



TRANSPARENCY
INTERNATIONAL
Deutschland e.V.

Die Koalition gegen Korruption.

Medizinprodukte
Doppelabrechnungen
Bonusregelungen
Pflegegutachten
Betreuungsmissbrauch
Fehlallokation
Quersubventionierung
Provisionen
Kontrolldefizite
Betreuungskriminalität
Zulassungskriterien
Pflegestufen

TRANSPARENZMÄNGEL, BETRUG UND KORRUPTION IM BEREICH DER PFLEGE UND BETREUUNG

Schwachstellenanalyse von Transparency Deutschland

Transparenzmängel, Betrug und
Korruption im Bereich der Pflege und Betreuung
Schwachstellenanalyse von Transparency Deutschland

Autorinnen: Barbara Stolterfoht, Dr. Anke Martiny

Unter Mitwirkung von Bertram Abel, Brigitte Bührlen, Helga Ebel, Reinhard Leopold,
Dina Michels, Prof. Dr. Peter Schönhöfer und unter Einbeziehung von 13 Experten-
Interviews

Stand: 5. Juli 2013

Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG	1
1. RAHMENBEDINGUNGEN UND AKTEURE	9
1.1 Bund, Länder und Gebietskörperschaften: Gesetzgebung, Finanziers, Kontrolleure und Verwaltungsinstanzen	13
1.2 Die Pflegekassen, die Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen MDK	15
1.3 Die Rolle der Sozialhilfe (SGB XII)	19
1.4 Die Leistungsanbieter: ambulante Pflegedienste, Heime	20
1.5 Die Festlegung der Pflegesätze	23
1.6 Die rechtlichen Bestimmungen zur Betreuung	24
2. SCHWACHSTELLEN IM SYSTEM – TRANSPARENZMÄNGEL, BETRUG UND KORRUPTION	26
2.1 Pflegedienste und Heime in der Marktwirtschaft	26
2.2 Das System der Betreuung: unkontrolliert und unkontrollierbar?	31
2.3 Die Intransparenz des Systems	34
2.4 Die Pflegeindustrie. Wie Wissenschaft, Wirtschaft und Politik zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf zusammenspielen	37
3. FORDERUNGEN: WIE EIN TRANSPARENTES PFLEGESYSTEM AUSSEHEN MÜSSTE – DIE FORDERUNGEN VON TRANSPARENCY DEUTSCHLAND	44
3.1 Gesetzgeberische und institutionelle Reformen	44
3.2 Informationsrechte	45
3.3 Kontrollrechte	46
3.4 Vertretungsrechte	48
ANLAGE 1: FRAGENKATALOG FÜR MENSCHEN, DIE PLÖTZLICH MIT EINER PFLEGE BETROFFENHEIT KONFRONTIERT WERDEN	50

Kurzfassung

Transparency Deutschland hat für den Gesundheitssektor nachweisen können, dass durch Verschwendung, Betrug und Korruption ein beträchtlicher Anteil der Versichertengelder im System verschwindet, ohne der Gesundheit der Patienten zu nutzen¹. Mit dem vorliegenden Text wollen wir beschreiben und analysieren, welche Schwachstellen im Bereich der Pflege und Betreuung die gesetzlichen Vorschriften, ihre Ausführungsbestimmungen und die Art ihrer Umsetzung und Anwendung aufweisen.

Der Pflegesektor gewinnt zunehmend an volkswirtschaftlicher Bedeutung. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 hat sich ein dynamischer Markt entwickelt, der vielfach Wirtschaftsinteressen gegenüber den Gesundheitsinteressen bevorzugt.

Außerdem wirkt sich das Rechtsinstitut der rechtlichen Betreuung im Pflegesektor aus, das am 1. Januar 1992 an die Stelle der Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegschaft für Volljährige getreten ist. Hier ist mit dem „selbstständigen Berufsbetreuer“ ein völlig neuer Beruf entstanden. Die rechtliche Betreuung bietet spezifische Formen von Interessenkonflikten und folglich Möglichkeiten für Betrug und Korruption.

Vielfalt bei der Finanzierung: Quelle der Intransparenz

Im Vergleich zum Gesundheitsbereich wirken beim „Produkt Pflege“ eine noch größere Zahl von Akteuren mit: Auf der Finanzierungsseite außer dem Privateinkommen der Menschen mit Pflegebedarf die Pflegekassen und die ergänzende Sozialhilfe, aber auch die Krankenkassen, die Reha-Leistungen der Rentenversicherung, sowie im Einzelfall andere Gesetze wie zum Beispiel die gesetzliche Unfallversicherung. Diese Vielgestaltigkeit der Finanzierung von Leistungen ist für die Betroffenen schwer durchschaubar und überhaupt nicht kontrollierbar. Sie kann ein Einfallstor für versehentliche oder absichtliche Falsch- oder Doppelabrechnungen, aber auch für „kreative Buchführungsmethoden“ sein, die verschleiern wollen, dass Kosten nicht dort entstanden sind, wo sie gebucht werden.

Hier greift die Begrifflichkeit von Transparency Deutschland: die Antikorruptionsorganisation versteht unter Korruption den Missbrauch von anvertrauter Macht zum persönlichen Nutzen oder Vorteil. Mit dieser Definition ist weit mehr erfasst als strafrechtlich relevantes Fehlverhalten.

Die eigentlichen Finanziere der Pflege, Heimbewohner/innen und Angehörige, haben bis heute keine durchsetzbaren Mitbestimmungsrechte. Es gibt lediglich „Mitwirkungsrechte“, die im Sinne von Informations- und Anhörungsrechten zu verstehen sind. Diese sind zudem seit der Föderalismusreform im September 2006 in landesspezifischen Heimgesetzen der jeweiligen Bundesländer geregelt worden². Die

¹ http://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Themen/Gesundheitspapier_Stand_2008_Auflage_5_08-08-18.pdf (letzter Aufruf am 05.07.13)

² Mira Gajevic: Pflegekosten schwanken stark. Je nach Bundesland differieren die Ausgaben pro Heimplatz. Benotung ist wenig aussagekräftig. Berliner Zeitung, 28.11.2012 und 32. Sowie: Fünfter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2011

Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen wurde dadurch deutlich verschlechtert.

Intransparenz der Kontrollen und der Kontrolleure

Eine Schlüsselrolle im Pflegebereich nimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung MDK ein, der als Gemeinschaftseinrichtung der Kranken- und Pflegekassen auch für den Pflegebereich zuständig ist. Eine der Kernaufgaben des MDK ist die Erstellung von Pflegegutachten und die gutachterliche Bewertung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Ferner spielt der MDK bei der Festlegung von Qualitätsstandards in der Pflege durch seine Prüfungen eine wichtige Rolle.

Die von der Pflege betroffenen Menschen oder ihre Angehörigen erfahren nichts über die Ergebnisse der Kontrollen, denn Vertragspartner der Betroffenen sind die Heime oder Pflegedienste. Die Umstellung der Verträge seit 2007 auf rein privates Vertragsrecht hat es für Betroffene fast unmöglich gemacht, Einfluss zu nehmen.

Wegen der mangelnden Transparenz trat zum 01.07.2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in § 115 Abs. 1a SGB XI eine Regelung in Kraft, die erstmals Transparenz hinsichtlich der Prüfergebnisse schaffen sollte. Seither gibt es die so genannten Transparenzberichte³.

Es darf bezweifelt werden, ob diese Berichte und die Pflegenoten tatsächlich zur Transparenz beitragen. Kritisiert wird zum Beispiel, dass in die Durchschnittsnote der Einrichtung auch die Bewertung des Essens und Freizeitangebotes eingeht, womit unter Umständen schlechtere pflegerische Versorgung wettgemacht werden kann. Fraglich ist auch, ob und inwieweit diese Regelungen geeignet sind, Informationen über Fehlverhalten im Sinne von § 47a SGB XI im Leistungsbereich der stationären und ambulanten Pflege wirksam zu erfassen, so dass ihnen nachgegangen werden kann, um missbräuchliches Verhalten zu ahnden und Wiederholungen abzustellen.

Die Folgen aus der wachsenden Zahl der Betreuungen

Im Jahr der Reform des Betreuungsrechtes (1992) lag die Gesamtzahl der Betreuungen in Deutschland bei etwa 420 000⁴. Im Jahr 2010 lag diese Zahl bei rund 1,3 Millionen⁵, also mehr als dreimal so hoch. Im Jahr 1992 lagen die gesamten Betreuungskosten für die Staatskasse bei schätzungsweise fünf Millionen Euro, im Jahr 2008 waren sie auf rund 640 Millionen Euro geklettert⁶.

Für die Ausübung der selbstständigen Tätigkeit als Berufsbetreuer gibt es keine berufsrechtlich definierten Zugangskriterien. Es gibt weder ein eindeutiges Berufsbild noch eine besondere Qualifikation. Der Zugang wird von den Betreuungsbehörden reguliert. Nach welchen Kriterien ausgewählt wird, ist für Dritte nicht nachvollziehbar.

³ hierzu auch: Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Stand 16.02.2010, Abschlussbericht, Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege; abrufbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf, Stand 16.01.2012 (letzter Aufruf am 05.07.13)

⁴ Albert Kröls, Der aktivierende Sozialstaat kommt voran – Das 2. Betreuungsänderungsgesetz 2005, in: Uwe Brückner (Hrsg.), Besser betreuen. Beiträge zu einer qualitätsgesicherten gesetzlichen Betreuung, 2008, Seite 61

⁵ Horst Deinert, Betreuungszahlen 2010, in: BtPrax, Heft 6, 2011, Seite 248

⁶ Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechtes, Mai 2009, Seite 58 (Anhang)

Auch wird nicht veröffentlicht, wer als Berufsbetreuer zugelassen ist. Zudem gibt es keine berufsrechtliche Körperschaft, der diese Berufsgruppe angehören muss.

Sämtliche Betreuer, unabhängig davon, ob sie ehrenamtlich oder beruflich tätig sind, unterstehen der gerichtlichen Kontrolle durch Rechtspfleger. Ein Rechtspfleger ist im Durchschnitt für die Aufsicht über 900 bis 1.000 Verfahren zuständig⁷.

Das Dickicht sozialstaatlicher Bürokratie

Ganz ohne Frage quillt das deutsche Pflegesystem über von bürokratischen Abstimmungsproblemen zwischen Bund, Ländern, Kommunen, freien Verbänden und freier Wirtschaft und zwischen den verschiedenen Leistungsträgern, also den Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfe und dem privaten Leistungsvermögen des Menschen mit Pflegebedarf und seinen Angehörigen. Dazu kommen Kontrollregelungen auf den verschiedenen Ebenen, die entweder zu detailliert oder zu ungenau sind. Datenschutzbestimmungen ergänzen die Vorschriften, die von Betroffenen selten hinterfragt, aber von Leistungsträgern umso häufiger eingesetzt werden, auch um Fehlentwicklungen zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen zu verschleiern.

Vielfach besteht der Verdacht von gesetzlich nicht zulässiger Quersubventionierung. Da der MDK bei seinen Prüfungen kein Durchsuchungsrecht besitzt, sind seine Kontrollen weitgehend wirkungslos für das Aufdecken möglicher Missstände. Sanktionen, zum Beispiel wegen wirtschaftlicher Unzuverlässigkeit, werden kaum jemals ausgesprochen, weil sie, wie von couragierten Sozialamtsmitarbeitern bestätigt wurde, in Verwaltungsgerichtsverfahren selten standhalten.

