

## Systemwechsel in der Pflege

Womit sofort begonnen werden müsste, damit sich die Situation entspannt und zumindest sichere Pflege gewährleistet werden kann.

### 1. Zulassungsstopp für neue Pflegeeinrichtungen

Wie jüngste Zahlen bestätigen, können gegenwärtig mehr als 20.000 Stellen in der Altenpflege nicht besetzt werden. Wie kann man es da zulassen, dass Bau und Inbetriebnahme neuer Einrichtungen ungebremst weitergehen? Deutschland gilt als Schlaraffenland unter den Heim-Investoren. Die Renditeerwartung liegt zwischen 4 und 10 Prozent, dabei werden Einsparpotentiale beim ohnehin zu gering bemessenen Personal systematisch einkalkuliert. Werden beispielsweise 50 Vollzeitstellen in den Pflegesätzen berücksichtigt, jedoch regelmäßig nur 45 Stellen besetzt, kann der Betreiber seine Ausgaben um fünf Gehälter reduzieren. Auch bei der Verpflegung und bei anderem kann getrickst werden ohne dass dies geahndet wird, sollte es denn überhaupt auffallen. Abgesehen davon, zeigen Heimaufsichten Verständnis für permanent unterbesetzte Häuser, schließlich weiß ja jeder, dass der Personalmarkt leer ist. In Kliniken ist es nicht anders. Solange keine Missstände offenkundig sind, können Heime das Personal runterschrauben bis nichts mehr geht. Heimbetreiber, die viele Einrichtungen und Serviceunternehmen in Deutschland betreiben, können außerdem leicht Personaldaten mehrfach angeben. So kann beispielsweise ein und dieselbe Fachkraft in zwei Einrichtungen des Trägers aufgeführt sein, ohne dass dies der Heimaufsicht auffällt, zumal wenn diese nur für eine Einrichtung zuständig ist. Gegenwärtig wird es Heimbetreibern sehr leicht gemacht, auf Kosten von Bewohnern und Personal Kasse zu machen. Hier muss vordringlich Einhalt geboten werden.

Wir haben nicht zu wenig Heimplätze, wir haben zu viele die nicht zugelassen werden dürfen, weil die Menschen dort menschenunwürdigen Bedingungen ausgesetzt sind. Die Heimbetreiberlobby treibt die Politik vor sich her, mit dem Argument, dass bis 2030 doppelt so viele Heimplätze gebraucht würden. Die hier ins Feld geführte Prognose, geht jedoch davon aus, dass der politische Rahmen so bleibt wie er ist, mithin rund 30 Prozent der Pflegebedürftigen auch zukünftig in Heimen gepflegt werden müssen. Wir setzen uns hingegen dafür ein, dass

1. weniger Menschen am Ende ihres Lebens pflegebedürftig werden, weil man dies in vielen Fällen verhindern kann, und
2. die kommunalen Hilfsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dahin gehend ausgebaut werden, dass eine Heimbetreuung nur in höchstens 10 Prozent der Fälle alternativlos ist.

Je weniger Menschen am Ende ihres Lebens ins Heim müssen, desto sozialverträglicher. Darum plädieren wir dafür, den weiteren Ausbau von Heimplätzen sofort zu stoppen.

## 2. Einführung eines Mindestpersonalschlüssels für die stationäre Pflege.

Normalstationen Krankenhaus/Klinik: Tagdienst (Früh/Spät) jeweils 1:8  
Eine Pflegefachkraft betreut in ihrem Dienst eigenverantwortlich acht Patienten.  
Auszubildende sind nicht auf dem Stellenplan angerechnet.  
Nachtdienst: 1:20 Patienten (Eine Pflegefachkraft für 20 Patienten)

Pflegeheime: Tagdienst 1: 8 Eine Pflegefachkraft betreut 8 Bewohner (Bezugspflege) und übernimmt für weitere 8 Bewohner, für die eine Pflegehilfskraft eingesetzt werden kann, die fachliche Aufsicht.  
Nachtdienst: 1:30, in reinen Demenz-Wohnbereichen 1:20

Für Intensivstationen und Wachkomastationen in Pflegeheimen muss ebenfalls eine Mindestbesetzung pro Dienst vorgegeben werden.

