



19.01.2004

Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) in einem Seniorenzentrum

Sehr geehrte Frau Kühn- Mengel,

wir wenden uns an Sie mit der Bitte, sich in Ihrer Funktion als Patientenbeauftragte für die Menschen in Seniorenzentren einzusetzen, die durch das neue Gesetz eindeutig benachteiligt werden. Wir hoffen, dass Sie in diesem Sinne auf die entsprechenden Gremien einwirken können und dass das Gesetz für diesen Personenkreis verändert wird. Deshalb stellen wir Ihnen einige konkrete Situationen aus dem Alltag eines Seniorenzentrums dar, die beispielhaft für die Benachteiligung sind.

In unserem Seniorenzentrum leben 179 pflegebedürftige alte Menschen mit einem Altersdurchschnitt von zur Zeit 84,8 Jahren. Der überwiegende Teil dieser Menschen ist gerontopsychiatrisch verändert und dadurch bedingt nicht in der Lage ihre finanziellen Angelegenheiten selbstständig zu regeln. Für diese BewohnerInnen war die Einleitung einer Betreuung von Amts wegen bis dato nicht notwendig, da alle finanziellen Angelegenheiten geregelt waren. Ca. 50 % dieser BewohnerInnen beziehen Leistungen aus der Sozialhilfe und noch mal ca. 30 % erhalten Pflegegeld und sind somit indirekte Sozialhilfeempfänger.

Spätestens Mitte Dezember 2003 kamen verschiedene Ärzte auf uns zu, um mit uns zu besprechen, wie diese an ihre Praxisgebühr von 10 € im Januar 2004 Patienten kommen.

Zu diesem Zeitpunkt war das GMG noch nicht verabschiedet und somit lagen uns nur sehr dürftige Informationen über die zukünftigen Regelungen vor.

Kurz vor Weihnachten war es dann soweit, das Gesetz wurde verabschiedet und damit begann unsere Arbeit unter der Fragestellung:

Wie kommen die 10 € zum Hausarzt?

Folgende Arbeiten sind für uns notwendig geworden:

- Erstellung von Listen:
 - Von wie vielen BewohnerInnen verwalten wir das Bargeld?
 - Welcher Hausarzt ist zuständig?
- Fragen an die BewohnerInnen, ob wir die 10 € an den Hausarzt ausbezahlen dürfen.
- Telefongespräche mit den Angehörigen und Betreuern zu dieser Thematik.
- Informationsschreiben über das GMG und dessen Folgen zum Aushang und zur Information an die Angehörigen.



- Erstellung von FAX-Listen zur Anforderung von Überweisungen für die behandelnden Fachärzte; die z.T. eine Behandlung ohne Überweisung ablehnen wollten.
- Telefonische Anforderung von Nachweisheften bei den einzelnen Krankenkassen für ihre Versicherten. Leider haben viele Kassen diese nicht vorrätig gehabt.
- Anfang Januar 2004 sind KollegInnen dann zu den Krankenkassen gegangen und haben diese Heftchen abgeholt, falls diese vorrätig waren.