Das Problem liegt darin: Während die namhaften Heimbetreiber bundesweit agieren, sind die Prüfbehörden regional, bestenfalls landesweit organisiert. Ein deutschlandweites Register darüber, welcher Betreiber wie oft gegen Regelungen verstoßen hat, existiert nicht. Systematische Verstöße lassen sich so kaum feststellen. Die rechtlichen Möglichkeiten zum Eingreifen sind äußerst beschränkt, sagen die Experten der Sozialämter. Sie berichten zum Beispiel, dass die meisten Anzeigen wegen Betruges sofort mit einer Gegenanzeige – etwa wegen Verleumdung – gekontert werden. Bei solchen Konfliktlagen, in denen Aussage gegen Aussage steht und in denen es im Einzelfall „nur“ um wenige hundert oder tausend Euro geht, neigen die Staatsanwaltschaften inzwischen dazu, das Verfahren rasch einzustellen.

Kontrolldefizite im Bereich Betreuung

Vergegenwärtigt man sich Grundvoraussetzungen, unter denen Missbrauch, Betrug, Verschwendung und Korruption gedeihen, kommt man rasch auf den Tatbestand mangelnder Transparenz. Klar scheint aber zu sein, dass es im Bereich von Pflege und Betreuung weniger um Gesetzes- als um Kontrolldefizite geht. Solche Kontrolldefizite gibt es vor allem bei der rechtlichen Betreuung. Mehrere Landesrechnungshöfe haben seit der Reform von 1992 die Ausgaben für Betreuung bei den Landesjustizverwaltungen untersucht und über Missstände berichtet.

⁷ Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechtes, Mai 2009, Seite 27

Die Einfallstore für Betrug und Korruption sind im Lauf einer Betreuung vielfältig. Das fängt beim Betreten der Wohnung eines erkrankten Menschen durch Betreuerpersonen an, reicht über den Vorgang der Ermittlung des Vermögens und betrifft Ereignisse wie zum Beispiel eine Haushaltsauflösung, abzuwickelnde Immobiliengeschäfte oder das Anlegen von Geld aus Verkäufen im Rahmen der Vermögensverwaltung.

Die Übermacht der Anbieterseite setzt die Regeln

Seit etlichen Jahren ist klar, dass der Pflegesektor eines der hauptsächlichen Wachstumsgebiete der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist und weiter sein wird. Die Fehlallokation von Mitteln und die Fehlsteuerungen in der Versorgung beschäftigen die Politik allerdings weit weniger als das Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen in Deutschland und die daraus resultierende Diskrepanz. Die Anbieter von Arzneimitteln und Medizinprodukten, von Pflegeleistungen und -immobilien beherrschen die gesellschaftspolitische Diskussion. Sie besitzen politisch die stärkere Durchsetzungskraft im Vergleich zu den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen oder auch ihrer Pflegekräfte.

Um Arzneimittel oder Medizinprodukte im Markt für Menschen mit Pflegebedarf zu etablieren, werden die Marketingmaßnahmen eingesetzt, die man auch aus der Gesundheitsversorgung kennt.

Der Bundesgerichtshof hat 2012 entschieden, dass niedergelassene Ärzte straffrei Provisionen erhalten dürfen und dass es daher ebenfalls ohne Strafe zulässig ist, wenn die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten niedergelassenen Ärzten ihre Produkte mit Hilfe von Geld oder geldwerten Vorteilen zur Verwendung empfehlen. Die Richter des BGH bewerteten das materielle Zusammenwirken der beteiligten Firmenvertreter und Vertragsärzte allerdings eindeutig als „korruptives Verhalten im Gesundheitswesen“ und legten dem Gesetzgeber eine gesetzliche Regelung dieser im ärztlichen Berufsrecht verbotenen Praxis nahe. Diese ist derzeit in Arbeit.

Die ärztliche Selbstverwaltung hat theoretisch eine Reihe von Möglichkeiten, ärztliches Fehlverhalten zu ahnden, das durch unerlaubte Zuwendungen zustande kommt. Diese Möglichkeiten werden aber selten genutzt. Faktisch werden Bestechung und Bestechlichkeit im Medizinbereich weder systematisch ermittelt noch entsprechend geahndet. Anhaltspunkte für das Ausmaß dieser Praxis liefert eine im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführte aktuelle empirische Studie der Martin Luther Universität Halle Wittenberg zum Thema „Zuweisungen gegen Entgelt“.⁸

Die Duldung der Korruption im ärztlichen Bereich ermöglicht auch in der Pflege die nach der Musterberufsordnung nicht erlaubte Interaktion zwischen Ärzten, Apothekern und Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten. Schon seit Jahren fallen immer wieder unzulässige Zuwendungen von Lieferanten, zum Beispiel von Sondennahrungen auf. Auch Anbieter von Nahrungsergänzungsmitteln versuchen mit finanziellen Ködern Eingang in den Pflegebereich zu finden. Gleiches

⁸ Kai-D. Bussmann, Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“, Berlin 2012. Die Studie kann kostenfrei heruntergeladen oder bestellt werden unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/publikationen/broschuerenbestellung>

gilt für Apotheken hinsichtlich apothekenpflichtiger Versorgungsgüter. Diese Praktiken werden derzeit oft nur punktuell bekannt.

Wie ein transparentes Pflegesystem aussehen müsste Die Forderungen von Transparency Deutschland

Gesetzgeberische und institutionelle Reformen

- Ein neuer Pflegebegriff ist nötig. Die derzeit gültige Einstufung in Pflegestufen ist intransparent und orientiert sich nur unzureichend am tatsächlichen Betreuungsaufwand.
- Die Einrichtung von lokalen und regionalen „Runden Tischen“ ist zu empfehlen, an denen alle Betroffenen und Beteiligten (Pflegekassen, MDK, Sozialämter, Staatsanwaltschaft, Heimaufsicht, Angehörigenvertreter, Einrichtungen) Informationen austauschen und gemeinsame Ziele ins Auge fassen (Beispiel Berlin).
- MDK und Heimaufsicht müssen gesetzlich zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, um zusätzlichen Zeit- und Personalaufwand zu vermeiden und effiziente Kontrollmöglichkeiten zu eröffnen. Gleiche Leistungen müssen in allen Gesetzeswerken gleich definiert werden, sowie Zuständigkeiten und finanzielle Zuordnungen zweifelsfrei geklärt sein.
- Ein Berufsgesetz Pflege, das mehr ist als ein Pflegeausbildungsgesetz, muss die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Pflegekräfte definieren und Konsequenzen bei Fehlverhalten vorsehen. Das Thema Korruption und Betrug muss Teil der pflegerischen Ausbildung und der beruflichen Weiterbildung werden, um Pflegekräfte für das Thema zu sensibilisieren. Ob die Einrichtung von Pflegekammern auf der Ebene der Bundesländer sinnvoll ist, ist zu prüfen. Die ethisch-moralische Dimension des Pflegesektors braucht jedenfalls eine eigene Berufsordnung.
- Dringend geboten ist der gesetzliche Schutz von HinweisgeberInnen, um diejenigen, die Verstöße gegen ethisch-moralische Grundsätze im Pflegebereich anzeigen, vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen.
- In den Amtsgerichtsbezirken sind Register für Berufsbetreuer sowie Datenbanken zum amtsgerichtsübergreifenden Abgleich der berufsbetreuerbezogenen Fallzahlen, aber auch zu Beschwerden und Verstößen einzurichten.
- Berufsbetreuer dürfen nur eine begrenzte Zahl von Fällen übernehmen, um dem Einzelfall gerecht werden zu können.
- Bei gerichtlicher Anordnung der Ermittlung des Vermögens von zu Betreuenden ist diese Aufgabe von der laufenden Betreuung zu trennen und durch die Rechtspfleger durchzuführen. Das Vier-Augen-Prinzip von Betreuer und Rechtspfleger ist strikt anzuwenden und eine genaue Dokumentation zum Prozess der Ermittlung zu erstellen.

Informationsrechte

a) für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen

- Versicherte müssen eine eigene Stimme bekommen. Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen haben ein Recht auf leicht zugängliche, umfassende und objektive Information und Beratung über die Maßnahmen, die zu ihrer Pflege ergriffen werden, desgleichen über ihre Rechte.
- Künstliche Langzeitbehandlungen (z.B. künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse) müssen in regelmäßigen Abständen von einer unabhängigen Institution (z.B. MdK) auf ihre medizinische Indikation und auf den diesbezüglichen Patientenwillen beurteilt werden.
- Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen muss Aufschluss darüber gegeben werden, was mit ihren Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) in der stationären Pflege geschieht. Die Betreiber der Heime müssen in ihren Betriebskostenabrechnungen offen legen, was jeder einzelne Heimbewohner und jede Bewohnerin an Miete und Ernährung zu tragen haben. Verbotene Quersubventionierung muss überprüfbar sein.

b) für Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen und deren Vertretungen

- Mitarbeiter und Mitarbeitervertretungen in den Einrichtungen müssen ein Informationsrecht über die Beanstandungen des MDK und der Heimaufsicht erhalten, um den Umgang der Heimleitung mit diesen Beanstandungen zu erfahren und auf ihre Beseitigung zu dringen. Da Hinweisgebern auf Missstände im Pflegebereich in der Vergangenheit öfter gekündigt wurde, ist allgemein der Schutz von Hinweisgebern gesetzlich zu verankern.

c) für ehrenamtliche und Berufsbetreuer

- Personen, die eine rechtliche Betreuung anregen, müssen eine Erklärung zu potenziellen Interessenkonflikten abgeben, sofern sie keine Familienangehörige als Betreuer vorschlagen.
- Die Informations- und Mitwirkungsrechte für Lebenspartner, Kinder und Geschwister sowie andere Personen aus dem sozialen Umfeld betreuter Personen müssen verbessert werden. Besser abgesichert werden muss auch der rechtliche Status von Angehörigen und Bevollmächtigten.

Kontrollrechte

Zum Schutz vor gesundheitlichem und wirtschaftlichem Schaden für Menschen mit Pflegebedarf sind Kontrollrechte nötig.

a) für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen

- Menschen mit Pflegebedarf müssen vor gesundheitlichen Schäden durch Medizinprodukte und unzumutbare Arzneimittel geschützt werden, weil die verbreitete unzulässige Zusammenarbeit von Herstellern, Sanitätshäusern, Apotheken und Ärzten mit Pflegeeinrichtungen, außerdem aber irreführende

Werbebehauptungen und Marketingstrategien, sowie fragwürdige Bonusregelungen dazu führen, dass unzumutbare Behandlungen durchgeführt werden, die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schaden anrichten.

- Das System des „Sachleistungsanspruches“ bietet einen großen Spielraum für Betrug und Fehlverhalten. Menschen mit Pflegebedarf oder ihren Betreuern muss eine anonyme Meldemöglichkeit für falsch abgerechnete Leistungen eingeräumt werden.
- Die wirtschaftliche Zuverlässigkeit und fachliche Qualität von Pflegediensten ist durch regelmäßige unangemeldete Kontrollen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu überprüfen. Es muss Sanktionen bei Fehlverhalten geben. Bei schweren Verstößen ist ein Verbot für das weitere Betreiben der Pflegeeinrichtung auszusprechen. Ein deutschlandweites Register über wirtschaftlich unzuverlässige Pflegeeinrichtungen ist nötig.
- Zulassungen dürfen nur bedarfsgerecht erfolgen und die Zulassungskriterien für Pflegeeinrichtungen und deren Einhaltung müssen besser kontrolliert werden.

b) für Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen und deren Vertretungen

- Es ist zu prüfen, ob analog zu den Kammern für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Medizinberufe eine Pflegekammer geschaffen werden soll, die die Rechte und Pflichten von Anbietern von Pflegeleistungen, Leistungserbringern und Menschen mit Pflegebedarf allgemeingültig regelt.
- Schwerwiegende Eingriffe bei einwilligungsunfähigen Personen müssen umfassend dokumentiert und nach dem Vieraugenprinzip bewilligt werden.
- Eine anonyme Hotline und/ oder ein Ombudsmann-System sowie ein gesetzlicher Hinweisgeberschutz sind zu schaffen.

c) für Menschen, die unter Betreuung stehen

- Für die unter Betreuung Stehenden ist eine verbesserte Kontrolle durch die Öffentlichkeit erforderlich. Dazu muss in diesem Sektor mehr Transparenz geschaffen werden. Wie kommt es zum Vorschlag und Einsatz bestimmter Betreuer? Zu welchen Themen und in welchem Umfang werden Betreuer verpflichtend geschult? Wie wird die Kontrolle unabhängig von der Einsetzung der Betreuung organisiert und gewährleistet? Wie stellt sich die jährliche Bilanz der Bekämpfung von Betreuungsmissbrauch dar?
- Berufsbetreuer sind nach dem Verpflichtungsgesetz zu verpflichten. Die Verpflichtung würde dann dazu führen, dass im Falle eines Verstoßes ein höheres Strafmaß angewendet werden kann.
- Zur Analyse der Risikobereiche im Ablauf rechtlicher Betreuungen müssen Fachleute aus dem Bereich Korruptionsprävention zusammen mit Praktikern aus der Betreuung einen aussagefähigen Katalog erarbeiten. Für die so identifizierten Risikobereiche sind die relevanten Schritte in den Betreuungen genauer zu dokumentieren. Hierfür sind Regularien auszuarbeiten, die zu den einzelnen Risikobereichen Dokumentationsvorgaben machen und die

verpflichtend werden. Erst dann wird eine qualifizierte Aufsicht und Kontrolle von Betreuungen möglich.