Die Einhaltung des Mindestpersonalschlüssels muss verbindlich sein!  
Kliniken, Pflegeheime dürfen nur so viele Patienten/Bewohner aufnehmen, wie das vorhandene Pflegepersonal abdecken kann!

### VORTEILE

Für Patienten/Bewohner: Individuellere Unterstützung, mehr Sicherheit, weniger Fehler und Folgeschäden, besseres Behandlungs- und Pflegeergebnis - bis hin zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Medikamentöse Ruhigstellung und Fixierungen können vermieden werden.

Für Pflegepersonal: Mehr Zeit für Patienten/Bewohner, weniger Stress, größere Zufriedenheit, längere Verweildauer im Beruf.

Für die Einrichtung: Positive Erfahrungen sind die beste Werbung. Geringe Fluktuation, geringer Krankenstand.

Für die Versicherungen: Weniger Kosten für die Behandlung von Folgeschäden. Weniger Behandlungs- und Pflegefälle.

## 3. Ausbau kommunaler Hilfesysteme zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und stationärer Pflege

Siehe Beispiele Niederlande und Skandinavien.

Konzeptentwicklung auf kommunaler Ebene, siehe z.B. Gemeindepflegekonzept

Zugehende Angebote für gefährdete Bürger\*innen, siehe z.B. Gemeindeschwester+ (RLP)

Kommunale Angebote zur Erhaltung und Verbesserung der Mobilität im Alter.

### VORTEILE:

Prävention: Gefahren frühzeitig erkennen und entgegenwirken. Vor allem alleinstehende

Systemwechsel Pflege – Pflegeethik Initiative Deutschland e.V. – Juni 2018  
[www.pflegeethik-initiative.de](http://www.pflegeethik-initiative.de) [bueror@pflegeethik-initiative.de](mailto:bueror@pflegeethik-initiative.de) Tel: 02644-3633

alte Menschen sind gefährdet zu vereinsamen und sich hängenzulassen, so dass sich irgendwann andere kümmern müssen. Gelingt es, diese wieder am sozialen Leben in ihrem Umfeld zu beteiligen, werden sie sich selbst bemühen, ihr Äußeres zu pflegen.

Weniger Arztbesuche, weniger Medikamente, weniger Nebenwirkungen, weniger Kosten. Denn Arztbesuche sind oft die einzigen Termine, die einzigen Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände.

Weniger Pflegebedürftige, die Fachpersonal benötigen. Weniger Krankenhauspatienten, da häufige Gefahrensituationen für Verletzungen, Ernährungsprobleme, Fehlmedikation u.a.m. erkannt und abgestellt werden können.

Einsparung von Heimplätzen!

Schonung der Sozialkasse, die sich häufig an den Kosten für Heimplätze beteiligen muss.

Gesünderes Sozialklima.

#### 4. Vermeidung von Medikamentenschäden

Viele Beschwerden, mit denen alte Menschen zum Arzt gehen, könnten ohne Medikamente behoben werden, würde sich jemand Zeit nehmen um die naheliegenden Ursachen für Schmerzen, Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen, Bluthochdruck etc. zu erfassen und die passende Hilfestellung anbieten. Das jedoch ist im Gesundheitssystem nicht vorgesehen und wird nicht bezahlt. Stattdessen werden Rezepte geschrieben und gegen jedes Symptom ein weiteres Medikament verabreicht. Auf diese Weise wird kein Problem gelöst, sondern zusätzliche geschaffen. Demenz und Pflegebedürftigkeit werden in sehr hohem Maße erzeugt durch die Neben- und Wechselwirkung der Medikamente, mit denen alte Menschen bedenkenlos abgespeist werden.

Besonders gefährlich wird es, wenn alte Menschen in die Gerontopsychiatrie geraten. Denn die einzige Therapie, die man dort kennt, sind Experimente mit Psychodrogen, allen voran Neuroleptika. Konnte der alte Mensch vorher noch sicher auf seinen Beinen stehen und gehen, konnte er noch sprechen und sich verständlich machen, ist er anschließend nur noch eine hilflose Gestalt, die nichts mehr kann, nichts mehr weiß und vollständig auf Pflege angewiesen ist.