01.01.2004: = Neujahr = Feiertag

- Bei 5 BewohnerInnen musste der organisierte Bereitschaftsdienst angefordert werden. Dieser verlangte die 10 €, die ja noch keine BewohnerIn bei ihrem Hausarzt bezahlen konnte. Zudem war Anfang Januar auch noch nicht geregelt, ob nicht bei jeder Inanspruchnahme des organisierten Bereitschaftsdienstes 10 € zu entrichten sind.
- 2 Bewohnerinnen verstanden nicht, warum der Arzt von ihnen Geld wollte. Diese Damen waren von uns vorab informiert worden, hatten diese Information aber vergessen. Dies und die vom Arzt vorgelegte Mahnung für die 10 € führte bei ihnen zu starker Unruhe mit der Folge, dass eine BewohnerIn äußerte: den Arzt will ich nicht mehr sehen! Die KollegInnen mussten in den nächsten Tagen immer wieder beruhigende und informative Gespräche führen. Zudem kam es zu Diskussionen mit den Bereitschaftsärzten, warum die 10 € für die einzelnen BewohnerInnen nicht vorgehalten wurden. Die MitarbeiterInnen in der Pflege dürfen aus Haftungsgründen kein Geld verwalten und es gehört eindeutig nicht zu ihrem Aufgabengebiet.
- Ab dem 02.01.2004 wurden durch unsere VerwaltungsmitarbeiterInnen die 10 € an die einzelnen Ärzte ausbezahlt. Da Ärzte nicht zu normalen Kassenzeiten Hausbesuche durchführen können, kam es zu außergewöhnlichen Dienstzeiten und Überstunden für unsere MitarbeiterInnen. Für jede Auszahlung von einem Verwahrgeldkonto einer BewohnerIn benötigen wir zum Nachweis eine Quittung. Eine Kopie des Stempels des Arztes aus dem Nachweisheft genügt nicht. So haben wir z.T. die Quittungen in den Arztpraxen abgeholt und zweimal kopiert für die einzelnen Bereiche. Dies ist erforderlich, um bei einem eventuell benötigten Bereitschaftsarzt in der Zukunft eine Doppelforderung zu vermeiden. Die Nachweishefte und / oder die Originalquittungen werden zentral gesammelt, damit wir nachhalten können, wann die Belastungsgrenze erreicht ist und ein Antrag auf Befreiung von uns für die BewohnerInnen gestellt werden kann.
- Dies bedeutet, dass mindestens zweimal im Monat eine Abrechnung mit der zuständigen Apotheke für jede BewohnerIn erforderlich ist.
- Thema: nicht rezeptpflichtige Medikamente: Viele der bei uns lebenden Menschen nehmen vom Arzt verordnete Medikamente ein, die nicht rezeptpflichtig sind, therapeutisch wirksam und seit z. T. Jahren erfolgreich eingesetzt werden. Diese Medikamente sind seit dem 01.01.04 selbst zu bezahlen. Diese Kosten sind nicht auf die Belastungsgrenze anrechenbar.



➤ Beispiel: Frau L. bekommt ein Privat Rezept über 61,94 € für folgende Medikamente (nicht rezeptpflichtig) : Kalinor Brause N3 (Herzinsuffizienz) und Lactulose 1 Liter (Obstipation wegen Syringomyelie mit Tetraspastik und Z. n. Apoplex). Sinnvoll wäre es, sich jetzt nur den Monatsbedarf von diesen Medikamenten verordnen zu lassen, also eine N2 Packung. Dann würden sich die Kosten auf zweieinhalb Monate verteilen. Allerdings würde die Krankenkasse dann zusätzlich belastet, da der Arzt erneut ein Rezept ausstellen müsste. Zweimal waren notwendige Medikamente erforderlich und so steht eine Rezeptgebühr von 10 € schon an.

Gesamtkosten für Fr. L. bis zum 16.01.2004:

Praxisgebühr:	10 €
Rezeptgebühr:	20 €
Privatrezept:	<u>61,94 €</u> (nicht anrechenbar)
Summe:	81,94 €
bei einem Barbetrag (Taschengeld) von 88,80 €	
Rest:	6,86 €

➤ Sie kann noch keinen Antrag auf Befreiung stellen, da ihr nur 20 € angerechnet werden.

Sie muss 1 x im Monat zur Fußpflege und möchte auch gerne weiterhin alle 4 Wochen zum Frisör. Zudem trinkt sie gerne mal ein Glas Kölsch, was sie sich im Moment aber nicht leisten kann. Einen notwendigen Zahnarztbesuch wegen immer wieder auftretender Schmerzen muss sie verschieben, da sie ihn nicht bezahlen kann. Das Angebot von uns, ihr Geld zu leihen, lehnt sie ab, „ da sie noch nie in ihrem Leben Schulden gemacht habe“.

