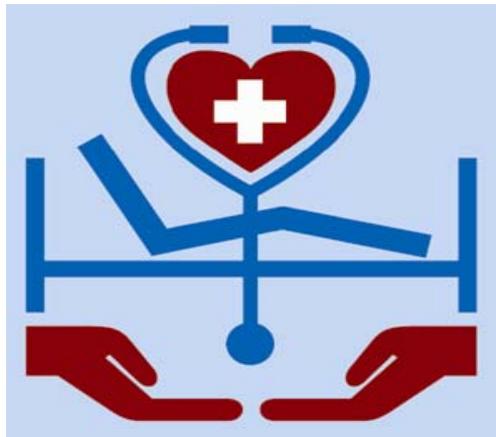
Auch die Transparenzvereinbarungen und Bewertungskriterien für den sog. Pflege-TÜV sind nach Einschätzung von *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* völlig unzureichend und zur Zeit, auch vor den Gerichten, heftig umstritten. Es sind folgerichtig Bestrebungen im Gange, diese Vorschriften entscheidend zu verändern. Selbst wenn die Pflege-TÜV-Regelungen im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und für mehr Transparenz verbessert würden, kann der durch Schulnoten ausgeübte Druck die Verhältnisse voraussichtlich kaum wirklich verbessern. Die ohnehin gebeutelten Pflegekräfte würden noch mehr in Notlagen geraten. Denn vor allem aufgrund unzulänglicher Stellen-schlüssel sind die Arbeitsverdichtungen immens.

Es wird daher nach Auffassung von *Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk* für erforderlich erachtet, ganz konkret bestimmten Pflegemängeln nachzugehen und für Abstellung einzutreten. Dies könnte sinnvollerweise durch eine Beauftragtenstelle im Sinne der gemachten Vorschläge geschehen. Unabhängig davon sieht *Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk* eine Pflegereform, die diesen Namen verdient, als notwendig an. Dabei müssen solidarische Erwägungen im Mittelpunkt stehen.

Werner Schell, Dozent für Pflegerecht

Quelle: http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de/Pressemitteilungen/beauftragte_fuer_die_belange_pflegebeduerftiger_menschen.php

Flyer „Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk“:



Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk

ist ein Zusammenschluss von Personen, Vereinen und sonstigen Institutionen, die sich eine an der **Menschenwürdegarantie** ausgerichtete **Verbesserung der Pflege-Rahmenbedingungen** und die **Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung des Pflegesystems** zum Ziel gesetzt haben.

Das Netzwerk versteht sich als **Lobby (Interessenvertretung) für pflegebedürftige und behinderte Menschen (Patienten) bzw. ihrer Rechtsvertreter / (pflegenden) Angehörigen** und ist bei Bedarf um **Beratung und Hilfe** bemüht. Dabei wird die **Selbsthilfe** einen **herausragenden Stellenwert** einnehmen. Die Unterstützung bzw. Veranlassung von entsprechenden Selbsthilfeaktivitäten, z.B. regelmäßige **Pflegetreffs, Gesprächskreise** und **sonstige Gruppentreffen**, wird eine wichtige Aufgabe sein.

Dabei stellt das Netzwerk seine Aktivitäten vor allem auf die **Bedürfnisse der dementiell erkrankten Personen** (= geriatrische Einschränkungen) ab. **Die demografische Entwicklung verdeutlicht, dass für dementiell erkrankte Menschen erheblicher Hilfe- und Unterstützungsbedarf besteht.**

Die in der

„Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“

beschriebenen Ansprüche müssen zu subjektiv-öffentlichen Rechten ausgestaltet werden!

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk

tritt für eine **deutliche Verbesserung der Pflege-Stellenpläne** (in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) ein, weil nur eine ausreichende Zahl von Pflege(fach)- und sonstigen Betreuungskräften die allseits gewünschte Zuwendung einschließlich Begleitung in schwierigen Situationen gewährleisten kann.