**Diese Praxis ist nicht hinnehmbar und mit nichts zu rechtfertigen!!! Hier werden Menschen in einen entwürdigenden Zustand hineinbehandelt und gepflegt. Das dürfen wir nicht zulassen!**

#### 5. Neuausrichtung der ambulanten Pflege

Anstatt nach Einzelleistungen abzurechnen, sollten **Zeitkontingente** vereinbart werden, zu denen eine Pflegefachkraft oder Hilfskraft den Pflegebedürftigen aufsucht und alle notwendigen Verrichtungen durchführt. Z.B. Vormittag zwischen 09 und 10h, 45 Min (Grundpflege, Frühstück, Medikamente) durch Pflegerin A ersatzweise Pflegerin B oder

Pfleger D. Organisation nach dem **Bezugspflegesystem**. Aufgabenbereich und Verantwortlichkeit der Bezugspflegenden definieren.

**Personalschlüssel** festlegen: Pro Pflegekraft maximal 5 zu Pflegenden, für die im Schnitt 60Min./täglich eingeplant werden. Wie auch immer: Die Zeiten sind so zu kalkulieren, dass sich niemand gehetzt fühlen muss und die Kommunikation nicht zu kurz kommt. Festlegung von **Stundensätzen** für die Pflege durch Fachkräfte und Hilfskräfte. Diese sollten von der Pflegekasse und Krankenkasse je zur Hälfte übernommen werden. Denn die Arztpraxen können durch Pflegedienste stark entlastet, Krankenaufweisungen vermieden werden.

Sinnvoll erscheint uns auch folgende Konstellation:

**Gemeinschaftspraxis von Hausärzten und Pflegefachkräften.** Hausärzte (Allgemeinmediziner) sind zumeist die erste Anlaufstelle. Diese bekommen mit, wenn ein älterer Mensch/Patient in Gefahr gerät und Hilfestellung benötigt, die bei heutigen Arztbesuchen nicht geleistet werden kann. In solchen Fällen könnte die Pflegefachkraft sofort präventiv tätig werden. Sie besucht den Betroffenen in dessen Zuhause und kümmert sich darum, dass dieser die nötige Unterstützung erhält, um nicht zum Dauerpatienten und Pflegefall zu werden. Auch Wundversorgung, Insulin spritzen, Medikamente richten, Kontrolle von Vitalfunktionen, Befinden u.a.m. könnten quasi aus einer Hand durch ein ambulantes Versorgungsteam sichergestellt werden. Damit ließe sich außerdem das Hausarztproblem in ländlichen Regionen entschärfen. Für den Patienten würde es vieles vereinfachen. Und vielleicht führt dieser Weg sogar dazu, die unsinnige Trennung von Kranken- und Pflegekassen zu überwinden und alle Gesundheitsleistungen in einer Versicherung zusammenzuführen. Die bestehende Doppelstruktur in der Dokumentation würde dann wegfallen. Ambulante Versorgungsteams sollten außerdem rehabilitative und palliative Hilfen bieten. Immer mit dem Ziel, stationäre Behandlung und Pflege zu vermeiden und eine sichere Versorgung in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

Das aktuelle System der ambulanten Pflege geht nicht nur an den eigentlichen Bedürfnissen der Betroffenen vorbei, es verleitet auch zum Betrug.

## 6. Pflegenoten sofort aussetzen.

Der sog. Pflege-TÜV in der heutigen Form hat sich als trügerisch erwiesen. Die Noten werden aus der Dokumentation ermittelt, sie sagen nichts über die tatsächliche Qualität aus. Wer sich auf die Note verlässt, muss mit Enttäuschung rechnen. Entsprechende Prüfungen durch den MDK können eingestellt werden. Damit würde zudem die Pflegekasse entlastet, die die Kosten für diese Prüfungen trägt. Tausende Pflegefachkräfte, die zu diesem Zweck eingestellt werden, stehen für sinnvollere Aufgaben wieder zur Verfügung.