➤ Ein weiteres praktisches Beispiel verdeutlicht die momentane perfide Situation noch mal: Frau R. leidet unter einem chronischen Eisenmangel. Das erforderliche Medikament Ferro Sanol N3 wurde ihr nun auf einem Privat Rezept verordnet und ihr von der Ärztin zugeschickt, mit dem Hinweis, dass es eventuell, abhängig von dem HB- Wert, von der Krankenkasse bezahlt wird. Die Ärztin hat bei Frau R. nun Blut abgenommen. Jetzt weiß die Ärztin aber noch nicht, bei welchem Wert die Krankenkasse dies bezahlt. Die Kollegin hat zuerst in der Apotheke angerufen, um den Preis des Medikamentes zu erfahren, eine N3 – Packung kostet 27 € . Der Anruf bei der Krankenkasse, um zu erfragen, ob sie dieses Medikament bezahlt, war nicht sehr ergiebig, da man dies dort nicht wusste. Dann hat die Kollegin hausintern die Information über den derzeitigen Kontostand des Verwahrgeldes dieser Bewohnerin erfragt. Das nächste Telefonat war mit der Tochter der Bewohnerin, um sie über die anfallenden Kosten zu informieren. Die Tochter möchte, dass die Einnahme für einige Zeit nicht erfolgt und in drei Monaten noch mal eine Blutabnahme von der Ärztin erfolgt. Einige Symptome einer Eisenmangelanämie sind chronische Müdigkeit und Mattigkeit. Was dies bei alten Menschen auslösen kann, wollen wir hier nicht weiter erörtern.



➤ Ein letztes Beispiel aus der Praxis: Viele alte Menschen haben kein Durstgefühl mehr und verweigern häufig die Flüssigkeitsaufnahme; trotz vieler Anstrengungen des Pflegepersonals. Deshalb werden zur Unterstützung der Flüssigkeitszufuhr bei alten Menschen des öfteren s. c. Infusionen mit NaCl –

Lösungen eingesetzt. Diese werden seit dem 01.01.2004 von den Kassen nicht mehr bezahlt. Bei der dann auftretenden Exsikkose (Austrocknung) ist eine Krankenhauseinweisung nicht mehr vermeidbar. Die Kosten von einem mehrtägigen Krankenhausaufenthalt können wir hier nicht detailliert auflisten, aber das dies nicht in einem Verhältnis zu einer s. c.- Infusion in unserer Einrichtung steht, ist außer Frage. Auch zu diesem Problem haben wir uns an die zuständige AOK – Niederlassung gewandt. Diese konnte uns nicht mitteilen, ob die Kosten für die Infusion bei uns übernommen werden.

Dies sind nur drei exemplarische Beispiele, die wir herausgestellt haben, obwohl sich die Liste der Beispiele problemlos weiter fortsetzen ließ.

Den Rat von Frau Ministerin ,Ulla Schmidt, den sie allen Einrichtungsleitern im Interview der Tagesthemen am 12.01.2004 in der ARD gegeben hat, ist für uns nicht durchführbar:

„ ... alle Heimleiter tun gut daran, wenn sie für ihre zu Betreuenden in Vorlage gingen und im laufenden Jahr diese Vorleistung in Raten, von den BewohnerInnen zurück holen. Es würden in baldiger Kürze Regelungen für Heimbewohner und Bewohnerinnen getroffen“. (ungefähre Wortlaut)

Durch solche Äußerungen von Frau Schmidt wird deutlich, wie wenig sie über die tägliche Praxis in stationären Einrichtungen informiert wird.

In unserer Einrichtung versterben aufgrund des hohen Altersdurchschnitts und der Multimorbidität mehr als 50 BewohnerInnen im Jahr und Vorleistungen werden nicht ersetzt.

Im Gegenteil, unserer Einrichtung entstehen jährlich 69.904,30 € Kosten für die Umsetzung des GMG. Diese Kosten sind nicht im Pflegegesetz berücksichtigt. Konkret bedeutet dies, das die anfallenden Arbeiten in noch kürzerer Zeit erledigt werden müssen. Die Leidtragenden sind die alten, zu betreuenden Menschen und die MitarbeiterInnen.

Wir finden es unverantwortlich, dass die Politik, die eine gute qualifizierte Arbeit von uns erwartet, die Rahmenbedingungen stetig verschlechtert.

Unter diesen Bedingungen können wir qualifizierte Pflege- und Betreuungsarbeit nicht mehr leisten.