- Das Feld Betreuungskriminalität muss systematisch aufgearbeitet werden. Verstärkt und verstetigt werden muss eine fundierte Erforschung von Deliktbildern, Täterstrategien, Kontexten und Begehungsformen der Betreuungskriminalität.

Vertretungsrechte

Menschen mit Pflegebedarf und unter Betreuung stehende Menschen und ihre Angehörigen sind als einzelne zu schwach, um ihre Interessen gegenüber den Anbietern von Waren und Dienstleistungen zu vertreten. Diese Schwäche gilt auch für die Beschäftigten im Pflegesektor. Deshalb müssen ihre Rechte gestärkt und zum Beispiel Verbandsklagerechte zur Vertretung der Einzelinteressen geschaffen werden.

- Die staatsanwaltschaftlichen Kompetenzen auf dem Gebiet des Sozialrechts sind zu stärken und auszubauen. Die Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen müssen den Sektoren Pflege und Betreuung verstärkt Aufmerksamkeit schenken.
- Heimverträge der Bewohnerinnen und Bewohner müssen von den Verbraucherverbänden, der Unabhängigen Patientenberatung oder ähnlichen Organisationen im Wege der Verbandsklage kontrolliert werden können, um zwischen den vertragschließenden Parteien Waffengleichheit herzustellen. Die Heimbewohnerinnen und Bewohner müssen über dieses Recht bei Vertragsabschluss aufgeklärt werden.
- Die Rechte und Pflichten der Beschäftigten im Pflegesektor und deren Vertretung, desgleichen das Berufsbild „Pflege“ und die Verpflichtung zur Weiterbildung müssen bundesweit einheitlich geregelt werden. Gleiches gilt für die Sanktionierung von Fehlverhalten.

1. Rahmenbedingungen und Akteure

Im allgemeinen Verständnis ist die Pflege ein ganzheitliches Handeln mit dem Ziel, die körperliche, geistige und seelische Gesundheit des zu pflegenden Menschen zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen. Das Wohl jedes Menschen mit Pflegebedarf, ob alt oder jung, steht im Zentrum der Pflege. Die Solidargemeinschaft und die einzelnen Menschen mit Pflegebedarf kommen für die Kosten der Pflege auf. Wie dies geschieht, folgt einem sich immer weiter ausdifferenzierenden Regelungssystem.

Eine Reform des Bereiches Pflege wurde von der CDU/CSU/FDP-Koalition für die Legislaturperiode 2009 - 2013 vereinbart. Sie steht weiter aus, lediglich marginale Punkte wurden durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) verbessert, das zum 1. Januar 2013 in Kraft trat. Die Politik schafft es offenbar nicht, den vielen unterschiedlichen und teils gegenläufigen Interessen der medizinisch betroffenen oder wirtschaftlich interessierten Kreise gerecht zu werden. Die Reform hat aber große Bedeutung, da dieser Anteil durch die immer älter werdende Bevölkerung wachsen wird, in der außerdem zunehmend mehr Menschen an Demenz erkranken. Die Zahl und Qualität der Pflegenden reicht schon heute nicht aus. Ein stetig wachsender Finanzbedarf kommt hinzu.

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

Volkswirtschaftliche Daten zur Pflege

Der Pflegesektor gewinnt zunehmend an volkswirtschaftlicher Bedeutung. In Pflegeeinrichtungen erbringen heute rund 950.000 Beschäftigte Leistungen für mehr als die Hälfte der rund 2,5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf. Dabei werden 70 Prozent von ihnen zu Hause versorgt und 30 Prozent in Pflegeheimen. 65 Prozent der zu Pflegenden sind Frauen, 35 Prozent Männer.⁹

Die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit lagen 2010 bei 43 Mrd. Euro. Sie setzen sich wie folgt zusammen: Die Soziale Pflegeversicherung finanziert rund 22 Mrd. Euro, die Private Pflegeversicherung 0,7 Mrd. Euro, und die Träger der Sozialhilfe übernehmen Ausgaben in Höhe von 3 Mrd. Euro. Der Anteil der privaten Ausgaben für Menschen mit Pflegebedarf liegt bei 17,8 Mrd. Euro. Aus dieser Summe wird deutlich, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil der nötigen Zahlungen abdeckt¹⁰.

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 hat sich ein dynamischer Markt entwickelt. Im Jahr 2011 stellten von 12.300 Einrichtungen im Bereich der ambulanten Pflege die freigemeinnützigen Träger 36 Prozent, private Anbieter 63 Prozent, die Kommunen lediglich ein Prozent. Bei rund 12.400 Einrichtungen der

⁹ Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt, 18. Januar 2013, Seite 7, 9 und 16

¹⁰ BARMER GEK Pflegereport 2012, S.144.

stationären Pflege (Pflegeheime) waren 2011 die freigemeinnützigen Träger mit einem Anteil von 55 Prozent der Einrichtungen vertreten, die privaten Träger mit 40 Prozent und die öffentlichen Träger mit fünf Prozent.¹¹

Das ist aber längst nicht alles, was den Pflegebereich ausmacht. Nach einer Studie von G.M. Backes et al.¹² leisten pflegende Angehörige 4,9 Milliarden Arbeitsstunden pro Jahr für die Pflege. Zwei Drittel davon werden von Frauen, ein Drittel von Männern erbracht. Das Arbeitsvolumen entspricht 3,2 Millionen Vollzeitarbeitsplätzen. Diese würden 44 Milliarden Euro kosten. Dieses Kostenvolumen ist dreimal so hoch wie die Kosten, die durch die Pflegeversicherung tatsächlich getragen werden. Etwa siebenzig Prozent der in Pflegestufen erfassten pflegeabhängigen Menschen werden ambulant durch Personen aus ihrem sozialen Umfeld, also durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn versorgt. In dieser Zahl sind jene Menschen nicht enthalten, denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, die aber gleichwohl der Hilfe bedürfen, in erster Linie demenziell Erkrankte, die zwar großen Hilfe- und Betreuungsbedarf haben, der aber im gegenwärtigen System nur unzureichend abgebildet wird. Daraus wird deutlich, dass das „Prinzip Pflege“ in Deutschland die mittlere Generation der Gesellschaft - und hier besonders ihren weiblichen Teil – zeitlich und kräftemäßig überfordert, wenn es nicht gelingt, professionelle Pflegekräfte heranzubilden und zu angemessenen Gehältern zu beschäftigen¹³.

So entwickelte sich die heutige Lage

Am 26. Mai 1994 wurde als Sozialgesetzbuch XI das damalige Pflegeversicherungsgesetz verabschiedet, das 1995 in Kraft trat und 2008 durch das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ seine heutige Form erhielt.

Schon in den neunziger Jahren des vergangenen und zu Beginn dieses Jahrhunderts wurden die Mängel der Gesetzeslage so offensichtlich und die Pflegeskandale öffentlich so heftig diskutiert, dass Bund und Länder sich zum Eingreifen genötigt sahen. Eine Reihe von Gesetzen und Maßnahmen sollte die Qualität erhöhen und schlechte Pflege und Vernachlässigung vermeiden helfen.

Folgende Neuerungen wurden eingeführt und seien hier beispielhaft genannt¹⁴:

- die Fachkraftquote, die Billigpflege durch Unqualifizierte vermeiden sollte
- eine Ausweitung der Dokumentationspflichten in der Pflege, um Pflegefehlern auf die Spur zu kommen
- die Pflicht zur Qualitätssicherung und Zertifizierung, die die Einrichtungen auf Qualitätsstandards verpflichtete

¹¹ Pflegestatistik Statistisches Bundesamt 2011, Seiten 12 und 18

¹² Gender in der Pflege, Herausforderung für die Politik. Friedrich-Ebert-Stiftung 2008

¹³ Augurzky, Boris, Krolop, Sebastian u.a.: Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Executive Summary/ Heft 68 RWI Materialien

¹⁴ Eine komplette Liste der Novellen und Änderungen findet sich im „Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ auf den Seiten 12 – 18.

- die Benotungen der Pflegeeinrichtungen, durch die schlechte Einrichtungen vom Markt verschwinden sollten
- eine Charta der Menschen mit Pflegebedarf, entwickelt unter Vorsitz der Gesundheitsministerin und Mitwirkung der kommunalen Spitzenverbände und der Pflegeverbände
- das Recht der Menschen auf Beratung
- die gesetzliche Pflicht der Pflegeversicherung, die Hilfen zu koordinieren
- der Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, der die bislang besonders dramatische Situation Sterbender bessern sollte

Alle diese Maßnahmen waren sinnvoll, hinsichtlich ihres Nutzens zum Teil aber auch heftig umstritten¹⁵. Am 1. Januar 2013 trat daher nach langer Debatte das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz PNG in Kraft, das Verbesserungen für Demenzkranke und pflegende Angehörige vorsieht. Dafür wurden die Beiträge für die Pflegeversicherung angehoben. Dringende Reformen stehen weiterhin aus.

Entwicklung der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist der jüngste Zweig der Sozialversicherungen, fast paritätisch finanziert durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber und zusätzlich durch Rentnerinnen und Rentner. Kinderlose zahlen einen höheren Beitrag als Menschen mit Kindern. Um seinerzeit den Arbeitgebern die finanzielle Belastung zu erleichtern, wurde der Buß- und Betttag als bundesweiter christlicher Feiertag geopfert und zum Werktag erklärt; nur in Sachsen blieb der Feiertag erhalten. Um die Kosten für Arbeitgeber und Beitragszahlende zu begrenzen, wurde die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ ausgestaltet: für die Zuschüsse zu den Pflegeleistungen gilt eine Höchstgrenze, Unterkunft und Verpflegung, im Jargon „die Hotelkosten“, müssen von den Betroffenen selbst bezahlt werden. Sind diese dazu nicht imstande, tritt die Sozialhilfe ein.

Entwicklung des Pflegebedarfs

Der Gesundheitsökonom Stefan Felder fand im Versorgungs-Report 2012¹⁶ heraus, dass die Menschen wegen des medizinischen Fortschritts und wegen eines veränderten Lebensstils gesünder altern als früher¹⁷. Deshalb stellt die im Vergleich zu früher größere Zahl alter Menschen an sich kein Kostenrisiko dar. Darauf weisen auch Timot Szent-Ivanyi in der Frankfurter Rundschau¹⁸ und Sunna Giesecke in der Ärztezeitung¹⁹ im Blick auf eine Untersuchung für das Wissenschaftliche Institut der

¹⁵ Zok, Klaus, Erwartungen an eine Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung In: Wldomonitor, Ausgabe 2/2011 zwd-Dokumentation: Der demografische Wandel als Gestaltungsaufgabe/ Altenbericht In: zwd. Bildung, Gesellschaft und Politik Heft 2/2011

¹⁶ Günster, Christian, Klose, Joachim, Schmacke, Norbert (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012, Schwerpunktthema: Gesundheit im Alter, Schattauer-Verlag: <http://www.wido.de/meldungakt+M527313a408b>.