ALTERNATIV (auf lange Sicht)

Entwicklung und Einführung eines Instruments zur Qualitätssicherung, das die Ergebnisse in den Vordergrund stellt, wie sie bei den Pflegebedürftigen und Pflegenden ankommen. Beispielhaft einige Kriterien:

*Umgang mit Bewohnern:* verständnisvoll, freundlich, zugewandt, unpersönlich, ruppig, grob, personenabhängig, herablassend, entwürdigend ...  
*Einbeziehung von Angehörigen:* als Angehöriger werde ich integriert, Mitarbeiter kennen mich, meine Erfahrungen und Vorschläge werden einbezogen, ....  
*Zuverlässigkeit:* Versprochenes wird meistens gehalten, wird selten gehalten, es muss oft daran erinnert werden, häufig Vertröstungen und Ausreden  
*Speisen und Getränke:* schmackhaft, ausreichend, appetitlich, ausgewogen, Wünsche werden (nicht) berücksichtigt, schmeckt oft nicht, oft zu wenig, immer das Gleiche,....  
*Sauberkeit und Hygiene:*

Wir stellen uns dazu ein Bewertungsportal im Internet vor, zu dem Betroffene einen Zugang erhalten (z.B. alle Heimbewohner oder deren rechtliche Vertreter sowie regelmäßige Besucher, Mitarbeiter der Einrichtung, Ärzte, Therapeuten, Rettungsdienste, Bestatter und alle Personen die mit der Einrichtung zu tun haben.)

Die Bewertungen laufen bundesweit und/oder landesbezogen zentral in einem Büro zusammen und werden dort von fachkundigen Mitarbeitern begutachtet. In Fällen alarmierender Bewertungen müsste eine Überprüfung vor der Veröffentlichung stattfinden. Insbesondere, wenn von Misshandlung oder schwerer Vernachlässigungen berichtet wird, muss eine unangekündigte Prüfung durch autorisierte Personen mit dem nötigen Insiderwissen und Durchsetzungsvermögen (z.B. speziell geschulte Polizisten) stattfinden. Rechtsverletzungen gegenüber Pflegebedürftigen insbesondere Demenzbetroffenen müssen gemäß unserer Rechtsmittel konsequent geahndet werden. Die Heimaufsicht in der heutigen Form stellt sich eher schützend hinter den Heimbetreiber. Wichtig wäre die Sicherstellung von Unabhängigkeit und Unbestechlichkeit der Stelle und Personen, die das Portal betreuen. Diese dürfen nicht in Verbindung mit Leistungsanbietern stehen. Das Portal darf keine Werbung machen. Es sollte nicht den Kassen, sondern einer Bundes-/Landesbehörde unterstellt sein. Es kann aus Gelder der Kassen finanziert sein, die jedoch keinen inhaltlichen Einfluss haben dürfen. Wichtig ist außerdem, dass sich die menschlich relevanten Punkte in den Kriterien wiederfinden. Also das soziale Klima, das Miteinander, Geborgenheit, Sicherheit und alles worauf es im Wesentlichen ankommt.

VORTEILE (bezogen auf Heime)

Heimplatzsuchende wie auch Pflegekräfte die ein „gutes Heim“ suchen, können sich über das Portal die Stärken und Schwächen in den relevanten und wichtigsten Punkten anschauen.

Heimbetreiber/Heimleiter werden auf gute Bewertungen in den menschlich relevanten Bereichen hinwirken müssen. Nur wenn die menschlich relevanten Bereiche im Vordergrund stehen, wird ein Anreiz in die richtige Richtung gesetzt.

Die Pflegedokumentation, die heute hauptsächlich dem Zweck dient, eine gute Note zu bekommen und die angestrebten Pflegegrade zu rechtfertigen, kann deutlich reduziert werden. Pflegekräfte müssen sich nicht mehr genötigt fühlen, falsche Angaben zu machen, damit die Note stimmt.

## **7. Leistungsbemessung nach einem positiven Anreizsystem.**

Auch wenn die Pflegestufen kürzlich erst durch Pflegegrade ersetzt wurden, verleitet diese Form der Leistungsbemessung dazu, einen möglichst hohen Bedürftigkeitsgrad zu erreichen. Das aktuelle Bemessungssystem hat so viele Nachteile, dass es schnellstmöglich abgeschafft werden sollte.