Obwohl wir eine Einrichtung sind, die nach DIN ISO 9001: 2000 zertifiziert ist; aktiv Benchmarking betreibt und seit Jahren Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Erfolg durchführt.

Als Anlage fügen wir Ihnen eine Auflistung (und deren Kosten) aller bei uns anfallenden zusätzlichen Arbeiten im Zusammenhang mit dem GMG bei.



Mit freundlichen Grüßen

Elisabeth Römisch
Leiterin

Irmgard Hoffmann
Leiterin des Pflegedienst

Anlage

Personalkosten:

Aufgaben	Bereich	Durchschnittliche Std.-Anzahl	Gesamt - Std. täglich:
<ul style="list-style-type: none">- Gespräche mit Bewohnern, Angehörigen, Ärzten, Betreuern, Therapeuten, Sanitätshäusern, Apotheke etc.- FAX-Listen erstellen	<ul style="list-style-type: none">- pro Wohnbereich (wir haben 5 Wohnbereiche)	1,5 Std.	7,5 Std.
<ul style="list-style-type: none">- Gespräche mit den Krankenkassen- Gespräche mit Bewohnern, Angehörigen, Betreuern- Nachweishefte besorgen und führen- Kontrolle der Belastungsgrenze- Kopien der Einnahmenachweise der BewohnerInnen- Ständige Berechnung der Zuzahlungsgrenze- Befreiungsanträge stellen	<ul style="list-style-type: none">- Sozialarbeiterinnen	1,0 Std.	2,0 Std.
<ul style="list-style-type: none">- Recherche im Internet- Erstellung von schriftlichem Info-Material für BewohnerInnen + Angehörige- Organisatorische Vorbereitung der Umsetzung- Besprechungen mit MitarbeiterInnen- Telefonate mit Ärzten um deren Ansprüche an uns, die 10 € vor zu halten, zurück zu weisen- etc.	<ul style="list-style-type: none">- Leiterin + PDL	1,5 Std.	3,0 Std.
<ul style="list-style-type: none">- Auszahlungen an Ärzte- Kopieren- Telefonate- Abrechnung mit der Apotheke- Ablage der Quittungen- Umbuchungen- Besuche in den Arztpraxen (Überweisungen holen + abgeben; Chipkarten einlesen lassen; 10 € abgeben; etc.)	<ul style="list-style-type: none">- Verwaltung (verschiedene MitarbeiterInnen)		2,0 Std.



- Zusätzlicher Ausdruck der Verwahrgeldkonten zur zeitnahen finanziellen Übersicht für die Bewohner, Angehörigen, Betreuer			
--	--	--	--

Gesamtstunden: 14,5 Std. / tgl.
290 Std. / mtl.
3480 Std. / jährlich

Bei einem durchschnittlichen Bruttoarbeitgeberstundenlohn von 20,00 € entstehen für die Einrichtung Personalkosten von ca. 69.600,00 € im Jahr.

Sachkosten für 179 BewohnerInnen:

- 2 Kopien: Quittung der Praxisgebühr für die Wohnbereiche	- 1074 Kopien à 0,05 €	- 53,70 €
- Informationsschreiben für Bewohner, Angehörige, Betreuer		
- Durchschnittlich 4 Kopien für den Befreiungsantrag (Quittungen, Rentenbescheide, Sozialhilfebescheide, etc.)		
- zusätzliche Telefon- und FAX- Kosten	- pro Bewohner 1 FAX im Quartal - 2 Telefonate im Jahr	- 35,80 € - 17,90 €
- Portokosten für Infoschreiben + Befreiungsanträgen	- 358 Briefe	- 196,90 €

Gesamt: 304,30 €

Gesamtsumme im Jahr:

Personalkosten: 69.600,00 €

Sachkosten: + 304,30 €

69.904,30 €



Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Köln e.V.
Seniorenzentrum Theo-Burauen-Haus
Peter-Bauer-Straße 2, 50823 Köln, Telefon 0221-5733-0

**Wenn sich im Laufe des Jahres der Personalaufwand im besten
Falle um ein Viertel reduziert, bleiben Personalkosten von 52.200,00
€ übrig!!**