¹⁷ Hierzu siehe auch „Altern in Deutschland“ Bd. 9. Gewonnene Jahre Empfehlungen der Akademiengruppe

¹⁸ Timot Szent-Ivanyi, Frankfurter Rundschau vom 29.11.2011, Seite 16, Senioren sind keine Last

¹⁹ Sunna Giesecke, Ärztezeitung vom 29.11.2011, Seite 6, Alte lösen keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen aus

AOK (Wido) hin. Die höchsten Gesundheitskosten entstehen bei Patienten und Patientinnen zwischen 65 bis 84 Jahren. Danach gehen sie leicht zurück.

Auf die für das Jahr 2050 prognostizierten doppelt so hohen Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen nimmt die Demografie entgegen der gängigen Meinung keinen entscheidenden Einfluss. Eine Ausnahme stellen allerdings die Demenzerkrankten dar. Drei Millionen werden es im Jahr 2050 vermutlich sein - davon 90 Prozent pflegebedürftig. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit, der der jetzigen Gesetzeslage immer noch zugrunde liegt, ist ausschließlich verrichtungsbezogen: Hilfe bekommt, wer sich nicht mehr selber waschen, die Toilette nicht mehr selbständig aufsuchen kann etc. Der umfassendere Bedarf an Betreuung und Begleitung, wie ihn Demenzkranke und auch psychisch Kranke haben, wird nicht erfasst.²⁰

Die Absicht dieser Ausarbeitung

Transparency International Deutschland will mit dem vorliegenden Text beschreiben und analysieren, welche Schwachstellen die gesetzlichen Vorschriften, ihre Ausführungsbestimmungen und die Art ihrer Umsetzung und Anwendung aufweisen. Wer legt die Rahmenbedingungen fest und wie ist ihre Kontrolle geregelt? Wie und wofür werden die Gelder im Pflegesystem verwendet? Wer kontrolliert nach welchen Kriterien die Gelderverwendung? Vor allem aber: Wie werden Missbrauch und Korruption verhindert, und wie wird die Fehlallokation von Finanzmitteln vermieden? Transparency Deutschland versteht unter Korruption den Missbrauch von anvertrauter Macht zum persönlichen Nutzen oder Vorteil. Mit dieser Definition ist weit mehr erfasst als strafrechtlich relevantes Fehlverhalten.

Zur Erstellung dieser Ausarbeitung wurden neben Literaturrecherchen 13 Experteninterviews geführt. Verschiedene Experten wollten nicht als Quelle genannt werden, da sie beruflich im Pflegesektor tätig sind. Ihre Identität ist Transparency Deutschland bekannt.

Transparency Deutschland hat für den Gesundheitssektor nachweisen können, dass durch Verschwendung, Betrug und Korruption ein beträchtlicher Anteil der Versichertengelder im System verschwindet, ohne der Gesundheit der Patienten zu nutzen²¹. Es werden gesundheitspolitisch falsche Anreize gesetzt, oder pfiffige Akteure machen sich Gesetzeslücken oder Kontrollmängel zunutze. Da Sanktionsmechanismen entweder fehlen oder unwirksam sind, ändert sich nichts an den offenkundigen Missständen, die durch Pharmamarketing, Abrechnungsbetrug und anderes ärztliches Fehlverhalten oder durch unzulässige Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer zustande kommen.

Ob dies auch für das System der Pflege Gültigkeit haben könnte, wird im Folgenden an Hand einer Schwachstellenanalyse untersucht. Die Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft sollen aus unserer Analyse Schlüsse ziehen können, um Veränderungen gesetzlich durchzusetzen.

²⁰ Daran ändert auch das gerade verabschiedete PNG nichts, dass diese Personengruppe geringfügig besserstellt. Es fehlt erkennbar an politischem Willen, einen umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen. Die Bundesregierung hatte 2005 einen „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ eingesetzt, der im Januar und Mai 2009 seine sehr konkreten Vorschläge vorlegte, danach fast drei Jahre nicht mehr tagte und erst im März 2012 wiedereinberufen wurde – zu spät für das PNG.

²¹ http://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Themen/Gesundheitspapier_Stand_2008_Auflage_5_08-08-18.pdf (letzter Aufruf am 05.07.13)

1.1 Bund, Länder und Gebietskörperschaften: Gesetzgebung, Finanziers, Kontrolleure und Verwaltungsinstanzen

Vor der Einführung der Pflegeversicherung 1995 waren die Zuständigkeiten für die Pflege und Versorgung alter Menschen eindeutig: im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge kümmerten sich Städte und Landkreise um die Planung und Erstellung eines bedarfsgerechten Angebots. Die Bundesländer finanzierten die Investitionen und hatten daher bei der Bedarfsplanung mitzureden. Angeboten wurde stationäre und ambulante Pflege von den kommunalen Gebietskörperschaften und von den freigemeinnützigen Verbänden, die gegenüber allen anderen Anbietern eine im Bundessozialhilfegesetz (künftig: „BSHG“) abgesicherte Vorrangstellung besaßen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung änderte sich dieses eingespielte Gleichgewicht. Zuständig für die Finanzierung wurden jetzt die neu gebildeten Pflegekassen, die im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten neue Strukturen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erhielten und neue Organisationsformen für die Aushandlung der Pflegesätze mit den Leistungsanbietern entwickelten.

Am einschneidendsten waren die Änderungen allerdings für die Kommunen. Sie wurden maßgeblich finanziell entlastet, da die Pflege von mehr als der Hälfte der alten Menschen jetzt von der Pflegeversicherung übernommen wurde. Allerdings verloren sie damit auch ihre Planungshoheit. Einschneidende Änderungen gab es auch für die freigemeinnützigen Anbieter, die ihre bis dahin gesetzlich abgesicherte Vorrangstellung einbüßten. Auch die Pflege sollte künftig – dem Zeitgeist entsprechend - im Wettbewerb organisiert werden, und jeder wirtschaftlich zuverlässige Anbieter ist seither berechtigt, auf diesem Markt einen Versorgungsvertrag zu erhalten.

Damit waren und sind die Gebietskörperschaften nicht mehr in der Lage, das Angebot bedarfsgerecht zu steuern, es gehorchte jetzt den Regeln des Wettbewerbs und war auf Gewinnerzielung ausgerichtet. Für finanzstarke Investoren wurde die „Sozialimmobilie“ ein lukratives Geschäftsfeld, und in den Kommunen konkurrierten neu entstehende private Pflegedienste mit denen der etablierten Wohlfahrtsverbände. Diese haben sich im Großen und Ganzen im Wettbewerb behaupten können, obwohl die Pflegekassen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht verpflichtet waren, Tariflöhne in den Pflegesätzen zu akzeptieren. Diese Situation rief im Jahre 2009 den Gesetzgeber auf den Plan. Mit der Pflegearbeitsbedingungenverordnung (PflgArbbVo) wurde 2010 faktisch ein Mindestlohn eingeführt, den nun in aller Regel auch die Pflegekassen erstatten.

Beim „Produkt Pflege“ wirken eine Vielzahl von Akteuren mit: Auf der Finanzierungsseite die Pflegekassen und die ergänzende Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege nach SGB XII), aber auch die Krankenkassen (zuständig für die medizinische Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf und die Behandlungspflege), die Reha-Leistungen der Rentenversicherung nach SGB IX sowie im Einzelfall andere Gesetze wie zum Beispiel die gesetzliche Unfallversicherung. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung tragen die Menschen mit Pflegebedarf selbst, respektive ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen oder die Sozialhilfe. Sie müssen auch alle Kosten übernehmen, die die Leistung der Pflegeversicherung übersteigen.

Die Träger ambulanter und stationärer Einrichtungen stehen vor einer schwierigen Aufgabe: individuell unterschiedlich in Anspruch genommene Leistungen sind so

gegeneinander abzugrenzen, dass die Kostenträger identifizierbar bleiben. Außerdem sind die unterschiedlichen Finanzquellen so miteinander zu kombinieren, dass dabei gute Pflege und Lebensqualität entstehen. Diese Vielgestaltigkeit der Finanzierung von Leistungen ist für die Betroffenen schwer durchschaubar und überhaupt nicht kontrollierbar. Abgesehen von der unbefriedigenden Intransparenz für die betroffenen Menschen kann sie ein Einfallstor für versehentliche oder absichtliche Falsch- oder Doppelabrechnungen, aber auch für „kreative Buchführungsmethoden“ sein, die verschleiern wollen, dass Kosten nicht dort entstanden sind, wo sie gebucht werden.

Bei der stationären Pflege handelt es sich um einen gesetzlich umfassend geregelten Sektor des Gesundheitswesens. Pflegeeinrichtungen unterliegen umfangreichen Kontrollen durch höchst unterschiedliche Regelwerke von etlichen Behörden und Einrichtungen der Selbstverwaltung, allerdings mit unterschiedlichen Zielen und häufig völlig unkoordiniert.

Kontrollrechte und –pflichten haben

- das Gewerbeaufsichtsamt
- das Gesundheitsamt
- das Umweltamt
- die Berufsgenossenschaften
- die Feuerwehr/Brandschutzbehörden
- das Bauamt
- das Sozialamt
- das Versorgungsamt/Heimaufsicht (entweder kommunal oder als Teil der Landesverwaltung)
- das Finanzamt
- die Pflegeversicherungen/ Medizinischer Dienst MDK
- die Zertifizierungsstellen
- die Controller in den Einrichtungen selbst

Diese Dichte der gesetzlichen und Verwaltungsvorschriften und der mit Kontrollaufgaben beauftragten Behörden schafft viel Bürokratie und macht es schwierig, Verantwortlichkeiten eindeutig zuzuordnen.

Verschlechterungen durch neue Gesetzgebung und Anbieter-Lobbyismus

Die eigentlichen Finanziere der Pflege, Heimbewohner/innen und Angehörige, haben bis heute keine durchsetzbaren Mitbestimmungsrechte. Es gibt lediglich „Mitwirkungsrechte“, die im Sinne von Informations- und Anhörungsrechten zu verstehen sind. Diese sind zudem seit der Föderalismusreform im September 2006 zum Leidwesen der Betroffenen in landesspezifischen Heimgesetzen der jeweiligen Bundesländer geregelt worden²². Die Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen wurde dadurch deutlich verschlechtert. Das heutige Informationsmanagement reicht bei weitem nicht aus.

²² Mira Gajevic: Pflegekosten schwanken stark. Je nach Bundesland differieren die Ausgaben pro Heimplatz. Benotung ist wenig aussagekräftig. Berliner Zeitung, 28.11.2012 und 32. Sowie: Fünfter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2011

Wie die konkrete Umsetzung der neu geschaffenen Ländergesetze gestaltet sein wird, ist zumeist noch unklar, weil die entsprechenden Durchführungsbestimmungen noch nicht verabschiedet sind.

1.2 Die Pflegekassen, die Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen MDK

Die Pflegekassen sind eng an die Krankenkassen angegliedert. Sie sind in Deutschland die Träger der sozialen Pflegeversicherung. Ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zwar Beschäftigte der Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft (§ 1 Abs. 3 SGB XI); dennoch sind die Pflegekassen als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert.

Die Selbstverwaltungsorgane der jeweiligen Krankenkasse übernehmen auch die Aufgaben der Pflegekasse. Die Pflegekassen erstatten den Krankenkassen den Kostenaufwand, der für die Führung der Geschäfte entsteht. Zwischen beiden Trägern werden die Verwaltungskosten anteilmäßig aufgeteilt.