Angehörige, vor allem wenn sie ihre Berufstätigkeit aufgeben, sind auf das Pflegegeld angewiesen. Aber auch wenn ein Pflegedienst täglich kommt, entstehen Kosten in einer Höhe, die mit dem Versicherungsbetrag (SGB XI) bei Pflegegrad 1-2 nicht einmal zu einem Viertel gedeckt werden können. Damit sich das überhaupt rechnet, werden oft behandlungspflegerische Maßnahmen einbezogen, die der Pflegedienst über die Krankenkasse abrechnen kann. SGB V – Leistungen, wie Medikamente richten/verabreichen und Blutdruckmessen (auch wenn der Angehörige das macht)

### **ALTERNATIV**

Stationäre Pflege: Die Kasse zahlt, unabhängig vom Umfang der Pflegebedürftigkeit für alle Bewohner den gleichen Satz, gemäß dem Mittelwert der heutigen Leistung + einer Pauschale für regelmäßige Behandlungspflegeleistungen (SGB V). Der Personalschlüssel orientiert sich nicht wie bisher an den Pflegestufen/-graden, sondern an der Zahl der Bewohner, die im jeweiligen Dienst von einer Pflegekraft betreut werden, (siehe 2.)

Häusliche Pflege: Die Kasse übernimmt einen bestimmten Prozentsatz der tatsächlichen Pflegekosten. Bei Antragstellung/Bedarf setzt sich eine autorisierte Pflegefachkraft mit dem Versicherten und ggf. Angehörigen zusammen, um gemeinsam mit diesen den Hilfebedarf zu eruieren und einen Hilfeplan zu erstellen. In diesem Plan sollten Art und Umfang der Hilfe durch Angehörige berücksichtigt werden.

*Überlegenswert wäre z.B. folgende Regelung:*

Angenommen, die Kosten für den häuslichen Hilfebedarf betragen 2.500 Euro/Monat, der Versicherte kann jedoch nur 1.000 Euro aus eigenen Mitteln aufbringen, dann würde die Versicherung die restlichen 1.500 Euro übernehmen.

Bei Versicherten, die genügend Einkommen haben, um den häuslichen Hilfebedarf in voller Höhe zu zahlen, würde sich die Kasse beispielsweise nur bis zu 20 oder 30 Prozent an den Kosten beteiligen. Auch in dieser Hinsicht würde eine individuelle Bemessung der Situation vielen Menschen gerechter.

Auch andere Verfahren wären überlegenswert, wie z.B. die Entlastung pflegender Angehöriger durch ein Budget.

## **8. Krankenhäuser müssen sich auf alte Menschen/Patienten einstellen!**

„Von den rd. 40.000 Patienten die unsere Klinik im Jahr durchlaufen, sind 20.000 über 65 Jahre“, erklärte eine Fachärztin für Altersmedizin. In anderen Ländern gebe es wesentlich mehr Gerontologen. Auch in der Aus-/Fort-, und Weiterbildung wird den alterstypischen Problemen und Bedürfnissen kaum Rechnung getragen. Die meisten haben nichts anderes gelernt, als medikamentös auf schwieriges Verhalten zu reagieren.

Sedativa, Neuroleptika, wer dann immer noch „zicken macht“ wird festgeschnallt. In sehr vielen Fällen erzeugen Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftigkeit, sie verstärken diese regelmäßig. Eine Mitschuld daran tragen die Fallpauschalen (DRGs), denn diese führen dazu, dass alte Patienten – die nicht in der pauschal vorgesehenen Zeit wieder auf die Beine kommen – in der Kurzzeitpflege eines Altenheimes landen. Sofern sie keinen Angehörigen haben, der sich dafür einsetzt, dass sie dort die nötige Reha erhalten und wieder nach Hause kommen, endet ihre Lebenslaufbahn im Heim.

Die Strukturen und die Haltung müssen sich ändern. Hier liegt ein großes Potential zur Verhinderung von Landzeitpflegebedürftigkeit. Indem man dieses nutzt, können Pflegekosten und Personal eingespart werden. Zu den negativen Folgen für die Betroffenen und warum sich Krankenhäuser auf die wachsende Zahl von altersgebrechlichen Patienten einstellen müssten, siehe unsere Kampagne: [Klinik mit Geist](#).