Das Netzwerk erwartet angesichts der verfassungsrechtlichen Wertevorgaben, dass die „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ uneingeschränkte Anerkennung und Beachtung findet und setzt sich dafür ein, dass diesem Gebot Geltung verschafft wird.

Das Netzwerk fordert, dass vorhandene bzw. noch auftretende **Misstände im Gesundheits- und Pflegesystem** von den jeweils (Mit)Verantwortlichen angesprochen werden können (= **Beschwerdemanagement**), ohne dass insoweit Nachteile (z.B. Mobbing, Kündigung) entstehen dürfen. Eine gesetzliche Vorschrift, die diesen Bedürfnissen Rechnung trägt, wird als zwingend notwendig erachtet.

Das Netzwerk wird zur Erreichung seiner Aufgabenstellung auf den **politischen Bereich in Bund, Ländern und Kommunen** (Parteien, Parlamente, Ministerien usw.) **Einfluss nehmen** bzw. die als geboten erscheinenden **Statements abgeben** und - soweit gewünscht und möglich - **konstruktive Mitarbeit** (z.B. in Gesundheitskonferenzen, Pflegekonferenzen, Arbeitsgemeinschaften) anbieten.

Das Netzwerk veranstaltet regelmäßig offene **Pflegetreffs** und bietet damit eine Plattform für Informationen und Diskussionen.

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk

setzt sich **regional**, aber auch **bundesweit**, für die **Belange der pflegebedürftigen Menschen** und der sie **betreuenden Personen**, seien es **Angehörige oder professionell tätige Pflegekräfte**, ein.

Das Netzwerk dient der **öffentlichen Gesundheitspflege** und arbeitet im Sinne der einschlägigen steuerrechtlichen Vorschriften **gemeinnützig** bzw. **unabhängig**.

Adresse des Vereins:

Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk Unabhängige und gemeinnützige Initiative

Ansprechpartner: Werner Schell

Harffer Straße 59, 41469 Neuss

Telefon: 02131 / 150779

Fax: 02131 / 167289

E-Mail: propflege@wernerschell.de

Internet:

<http://www.pro-pflege-selbsthilfenetzwerk.de>

Vereinskonto (für Mitgliedsbeiträge und Spenden):

| |
|--|
| Kontoinhaber: Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk, Harffer Str. 59, 41469 Neuss |
| Konto-Nr: 2113216010 BLZ: 305 605 48 VR Bank eG.; Hauptstelle Dormagen, Kölner Straße 103, 41539 Dormagen |

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Pro Pflege – Selbsthilfenetzwerk

| |
|----------------------|
| Name: |
| Vorname: |
| Geburtsdatum: |
| Geburtsort/ Land: |
| Staatsangehörigkeit: |
| PLZ/Wohnort: |
| Straße: |
| Telefon/Fax: |
| Ggf. E-Mail: |
| Ggf. Homepage: |
| Beruf: |

Datum: _____

Unterschrift: _____

Eventuelle Anmerkungen:

Die Aktivitäten von
Pro Pflege -
Selbsthilfenetzwerk

bedürfen einer breiten Unterstützung!

Der Mitgliedsbeitrag bei Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk wird am Anfang eines jeden Jahres fällig und ist auf das angegebene Vereinskonto zu überweisen.

Wenn gewünscht, kann auch ein Beitragseinzug erfolgen. In diesem Fall sollte die nachfolgende Erklärung übermittelt werden:

Einzugsermächtigung:

Meinen Jahresbeitrag in Höhe von **24,00 Euro** bitte ich über Lastschriftauftrag, bis auf Widerruf, von meinem Konto einzuziehen:

| |
|---------------|
| Geldinstitut: |
| Konto-Nr. |
| BLZ |

Datum: _____

Vor- und Zuname: _____

Unterschrift: _____

**Menschenwürdige Pflege
– jetzt und überall !**

Leitgedanke:

***...dem Leben nicht mehr Jahre, sondern
den Jahren mehr Leben schenken.
Der Menschlichkeit nicht mehr Pflege ge-
ben, sondern der Pflege mehr Mensch-
lichkeit.***