Die bei den Krankenkassen seit 2004 etablierten „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ nach § 197a SGB V nehmen nach § 47a Abs. 1 SGB XI diese Aufgabe auch bei den Pflegekassen wahr, um mögliches Fehlverhalten im Bereich der Pflege festzustellen und zu ahnden²³. Auch die Pflegekassen unterliegen der Rechtsaufsicht des zuständigen Landesministeriums, die Fachaufsicht leisten sie selbst. Die Haushaltskontrolle wird durch das Bundesversicherungsamt ausgeübt.

Theoretisch lassen sich die Leistungen beider Systeme gut trennen: die Krankenversicherung wird tätig, wenn durch einen Arzt oder einen anderen Leistungserbringer eine Krankheit zu behandeln ist. Präventionsmaßnahmen, für die das Pflegeheim die Verantwortung trägt, bedürfen der ärztlichen Verordnung und sind dann auch von den Krankenkassen zu finanzieren. Hierzu kann die Krankenkasse an die Pflegeheime Vorgaben machen, die durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen übermittelt und kontrolliert werden. Die Pflegeversicherung bezahlt Pflegeleistungen – von der Körperpflege über das Anziehen (inklusive von Stützstrümpfen) bis zu Maßnahmen gegen das Wundliegen.

Praktisch kommt es zwischen beiden Systemen häufiger zu Überschneidungen und auch zu finanziellen Streitigkeiten, unter denen die Versicherten zu leiden haben.

Die Aufgaben der Pflegekassen sind im XI. Buch des Sozialgesetzbuchs geregelt. Hier sind die wichtigsten:

- Sie erbringen Leistungen der Pflegeversicherung für ihre Versicherten. Dazu zählen Sach- und Geldleistungen ebenso wie Dienstleistungen. Dabei müssen sie die pflegerische Versorgung der Versicherten koordinieren und stets die Effektivität und die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen überwachen.

²³ Vgl. beispielhaft: AOK- Die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.) Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Tätigkeitsbericht der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten gem. § 197a SGB V bzw. § 47a SGB XI. Eschborn 2010

- Die häusliche Pflege hat Vorrang vor der Pflege in Einrichtungen. Prävention und medizinische Rehabilitation haben Vorrang vor kurativen Maßnahmen.
- Die Pflegekassen müssen ein Versichertenverzeichnis führen und bestimmte Statistiken erstellen.
- Sie müssen die ihnen zustehenden Beiträge einziehen, ihre Finanzmittel verwalten und darüber Rechenschaft ablegen.
- In Zusammenarbeit mit den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung sind die Pflegekassen gehalten, durch Prävention sowie Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- Die Pflegekassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über die ihnen zustehenden Leistungen zu informieren und zu beraten.
- Die Pflegekassen schließen die Verträge mit den Erbringern von Pflegeleistungen ab.
- Die Pflegekassen müssen darauf hinwirken, dass eine flächendeckende Versorgungsstruktur hinsichtlich der Pflege erreicht und erhalten wird.

Eine Schlüsselrolle im Pflegebereich nimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung MDK ein, der als Gemeinschaftseinrichtung der Kranken- und Pflegekassen auch für den Pflegebereich zuständig ist. Den MDK gibt es 15-mal in Deutschland, die Bundesländer Berlin und Brandenburg (MDK Berlin-Brandenburg) sowie die Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein (MDK Nord) wurden zusammengefasst; Nordrhein-Westfalen hat zwei MDK. Die fünfzehn Arbeitsgemeinschaften bilden zusammen den Spitzenverband der Medizinischen Dienste MDS. Die Verwaltungskosten für den MDK und den Spitzenverband werden anteilig von den Kranken- und den Pflegekassen aufgebracht. Der MDS und einige MDK sind eingetragene Vereine, also keine öffentlich-rechtlichen Körperschaften. Von diesen abgesehen unterliegen sie den Informationsfreiheitsgesetzen der Bundesländer, die über ein solches Gesetz verfügen.

Eine der Kernaufgaben des MDK ist die Erstellung von Pflegegutachten und die gutachterliche Bewertung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Ferner spielt der MDK bei der Festlegung von Qualitätsstandards in der Pflege durch seine Prüfungen eine wichtige Rolle. Das SGB XI regelt die Qualitätsprüfungen und deren Durchführung (§§ 114, 114a SGB XI). Hiernach erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem MDK einen Prüfauftrag, der Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang enthalten muss. Sie veranlassen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung (Regelprüfung). Weiterhin sind Anlassprüfungen, beispielsweise bei Beschwerden oder anderen Verdachtsmomenten, und Wiederholungsprüfungen bei in der Vergangenheit festgestellten Qualitätsmängeln möglich. Für die Anlassprüfungen spielen sowohl die Ergebnis- als auch die Prozess- und Strukturqualität eine Rolle. Grundlage der Qualitätsprüfungen sind die hierzu unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) entwickelten Richtlinien des Spitzenverbandes der Gesetz-

lichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband).²⁴ Die Prüfungen werden regelmäßig von zwei Pflegefachkräften des MDK durchgeführt. Sie dauern im Schnitt je nach Größe der Einrichtung zwischen einem und drei Tagen. Das Ergebnis und die dabei gewonnenen Daten und Informationen einer jeden Qualitätsprüfung teilt der MDK den Landesverbänden der Pflegekassen und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben direkt mit (§ 115 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Eigene Ermittlungsbefugnisse und Sanktionsmöglichkeiten hat er nicht. Er gibt allenfalls an die Kassen Empfehlungen für Sanktionen, die aber nicht zwingend befolgt werden müssen.

Der MDK ist berechtigt und verpflichtet, die Einhaltung der Leistungs- und Qualitätsanforderungen auch durch Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes von Heimbewohnern an Ort und Stelle zu überprüfen, wobei die Prüfungen - anders als bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit - gemäß § 114 a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI grundsätzlich nur in stationären Pflegeeinrichtungen unangemeldet durchzuführen sind. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen zu beteiligen. Die Prüfung kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken (Abrechnungsprüfung). Das geschieht aber eher selten. Auch werden die Kontrollen gewöhnlich angemeldet.

Die von der Pflege betroffenen Menschen oder ihre Angehörigen erfahren nichts über die Ergebnisse der Kontrollen, denn Vertragspartner der Betroffenen sind die Heime oder Pflegedienste. Die Umstellung der Verträge seit 2007 auf rein privates Vertragsrecht hat es für Betroffene fast unmöglich gemacht, Einfluss zu nehmen. Im Gegenteil: Kritik der Angehörigen an Heimbetreibern ist riskant. So wird berichtet, dass eine Angehörige, die dies getan hat, von den Heimbetreibern mit einer Unterlassungsklage wegen Geschäftsschädigung bedroht wurde.

Bei festgestellten Qualitätsmängeln entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen, welche Maßnahmen zu treffen sind, und erteilen hierüber einen Bescheid, in dem zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der Mängel gesetzt wird (§ 115 Abs. 2 SGB XI). Bei schwerwiegenden und kurzfristig nicht behebbaren Mängeln sind den betroffenen Heimbewohnern auf Antrag andere geeignete Pflegeeinrichtungen zu vermitteln (§ 115 Abs. 4 SGB XI). In der ambulanten Pflege können die Pflegekassen in diesen Fällen dem Pflegedienst die weitere Betreuung vorläufig untersagen (§ 115 Abs. 5 SGB XI). Eine Statistik über solche Maßnahmen gibt es nicht.

Wegen der mangelnden Transparenz, insbesondere bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung, und der damit einhergehenden Unsicherheit von Menschen, die aufgrund von akuten Ereignissen kurzfristig oder auch planend für die Zukunft einen Platz in einer Pflegeeinrichtung benötigen, trat zum 01.07.2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in § 115 Abs. 1a SGB XI eine Regelung in Kraft, die erstmals Transparenz hinsichtlich der Prüfergebnisse schaffen sollte. Danach sind die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität verständlich, übersichtlich und vergleichbar einer breiten Öffentlichkeit im Internet und in anderer geeigneter Form kostenfrei zugänglich zu machen.

²⁴ abrufbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-04-29_MDK-Anleitung_ambulant_korr.pdf (letzter Aufruf am 05.07.13); http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer.pdf (letzter Aufruf am 05.07.13); Stand 16.01.2012

Es handelt sich um die so genannten Transparenzberichte²⁵. Die ihnen zugrunde liegenden Prüfungen erfolgen durch die Landesverbände der Pflegekassen, - dem Gesetz folgend unangemeldet. Die Einrichtungen werden nach einer einheitlichen Bewertungsrichtlinie nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bewertet. Die Ergebnisse werden den Pflegekassen zugeleitet, eine Kurzform wird in Gestalt der Pflegenoten von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht.²⁶ Es darf bezweifelt werden, ob diese Berichte und die Pflegenoten tatsächlich aussagekräftig sind und zur Transparenz beitragen. Kritisiert wird zum Beispiel, dass in die Durchschnittsnote der Einrichtung auch die Bewertung des Essens und Freizeitangebotes eingeht, womit unter Umständen schlechtere pflegerische Versorgung wettgemacht werden kann. Auch finden die Besuche zur Prüfung meist angemeldet statt. Daher hat der GKV Spitzenverband angekündigt, Kernkriterien in die Prüfung aufzunehmen, die die Kaschierung von Pflegedefiziten verhindern sollen²⁷. Bei der Vorstellung des Barmer GEK Pflegereports 2012 kritisierte der Autor der Studie, Heinz Rothgang, das System: „Pflegenoten messen nur die Abweichung vom allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ und seien daher zwar für den allgemeinen Überblick tauglich, jedoch auch wenig aussagekräftig für Betroffene und ihre Angehörigen²⁸.

Schwerer wiegt eine andere Kritik: „Es ist ordnungspolitisch falsch, die Pflegekassen mit der Aufgabe des Verbraucherschutzes zu betrauen...Den Pflegekassen ist in Fragen der Pflege eine hochproblematische Omnipotenz zugeordnet, die angesichts ihrer begrenzten Leistungen und ihrer fiskalischen Steuerungsinteressen unangemessen ist.“²⁹

Seit 1. Dezember 2009 werden die Noten für die Qualität der Pflege in Heimen und ambulanten Diensten im Internet veröffentlicht.³⁰ Immer noch werden die Ergebnisse als zum Teil irreführend kritisiert, da durch die Darstellung einer Durchschnittsnote schlechte Pflegeleistungen zum Beispiel durch gutes Essen kompensiert werden können. Dies kann niemand überprüfen. Eine Anpassung der „Pflegenoten“ ist selbst nach Ansicht der Kassen dringend nötig.

Fraglich ist, ob und inwieweit diese Regelungen auch geeignet sind, Informationen über Fehlverhalten im Sinne von § 47a SGB XI im Leistungsbereich der stationären und ambulanten Pflege wirksam zu erfassen, so dass ihnen nachgegangen werden kann, um missbräuchliches Verhalten zu ahnden und Wiederholungen abzustellen. Derzeit ist die Art und Weise der Information über Abrechnungsauffälligkeiten, aber auch über deutliche Mängel in der Pflege, die den Tatbestand des

²⁵ hierzu auch: Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Stand 16.02.2010, Abschlussbericht, Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege; abrufbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf, Stand 16.01.2012 (letzter Aufruf am 05.07.13)

²⁶ Vgl. die Homepage des AOK Bundesverbandes, Stichworte Pflegenavigator und Pflegenoten

²⁷ 2009 heißt es in einer gemeinsamen Pressemitteilung von GKV Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) vom 8.10.2009, es sei gelungen, schlechte und gute Einrichtungen zu identifizieren. Von den 157 im ersten Durchgang geprüften Heimen hätten 73 nur die Note Ausreichend und 12 die Note Mangelhaft erhalten, und dies häufig im pflegerischen Kernbereich. Inzwischen sind die Durchschnittsnoten der Einrichtungen erstaunlich gut: Die durchschnittliche bundesweite Gesamtnot für ambulante Dienste liegt bei 1,4, die für stationäre Einrichtungen bei 1,2. Weniger günstig sieht es aus, wenn man nur die pflegerischen Leistungen betrachtet: die bundesweite Durchschnittsnote lag für ambulante Dienste bei 1,9, in stationären Einrichtungen bei 1,5.²⁷

²⁸ Prof. Heinz Rothgang bei der Pressekonferenz zur Vorstellung des Barmer-GEK Pflegereports 2012 am 27.11.2012

²⁹ www.moratorium-pflegenoten.de/index.php/moratorium (letzter Aufruf am 05.07.13)

³⁰ <http://www.pflegenoten.de/Home.gkvnet> (letzter Aufruf am 05.07.13)

Abrechnungsbetruges oder auch der Körperverletzung erfüllen können, durch den MDK nicht näher geregelt.