## **9. Festschreiben von Eignungskriterien für Einrichtungen, die ausbilden dürfen.**

Da die Qualität der Pflegeausbildung vor allem davon abhängt, welche Erfahrungen und Vorbilder der Auszubildende während seiner praktischen Einsätze erlebt, sollte nur solchen Einrichtungen eine Ausbildungserlaubnis erteilt werden, die bestimmte Kriterien erfüllen. Einrichtungen mit einer Ausbildungslizenz (vgl. Lehrkrankenhäuser in der Medizin) sollten deutliche Vorteile haben, gegenüber anderen, damit viele dieses Ziel anstreben und dafür sorgen, die qualitativen Voraussetzungen erfüllen zu können. Auf diese Weise würde Niveau der Pflegeausbildung wie auch die Pflegequalität und das Ansehen des Berufes gleichermaßen angehoben. Viele Pflegekräfte, die einem heute begegnen, müssten im Grunde sofort Berufsverbot bekommen, wenn man sich deren Haltung anschaut. Sie haben es nicht anders gelernt und ziehen Kollegen und Auszubildende auf ihr Niveau herunter.

Im vorliegenden neuen Pflegeberufegesetz (PflBG), das am 13.06.2018 dem Bundeskabinett zur Kenntnis gegeben wurde, fehlen entsprechende Vorgaben. Ohne diese werden sich die Qualitätsanforderungen, wie sie in den Prüfungsverordnungen aufgelistet sind, in vielen Fällen nicht realisieren lassen. Denn soziale Kompetenz kann man nicht aus Lehrbüchern lernen. Die derzeitigen Ausbildungs- und Praxiserfahrungen fördern Anpasstheit und Funktionieren als Rad im Getriebe. Pflegefachkräfte werden selten darin bestärkt, Kritik an der richtigen Stelle und in annehmbarer Form zu üben. Sie lernen eher, dass es besser ist, den Mund zu halten.

Das vorherrschende Rollenverständnis und die Haltung der beruflich Pflegenden bedürfen dringend einer Überarbeitung. Das wird ein langwieriger Prozess, der baldmöglichst jedoch begonnen werden müsste.

## Grundsätzliche Ausrichtung

### § 1

#### **Ergebnisorientiert**

#### **Pflege vom Ergebnis her denken und strukturieren.**

Menschenwürdige Pflege darf keine Frage des Geldes sein. Bisher stehen die Kosten im Vordergrund – mit all den bekannten negativen Auswirkungen auf das Ergebnis. Mit unbekanntem Folgekosten, die uns am Ende viel teurer kommen.

### § 2

#### **Individuell**

#### **Pflege an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.**

Jeder Mensch und jede Pflegesituation ist anders. Um dem Menschen und seinem Umfeld gerecht werden zu können, bedarf es in jedem Falle einer individuellen Erfassung des Hilfebedarfs, einer individuellen Planung und Kostenberechnung. Anstelle des pauschalierten Bemessungssystems (Pflegestufen/Pflegegrade) müsste ein individuelles eingeführt werden, zumindest für den ambulanten Bereich. In der stationären Pflege wäre ein einheitlicher Leistungssatz – basierend auf dem Mittelwert – hilfreich und sofort umsetzbar.

### §3

#### **Hilfe zur Selbsthilfe**

#### **So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich.**

Den Betroffenen und dessen Angehörige dahingehend unterstützen, dass diese so selbstbestimmt wie möglich die Lage meistern können und nicht in Abhängigkeit geraten oder als Bittsteller dastehen, nicht zuletzt durch die Zurverfügungstellung eines ausreichenden Budgets, mit dem sie sich die notwendigen Hilfen selbst beschaffen können. Berufliche Pflege sollte ihre Rolle dahingehend erweitern, Betroffenen, Angehörigen und anderen Helfern die nötige Hilfestellung zu geben.

### § 4

#### **Wahrhaftigkeit und Transparenz**

Das Misstrauen und die Angst der Bürger sind groß, weil wir viel zu lange schon zugelassen haben, dass Pflegeanbieter das Blaue vom Himmel versprechen dürfen, ohne daran gemessen zu werden, ob sie es halten. Auch auf die Pflegedokumentation ist kein Verlass. Niemand prüft, ob das Dokumentierte der Wahrheit entspricht. Um bei den Pflegenoten gut abzuschneiden, sind Pflegekräfte gehalten die dafür notwendigen Haken zu setzen. Die Pflegenoten sollten sofort ersatzlos gestrichen werden. Die Dokumentation in der jetzigen Form dient nicht dem Patienten/Bewohner, sondern in erster Linie der Absicherung und Rechtfertigung der Leistungsanbieter im Streitfall mit Leistungsempfängern. Der Schein trägt an allen Stellen.