1.3 Die Rolle der Sozialhilfe (SGB XII)

Die Finanzierung der Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen war bis zum Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) geregelt, das Bürgerinnen und Bürgern erstmals einen Rechtsanspruch auf soziale Hilfen gab. Durch die „Hartz-Gesetzgebung“ wurden die Bestimmungen von einer Reihe von Gesetzen abgelöst. Erhalten blieb jedoch die „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Hilfen in besonderen Lebenslagen; sie sieht bedarfsdeckende Leistungen vor. Demgegenüber deckt die Pflegeversicherung den Aufwand für die Pflege nur bis zu einer gesetzlich festgelegten Höchstgrenze.

Die größte Gruppe der Anspruchsberechtigten (neben der Minderheit der Unversicherten und der nur vorübergehend pflegebedürftigen Menschen) sind

- Menschen, deren Pflegebedarf weder durch die Leistungen der Pflegeversicherung noch durch Einkommen und Vermögen des Betroffenen oder seiner unterhaltspflichtigen Angehörigen vollständig gedeckt werden kann,
- Menschen, die zwar hilfs- und pflegebedürftig sind, jedoch die Pflegestufe I nicht erreichen, weil ihr Hilfebedarf entweder durch die Pflegeversicherung nicht erfasst wird oder aber unterhalb der Schwelle von 45 Minuten liegt,
- Menschen, die Wohnung und Ernährung innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nicht aus eigener Kraft und nicht mit den Mitteln der unterhaltspflichtigen Angehörigen bezahlen können.

In jedem Falle sind die Feststellungen der Pflegekasse hinsichtlich der Pflegestufe bindend für den Sozialhilfeträger, und in jedem Fall ist die Pflegeversicherung vorrangig leistungs verpflichtet.

Folgende Feststellungen lassen sich treffen:

- Die mit Einführung der Pflegeversicherung zu verzeichnende sehr starke Entlastung der kommunal finanzierten Sozialhilfe wurde durch steigende Fallzahlen und die schleichende Entwertung der Kaufkraft der von den Pflegekassen gezahlten Summen zunehmend wieder zunichte gemacht³¹.
- Weil über die Kommunen mit der Hilfe zur Pflege zunehmend wachsende Anteile der Pflegesätze finanziert werden, gibt es keine Pflegesatzverhandlungen ohne die Kommunen. Sie haben zwar keinen Einfluss mehr auf die Zahl der Einrichtungen und die Zahl der zu finanzierenden Plätze, bleiben aber trotzdem die Ausfallbürgen für die Finanzierung der Pflege und die einzigen Garanten dafür, dass trotz begrenzter Zuschüsse der Pflegeversicherung kein Betroffener ohne Pflege und Betreuung bleibt.

³¹ Dies geht eindeutig aus dem Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den dort abgebildeten Tabellen hervor. (Berlin, 2011) Aus der Sozialhilfe wird inzwischen fast wieder so viel finanziert wie vor der Einführung der Pflegeversicherung

- Durch die Konstruktion des Nebeneinanders von Pflegekassen und Sozialhilfe steigt die Zahl der Vorgänge wie Schriftwechsel, Information, juristische Überprüfung, Besprechungen, Aushandlungsprozesse, Dokumentation. Die Bürokratie wird immer teurer, und tendenziell werden damit die Zeit und das Geld geringer, das für die Pflege zur Verfügung steht.
- Die Überschuldung der Gebietskörperschaften führt bei der Frage „Wer finanziert was“ zu verschärften Auseinandersetzungen untereinander und mit den Einrichtungsträgern bei Pflegesatzverhandlungen und Abrechnungen. Die steigende Zahl der Schiedsstellenverfahren belegt dies³².

1.4 Die Leistungsanbieter: ambulante Pflegedienste, Heime

Grundlagen der Sicherstellung von ambulanter pflegerischer Versorgung

Ambulante Pflege wird überwiegend ehrenamtlich von Frauen im privaten häuslichen Bereich geleistet. Sie umfasst außer der pflegerischen Versorgung die ganzheitliche 24-Stunden-Begleitung des pflegerisch zu versorgenden Menschen in allen Bereichen seines Lebens. Häufig unterstützen ambulante Pflegedienste die häusliche Pflege. Allerdings macht die ambulante und die stationäre Pflege durch Pflegedienste und Heime lediglich ein knappes Drittel der Leistungen für Menschen mit Pflegebedarf aus.

Angehörigenpflege vermittelt im Idealfall Sicherheit und Geborgenheit, ist biografisch geprägt, daher stark emotional und emphatisch. Die pflegende Person verfügt, durchaus vergleichbar mit den Aufgaben der Kindererziehung, über eine hohe Sozial- und Managementkompetenz. Sie muss Beruf, Familie, Haushalt und Pflege vereinbaren. Allerdings ist die Belastung der Pflegenden angesichts der unzureichenden Hilfen von außen enorm.

Tritt ein Pflegebedarf auf, sind die Betroffenen dringend auf Beratung über die möglichen Maßnahmen angewiesen. Gesetzlich ist ein Recht auf Beratung verankert. Seit 2008 sind hierzu Pflegestützpunkte gesetzlich vorgeschrieben. Solche Beratungsstellen für die Organisation von Pflege und Versorgung pflegeabhängiger Menschen sind im Rahmen der föderalen Struktur Deutschlands von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich zahlreich vorhanden sind und werden unterschiedlich organisiert und finanziert. Sie können bei Nachbarschaftshilfevereinen, Gemeindeverwaltungen, Krankenkassen, Pflegekassen, Medizinischen Diensten der Krankenkassen, Privaten Pflegedienstleistungsanbietern, Wohlfahrtsverbänden angesiedelt oder als selbstständige Pflegestützpunkte ausgewiesen sein. Wer unabhängig und objektiv berät oder wer wirtschaftliche Eigeninteressen in der Beratung vertritt, ist für Betroffene und ihre Angehörigen oft nicht ersichtlich.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bedürfen der Zulassung durch die Landesverbände der Pflegekassen. Seit das bundesweit gültige Heimgesetz abgeschafft wurde und im Zuge der Föderalismusreform durch mehr als ein Dutzend Landesheimgesetze ersetzt worden ist, ist die Unübersichtlichkeit bei den

³² Siehe Fußnote 20

Zulassungsverträgen gestiegen³³. Ein wichtiges Zulassungskriterium ist die wirtschaftliche Zuverlässigkeit³⁴.

Die Pflegeeinrichtungen werden nach Abschluss eines Versorgungsvorganges mit einem der Pflegekassenverbände tätig. Dazu müssen bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt sein - bei den Pflegediensten die Leitung und stellvertretende Leitung durch geprüfte Fachkräfte, bei den Heimen ein Personalschlüssel von wenigstens 50 Prozent Fachkräften. In den Pflegeschlüssel der Heime werden alle in einem Heim Beschäftigten einbezogen. Neben Pflegekräften sind das beispielsweise Hausmeister, Reinigungspersonal, Sekretärin und ähnliches bis hin zur Heimleitung. Die Bewertung des Pflegeschlüssels ist für Außenstehende schwierig. Missbräuchliche Finanzierungen und Abrechnungsbetrug sind schwer festzustellen³⁵. Bei den Pflegekassen gibt es bei weitem nicht genug Personal, um annähernd flächendeckende und regelmäßig Kontrollen durchzuführen.

Heimbeiräte oder ähnliche Vertretungen der Heimbewohner müssen vor dem Abschluss eines Versorgungsvorganges gehört werden. In der Regel gilt dies auch, wenn Pflegesätze und „Hotelkosten“ innerhalb des Heims erhöht werden. Das Anhörerecht nützt wenig, da die individuellen Heimverträge zwischen den einzelnen Bewohnern mit Pflegebedarf und dem Träger des Heimes diesen Anhörerechten nicht unterworfen sind.

Nach der Zulassung werden die Pflegedienste mindestens einmal jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen MDK kontrolliert – siehe Kapitel I, 2. Keinesfalls kann der MDK kontrollieren, anzeigen oder ahnden, wenn Behörden und Einrichtungen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wirtschaftlich unkoordinierte Maßnahmen ergreifen oder wenn die Träger der Heime solches tun. Solche Koordinationsmängel können Personen mit Pflegebedarf wirtschaftlich oder gesundheitlich schädigen. Wenn solche Mittel durch die Träger der Einrichtungen bewusst eingesetzt werden, erfüllen sie den Tatbestand des Betruges. Immer wieder wird davon berichtet, dass in die von Heimbewohnern zu tragenden Mietkosten unerlaubterweise Finanzierungskosten der Immobilie eingehen oder dass mit dem Beitrag für das Essen Pflegeleistungen finanziert werden. Immer wieder werden auch Beispiele öffentlich bekannt, dass Zulassungen von Pflegeheimen und Pflegediensten mit gefälschten Papieren erschlichen wurden.³⁶

Handlungsfelder ambulanter Pflege

Die ambulante Pflege kann in unterschiedlicher Form geleistet werden.

Befristete Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt im häuslichen Bereich heißt: Die Pflege daheim wird durch professionelle ambulante Pflegedienste gegen Entgelt temporär erbracht.

Hiervon zu unterscheiden ist die kontinuierliche Pflege im privaten häuslichen Bereich. Hierbei wird die Versorgung durch ambulante Pflegedienste, die

³³ Vgl. §72, Abs. 2, SGB IX.

³⁴ Vgl. §72, Abs. 3, SGB IX.

³⁵ Pflege-Selbsthilfeverband e.V.: Wie auf dem Rücken der Pflegekräfte und Bewohner Gewinne erwirtschaftet werden! Ein Beispiel: <http://www.pflege-shv.de/index.php?page=pflugeschluessel>

³⁶ <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/millionenbetrug-die-gepflegte-abzocke-11671523.html> (letzter Aufruf am 05.07.13)

professionell gegen Entgelt pflegen, gesetzlich sichergestellt. Sie werden durch das Pflegegeld des Pflegeabhängigen und durch private Mittel finanziert.

Eine weitere Möglichkeit der ambulanten Versorgung ist der Einsatz von Pflege- und/oder Haushaltshilfen zu Dumpinglöhnen. Diese stellen eine 24- Stunden-Betreuung im häuslichen Umfeld sicher. Die Finanzierung erfolgt gewöhnlich aus privaten Mitteln. Die rechtliche Situation dieser Pflegekräfte ist im Hinblick auf das gesetzlich zulässige Betätigungsfeld problematisch. Zwar haben Pflegekräfte aus dem südöstlichen EU-Bereich inzwischen die Erlaubnis zu arbeiten und sind versicherungsrechtlich abgesichert; glaubt man allerdings den zahlreichen Medienberichten, so ist Schwarzarbeit dennoch weit verbreitet³⁷.

Unter den Begriff „alternative Wohnformen“ fallen Wohngemeinschaften unterschiedlicher Art. Sie werden gegründet und betrieben von Privatinitiativen, entweder durch den Kreis der Angehörigen oder durch Investoren. Es sind Fälle bekannt, in denen professionelle Anbieter auf diese Art versucht haben, bestehende Heimgesetze zu umgehen. Die Finanzierung erfolgt über Leistungen der Pflegeversicherung und aus privaten Geldmitteln.

Quartiersbezogene Versorgung ist ein weiteres Modell im Rahmen pflegerischer Versorgung. Sie wird gesichert durch ambulante Pflegedienste, die in bestimmten Quartieren Bewohnern kontinuierlich zur Verfügung stehen. Die Finanzierung der Angebote erfolgt weitgehend privat, aber unter Einbeziehung von Pflegekassengeldern.

Handlungsfelder stationärer Pflege

Auch die stationäre Pflege kann auf unterschiedliche Weise geleistet werden.

- 1) „Betreutes Wohnen“ findet in einem behindertengerecht ausgestatteten Wohnungsverband (Eigentum oder gemietet) mit anderen Menschen ähnlichen Alters unter Beibehaltung einer eigenständigen Lebensweise statt. Die Finanzierung erfolgt in der Regel aus privaten Geldmitteln. Es gibt in diesen Einrichtungen aber auch ergänzende Versorgungsangebote professioneller Pflege. Pflegeleistungen werden durch ambulante Pflegedienste übernommen.
- 2) Langzeitpflege wird in vollstationärer Pflege in Pflegeabteilungen erbracht. In der vollstationären Pflege wird der Wohnraum durch einen Träger zusammen mit der Dienstleistung „Pflege“, sowie mit Verpflegung und der hauswirtschaftlichen Leistung vermietet. Träger können gemeinnützige, kirchliche, staatliche (z. B. Länderwohlfahrtsverbände), kommunale oder private Organisationen sein.

Immobilie und Pflegedienstleistung können in einer Hand liegen, müssen es aber nicht. Einrichtungen können lokal, regional oder bundesweit einzeln oder als Ketten durch Trägerorganisationen betrieben werden. Es können reine Heime oder komplexe Dienstleistungsunternehmen (Kliniken, Heime, Cateringunternehmen, Reinigungsfirmen und ähnliches) sein. Träger können Heime privat *ohne* Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Pflegekassen

³⁷ Siehe Fußnoten 22 und 23

betreiben. Sie sind dann nicht verpflichtet, Sozialhilfeempfänger aufzunehmen. Heime können aber auch gemeinnützig, staatlich oder kommunal *mit* Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Pflegekassen geführt werden. Diese Einrichtungen nehmen auch Sozialhilfeempfänger auf.

- 3) Ein weiteres Modell ist die Kurzzeitpflege. Diese Versorgungsform wird zeitbegrenzt zur Überbrückung von ambulanten problematischen Versorgungslagen in stationären Einrichtungen erbracht. Finanziert wird sie privat oder mit Pflegekassengeldern. Neben der vollstationären Versorgung gibt es die teilstationäre Pflege wie Tagespflege sowie Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen. Die teilstationäre Pflege gilt nicht als stationäre Einrichtung. Je nach Bundesland kann sie allerdings unter das jeweilige Heimgesetz fallen. Sie wird durch Pflegekassen- und Privatgelder finanziert.

1.5 Die Festlegung der Pflegesätze

Seit dem Inkrafttreten der sozialen Pflegeversicherung ist in den §§ 82 ff SGB XI auch die Finanzierung der zugelassenen Pflegedienste und Pflegeheime gesetzlich geregelt. Eine „leistungsgerechte Vergütung“ für Pflegeleistungen und ein „angemessenes Entgelt“ für Unterkunft und Verpflegung sind der Maßstab. Bei stationärer Pflege kommen die soziale Betreuung sowie die medizinische Behandlungspflege hinzu.

Weder in der Pflegevergütung noch in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen Aufwendungen berücksichtigt werden, die mit dem Betrieb der Pflegeeinrichtung zu tun haben. Detailliert ist bestimmt, dass weder abschreibungsfähige Anlagegüter, noch Erwerb oder Erschließung von Grundstücken, Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern etc. in die Ermittlung von „leistungsgerechter“ und „angemessener“ Vergütung eingehen dürfen. Die Genauigkeit dieser gesetzlichen Bestimmungen lässt den Schluss zu, dass gerade solche Verrechnungen offenbar gern gemacht wurden.

Zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Pflegekassen oder sonstigen Sozialversicherungsträgern werden Pflegesatzvereinbarungen getroffen, deren Bedingungen im Einzelnen gesetzlich festgelegt sind. Solche Vereinbarungen können ebenso von den übergeordneten Verbänden oder Vereinigungen abgeschlossen werden, zu denen sich das einzelne Pflegeheim oder die einzelne Pflegekasse zusammengetan haben. Bei den dort eingebrachten Kalkulationsgrundlagen hat das Pflegeheim „Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen“³⁸.

³⁸ § 85 SGB XI

Von Bedeutung ist dabei, dass nicht das tatsächliche Rechnungsergebnis, sondern prospektiv die erwarteten Ausgaben verhandelt werden. Anders als bei Gemeinschaftsausgaben in Eigentumswohnanlagen werden die tatsächlichen Ist-Ausgaben später aber weder nachvollziehbar geprüft noch verrechnet. Prüfrechte der betroffenen Heimbewohner oder ihrer Angehörigen gibt es nicht.

1.6 Die rechtlichen Bestimmungen zur Betreuung

Die rechtliche Betreuung bietet spezifische Formen von Interessenkonflikten und folglich Möglichkeiten für Betrug und Korruption. Das Rechtsinstitut der rechtlichen Betreuung ist zum 1. Januar 1992 an die Stelle der Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegschaft für Volljährige getreten. Sie ist in den §§ 1896 bis 1908i BGB geregelt. Die verfahrensrechtlichen Bestimmungen sind in den §§ 1 bis 110 sowie 271 bis 341 des „Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ (FamFG) enthalten. Hinzu kommen die Bundesregelungen des Betreuungsbehördengesetzes (BtBG). Diese werden ergänzt durch Gesetze auf Landesebene, in denen bestimmte Ausführungsfragen geregelt sind.

Rechtliche Betreuung bedeutet, dass für eine hilfsbedürftige Person öffentlich-rechtlich ein Betreuer bestellt wird, der in einem festgelegten Umfang für sie rechtsgeschäftlich handelt. Unterschieden wird in die Aufgabenkreise Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge, Wohnungsangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung und die Vertretung gegenüber Behörden. Als Gründe für die Hilfsbedürftigkeit des betroffenen Menschen werden in § 1896 BGB psychische Erkrankung, körperliche, geistige oder seelische Behinderungen genannt.

Bei den Menschen, die unter Betreuung stehen, ist ein Anteil von 25 Prozent zwischen 18 und 39 Jahre alt, 48 Prozent von ihnen gehören zur Altersgruppe der 40 bis 69-Jährigen und 26 Prozent sind älter als 70 Jahre. Bei den Frauen sind 41 Prozent der unter Betreuung Stehenden über 70 Jahre alt. Als Gründe für die Betreuerbestellung dominieren mit rund 50 Prozent bei den bis 69-Jährigen psychische Krankheiten. Bei den über 70-Jährigen ist Demenz mit 52 Prozent der häufigste Grund für die Betreuerbestellung. 38 Prozent der unter Betreuung Stehenden leben in einem Heim, einer Klinik oder einer Behinderteneinrichtung, 62 Prozent wohnen zu Hause.³⁹ Gesetzlich bestellte Betreuer treffen für die Betreuten häufig finanziell weit reichende Vereinbarungen, die sich auch auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheits- und Pflegesektors beziehen.

Die medizinischen Voraussetzungen für den Betreuungsfall müssen durch ein Sachverständigengutachten festgestellt werden. Über die Eignung der Person des Betreuers entscheidet das Gericht, wobei im Regelfall ein ehrenamtlicher Betreuer Vorrang vor einem Berufsbetreuer haben soll (Subsidiaritätsprinzip). Der Wunsch des zu betreuenden Menschen ist vorrangig zu berücksichtigen. Eine gesetzliche Vertretungsvollmacht für Ehepartner wurde ins Gesetz nicht aufgenommen.

³⁹ Köller, Regine, Engels, Dietrich, in: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik ISG, Rechtliche Betreuung in Deutschland. Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, Bundesanzeiger Verlag, 2009, Seiten 76, 78 und 94

Im Jahr der Reform des Betreuungsrechtes (1992) lag die Gesamtzahl der Betreuungen in Deutschland bei etwa 420 000⁴⁰. Im Jahr 2010 lag diese Zahl bei rund 1,3 Millionen⁴¹, also mehr als dreimal so hoch. In Folge der Reform von 1992 verschoben sich die Gewichte innerhalb der Trägerschaft der Betreuung deutlich, denn es entstand quasi als neuer Beruf der selbstständige Berufsbetreuer. Er erledigt, bei steigender Tendenz, nun rund 30 Prozent der Betreuungsfälle. Gleichzeitig sank der Anteil der in der Obhut der Kommunen Betreuten von 15 Prozent faktisch auf Null. Betreuungsvereine decken rund fünf Prozent ab. Der Anteil der ehrenamtlich geführten Betreuungen liegt bei circa 65 Prozent.

Die Finanzierung des reformierten Betreuungswesens ist staatlich reguliert. Für Berufsbetreuer wurde ein System gesetzlich festgelegter Vergütungen eingerichtet, das im Regelfall nach Pauschalen organisiert ist. Die Pauschalen richten sich nach dem Status des Betreuers sowie nach dem Aufenthalt des Betreuten (Heim oder nicht Heim), aber auch danach, ob es sich um das erste Jahr der Betreuung oder ein nachfolgendes Jahr handelt. Maximal werden pro Betreuung 3.630 Euro pro Jahr an den Betreuer vergütet. Ausnahmen sind möglich, wenn zum Beispiel Rechtsanwälte Vorgänge gemäß Gebührenordnung (BRAGO) abrechnen. Im Durchschnitt liegen die Kosten für beruflich geführte Betreuungen pro Jahr bei etwa 1.500 Euro pro Fall.

Im Jahr 1992 lagen die gesamten Betreuungskosten für die Staatskasse bei schätzungsweise fünf Millionen Euro, im Jahr 2008 waren sie auf rund 640 Millionen Euro geklettert⁴². Die Kostensteigerung ist fast ausschließlich auf die Entwicklung im Bereich der Berufsbetreuungen zurückzuführen, verbunden mit der Verlagerung von Kosten von den Kommunen hin zur Justiz.

Für die Ausübung der selbstständigen Tätigkeit als Berufsbetreuer gibt es keine berufsrechtlich definierten Zugangskriterien. Es gibt weder ein eindeutiges Berufsbild noch eine besondere Qualifikation. Der Zugang wird von den Betreuungsbehörden reguliert. Nach welchen Kriterien ausgewählt wird, ist für Dritte nicht nachvollziehbar. Auch wird nicht veröffentlicht, wer als Berufsbetreuer zugelassen ist. Zudem gibt es keine berufsrechtliche Körperschaft, der diese Berufsgruppe angehören muss.

Die Voraussetzungen für Betreuungsvereine werden in den Paragraphen 1908 ff. BGB näher bestimmt. Hauptsächlich führen sie durch ihr Personal selbst berufsmäßige Betreuungen durch. Aber zu ihren Aufgaben zählt auch, weitere ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen und in die Tätigkeit einzuführen. Hierfür erhalten sie oftmals Landeszuschüsse, mitunter werden sie auch von Kommunen unterstützt. Die meisten Betreuungsvereine sind Wohlfahrtsverbänden angeschlossen.

Die bei den städtischen Ämtern, beziehungsweise bei den Landratsämtern angesiedelten Betreuungsbehörden erstellen auf Anforderung der Justiz Sozialgutachten und steuern den Pool der Berufsbetreuer. Sie geben in den Betreuungsverfahren Empfehlungen zur Einsetzung von Betreuern ab.