§ 5

## **Patientenschutz**

### **Wirksamer Schutz des Pflegebedürftigen vor Rechtsverletzungen**

Pflegebedürftige sind ihren Helfern oft schutzlos ausgeliefert. Vor allem solche mit der Diagnose Demenz. Auch die Heimaufsicht und der MDK als Kontrollorgane sind ungenügend und dienen in der jetzigen Form eher dem Schutz von Heimbetreibern vor den Klagen von Bewohnern. Stattdessen sind unabhängige Kontrollinstanzen zu fordern, mit Fachleuten und Kompetenzen die zu einem wirksamen Schutz erforderlich sind. Solange Krankenhäuser, Heime, Pflegedienste oder auch Angehörige bzw. rechtliche Vertreter selbst bei grober und nachweislicher Missachtung der Menschenrechte damit rechnen können, dass ihren Aussagen ungeprüft die höhere Glaubwürdigkeit beigemessen wird, wird sich nichts ändern.

## Systemwechsel in der Pflege

### **Was ist das größte Hindernis und wie kann es überwunden werden.**

Das mit Abstand größte Hindernis ist die fehlende Einsicht in die Notwendigkeit. Vor allem diejenigen, die Vorteile aus dem bestehenden System ziehen, werden einen Wechsel zu verhindern versuchen. Also im Grunde alle, die an den Schaltstellen sitzen und die Situation in der Pflege schönreden.

Überwunden werden kann dieses Hindernis nur von Politikern, die an der Spitze des Systems stehen, sofern sie die Notwendigkeit erkennen und sich von Widerständen nicht abschrecken lassen.

## **Weiterführende Links und Literaturangaben**

Konzepte in den Niederlanden:

<http://www.buurtzorg-in-deutschland.org/buurtzorg/>

<https://change-congress.de/speakers/jos-de-blok/>

Filmbeitrag: Zuhause alt werden:

<https://www.arte.tv/de/videos/079474-057-A/re-zuhause-alt-werden/>

Pflegesystem und Prävention von Pflegebedürftigkeit in Skandinavien

<http://demenzrisiko.de/vorbild-skandinavien/>

Siehe: Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht von Marlies Karsch-Völk, Harald Kamps, Antonius Schneider

[https://www.mabuse-verlag.de/.../165\\_Heintze\\_Das-finnische-Gesundheitssystem.pdf](https://www.mabuse-verlag.de/.../165_Heintze_Das-finnische-Gesundheitssystem.pdf)

Gemeindepflegekonzept

<http://pflegeethik-initiative.de/2012/10/26/gemeindepflege-konzept/>

Rheinland Pfalz: Gemeindegeschwester+

<https://msagd.rlp.de/ar/unsere-themen/aelttere-menschen/gemeindegeschwesterplus/>

Ambulante Pflege: Betrug vorprogrammiert

<https://pflege-prisma.de/2016/04/22/wer-in-der-haesuslichen-pflege-nicht-betruegt-muss-ein-idealist-sein/>

Pflegenoten abschaffen

<https://pflege-prisma.de/2015/02/04/die-tage-des-pflege-tuev-scheinen-gezaehlt/>

Falsche Anreize im Pflege- und Gesundheitssystem:

<https://pflege-prisma.de/2015/05/06/warnung-vor-dem-neuen-pflegebeduerftigkeitsbegriff/>

Pflegebedürftig durch die falsche Medizin:

<https://pflege-prisma.de/2017/04/20/deutschland-setzt-auf-psychopharmaka-statt-zuwendung/>

<http://demenzrisiko.de/demenzrisiko-medikamentoese-behandlungspraxis-polypharmazie/>

Negative Auswirkungen von Krankenhausbehandlung und Fallpauschalen

Kampagne: [Klinik mit Geist](#).

Dr. Ellis Huber, Autor von „Liebe statt Valium“: Visionen für eine Pflege von morgen – bemerkenswerter Vortrag <https://vimeo.com/273531987>