Jedermann kann bei Gericht eine Betreuung für einen Mitbürger oder eine Mitbürgerin anregen. Besondere Formvorschriften oder ausführliche Begründungen

⁴⁰ Albert Kröls, Der aktivierende Sozialstaat kommt voran – Das 2. Betreuungsänderungsgesetz 2005, in: Uwe Brücker (Hrsg.), Besser betreuen. Beiträge zu einer qualitätsgesicherten gesetzlichen Betreuung, 2008, Seite 61

⁴¹ Horst Deinert, Betreuungszahlen 2010, in: BtPrax, Heft 6, 2011, Seite 248

⁴² Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechtes, Mai 2009, Seite 58 (Anhang)

sind nicht erforderlich. Dieser Schritt löst eine Amtsermittlungspflicht aus. Richter der Amtsgerichte beim Dezernat Betreuungsgericht nehmen die Schlüsselstellung im Betreuungswesen ein. Sie entscheiden über Einrichtung, Dauer, Umfang, Aufhebung und Person jeder einzelnen Betreuung. In den Betreuungsverfahren übernehmen Rechtspfleger Aufgaben bei Gericht, die nicht unter Richtervorbehalt stehen. Sie sind nicht an Weisungen, sondern nur an Recht und Gesetz gebunden.

Sämtliche Betreuer, unabhängig davon, ob sie ehrenamtlich oder beruflich tätig sind, unterstehen der gerichtlichen Kontrolle. Nur dem Betreuungsgericht gegenüber sind sie rechenschaftspflichtig. Ehrenamtlichen Betreuern können bestimmte Nachweispflichten erlassen werden. Konkret liegt die Aufgabe der Kontrolle bei den Rechtspflegern. Die Rechtspfleger sind im Durchschnitt für die Aufsicht über 900 bis 1.000 Verfahren zuständig⁴³.

2. Schwachstellen im System – Transparenzmängel, Betrug und Korruption

Die Trennung von Krankenkassen und Pflegekassen, die Mehrfachzuständigkeiten von Pflegekassen und verschiedenen Ämtern sowie die föderalistische Aufsplitterung der Heimgesetze zeigen die Komplexität des Pflegesystems.

Ganz ohne Frage quillt es über von bürokratischen Abstimmungsproblemen zwischen Bund, Ländern, Kommunen, freien Verbänden und freier Wirtschaft und zwischen den verschiedenen Leistungsträgern, also den Kranken- und Pflegekassen, der Sozialhilfe und dem privaten Leistungsvermögen des Menschen mit Pflegebedarf und seinen Angehörigen. Dazu kommen Kontrollregelungen auf den verschiedenen Ebenen, die entweder zu detailliert oder zu ungenau sind. Datenschutzbestimmungen ergänzen die Vorschriften, die von Betroffenen selten hinterfragt, aber von Leistungsträgern umso häufiger eingesetzt werden, auch um Fehlentwicklungen zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen zu verschleiern.

2.1 Pflegedienste und Heime in der Marktwirtschaft

Privatwirtschaftliche Pflegedienste und Pflegeheime sind seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung wie Pilze aus dem Boden geschossen. Die Pflegewirtschaft als Teil der Gesundheitswirtschaft wurde aber erst dann zu einem boomenden Geschäftsfeld, als die Pflegeversicherung den Vorrang der freigemeinnützigen Träger und der Kommunen abgeschafft hatte. Anders als die freigemeinnützigen Träger, die keine Gewinne machen dürfen und Überschüsse in die Verbesserung der Qualität oder in Expansion stecken müssen, können private Anbieter in der Pflege Gewinne machen und tun dies auch. Renditeversprechen von sechs bis zehn Prozent für Anleger sind keine Seltenheit. Den Preis des Renditedrucks zahlen allerdings die Beschäftigten und die Heimbewohner, während gewinnorientierte Investoren den Nutzen davontragen.

⁴³ Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechtes, Mai 2009, Seite 27

Der legale Weg zu Gewinnen

Im Vordergrund steht bei privatwirtschaftlichen Pflegeanbietern häufig die Immobilienrendite, nicht die Pflege. Geschickt konnten private Investoren ausnutzen, dass die Bundesländer, zuständig für Investitionen im Heimbereich, auf Grund der Finanzprobleme des öffentlichen Sektors den Bedarf an neuen und an der Sanierung von älteren Heimen nur unzureichend befriedigen konnten. Das spielte den privaten Ketten und Konzernen in die Hände, denn diese können bei der Finanzierung über den Kapitalmarkt bessere Konditionen als die freigemeinnützigen Einrichtungen nutzen.

Mit dem Inkrafttreten des „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes – WBVG“ am 1.10.2009 sind Heimverträge ausschließlich Privatverträge zwischen dem Menschen mit Pflegebedarf oder stellvertretend seinem bevollmächtigten Angehörigen, beziehungsweise Betreuer und dem Heim.

Heimaufsichten, die nach dem alten Heimgesetz noch für Kontrolle und Überwachung der Verträge zuständig waren, gibt es weiterhin, aber sie verfügen über keine Kompetenzen hinsichtlich der privatrechtlich geschlossenen Verträge zwischen Pflegeeinrichtung und Heimbewohner. Die Ordnungsbehörden verweisen ratsuchende Bewohner und deren Angehörige an die Verbraucherzentralen. Doch in vielen Bundesländern fehlen die Ressourcen, um eine flächendeckende Beratung und kollektivrechtliche Maßnahmen zu diesem umfangreichen Spezialthema zu leisten. Örtliche Pflegestützpunkte oder Pflegekassen haben nicht einmal einen Beratungsauftrag für diese Fragen. Beschränkte Abhilfe leistet das zeitlich befristete Projekt „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)“. 14 Verbraucherzentralen und der vzbv kontrollieren – auf gezielte Nachfrage - das Kleingedruckte in Verträgen, bieten rechtlichen Rat und tragen Probleme in die Öffentlichkeit⁴⁴.

Immer wieder ist die Klage von Angehörigenverbänden zu hören, die Qualität der Pflege, der Zustand der Räume und die Qualität des Essens ließen angesichts der eingezahlten Mittel zu wünschen übrig. Eine Kontrolle der Berechtigung solcher Klagen ist schwierig bis unmöglich. Zwar haben die Heimbetreiber, die als Aktiengesellschaften oder GmbHs organisiert sind, Offenlegungspflichten. Die sind jedoch viel zu wenig detailliert, um die Fragen der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu beantworten. Außerdem hat die Betreibergesellschaft einer Kette von Heimen oder Pflegediensten das größte Interesse daran, Details ihrer Finanzierung zu verbergen.

Beliebt ist die Trennung von Immobiliengesellschaft und Betreibergesellschaft, entweder beide in der Hand des gleichen Eigners oder völlig getrennt. In dieser Konstruktion vermietet der Eigner die Immobilie an die Betreibergesellschaft. Die Betreibergesellschaft wieder deckt (mindestens) die Investitionskosten der Immobiliengesellschaft durch den Beitrag, den die Heimbewohner als „Hotelkosten“ zahlen. Dieser Teil der Kosten ist durch die Einzelverträge für niemanden nachprüfbar. Sofern Immobilie und Betreibergesellschaft in einer Hand sind, ergibt sich die völlig legale Möglichkeit, zweimal Gewinn abzuschöpfen. Ein solches Modell ist noch steigerungsfähig, wenn nämlich große Konzerne von Pflegeeinrichtungen konzerneigene Tochtergesellschaften mit Dienstleistungen wie Putzdienst,

⁴⁴ <http://www.vzbv.de/9495.htm> (letzter Aufruf am 05.07.13)

Wäscheversorgung, Küche beschäftigen, um Kosten zu verschleiern. Insbesondere die hochpreisigen Seniorenresidenzen machen von diesen Modellen Gebrauch.

Vielfach besteht der Verdacht von gesetzlich nicht zulässiger Quersubventionierung. Da der MDK bei seinen Prüfungen kein Durchsuchungsrecht besitzt, sind seine Kontrollen weitgehend wirkungslos für das Aufdecken möglicher Missstände. Sanktionen, zum Beispiel wegen wirtschaftlicher Unzuverlässigkeit, werden kaum jemals ausgesprochen, weil sie, wie von couragierten Sozialamtsmitarbeitern bestätigt wurde, in Verwaltungsgerichtsverfahren selten standhalten. Fälle von Korruption und Betrug und Pflegeskandale werden meist durch mutige Einzelne aufgedeckt. Dass dies so ist, verweist auf gravierende Schwachstellen im System.

Das Problem liegt darin: Während die namhaften Heimbetreiber bundesweit agieren, sind die Prüfbehörden regional, bestenfalls landesweit organisiert. Ein deutschlandweites Register darüber, welcher Betreiber wie oft gegen Regelungen verstoßen hat, existiert nicht. Systematische Verstöße lassen sich so kaum feststellen. Zwar erstellt der MDK alle drei Jahre nach § 114, Absatz 6 SGB XI eine Statistik, in der steht, wie viele Heime auf welche Weise auffällig wurden. Die Daten werden jedoch aus Datenschutzgründen anonymisiert erhoben und bringen somit keinerlei Erkenntnisgewinn über die Qualität einzelner Betreiber, geschweige denn bedeuten sie ein wirtschaftliches oder Image-Risiko für fragwürdige Heimbetreiber.

Bei den ambulanten Diensten scheint die Transparenz größer zu sein, denn die Menschen mit Pflegebedarf müssen die an ihnen erbrachten Leistungen in der Pflegedokumentation durch ihre Unterschrift bestätigen. Voraussetzung ist ein Versorgungsvertrag, den die Pflegeperson auf Grund ihrer vom MDK festgelegten Pflegestufe mit dem Pflegedienst abschließt. Darin sind Leistungskomplexhonorare festgelegt, die der/ die Gepflegte im Einzelnen quittiert. Um Missbrauch auszuschließen, muss sich diese Dokumentation immer in der Häuslichkeit der gepflegten Person befinden.

Hier sind dennoch Umgehungstatbestände und Betrugsmöglichkeiten äußerst zahlreich. So enthalten die Leistungskomplexe Zeitangaben für jede einzelne Leistung – vom Zähneputzen und Toilettengang bis zur Wohnungsreinigung. Ob aber der Haushalt der Pflegeperson in der von der Pflegekasse bezahlten Zeit gereinigt wurde oder ob die interne Vorgabe des Pflegedienstes war, dafür weniger Zeit als abgerechnet aufzuwenden, ist schwer bis gar nicht kontrollierbar. Das gleiche gilt praktisch für alle Leistungen⁴⁵.

Die Fairness gebietet, zu erwähnen, dass viele Pflegekräfte eigenmächtig entscheiden, mehr Zeit den zu Pflegenden zuzuwenden, als ihr Plan vorsieht, weil sie die Einsamkeit und seelische Not spüren. Das bezahlen sie selbst durch ihren unentgeltlichen Einsatz - zugunsten des Pflegedienst-Betreibers. Auch dies zeigt die Schwäche des Systems, mit dem oft nur an der Grenze zur Illegalität angemessene Pflegequalität erreichbar ist. Denn wird eine alte Frau, die auf Pflege und Zuwendung der Pflegerin angewiesen ist, ihre Unterschrift unter den Pflegeplan verweigern, wenn die Angaben nicht stimmen? Wird sie protestieren, wenn die Pflegedokumentation vorschriftswidrig aus der Häuslichkeit mitgenommen wird, um im Büro noch ein paar

⁴⁵ Dies geht aus allen Interviews mit ehemaligen Pflegedienstmitarbeitern und Angehörigen hervor, vgl. auch: KEI/CWG: Millionenbetrug mit den Pflegediensten. Betrugerring betrügt mit Scheinabrechnungen.

Kreuzchen für die Abrechnung mit der Kasse hinzuzufügen? Nach Aussagen von Pflegekräften scheint dieses Vorgehen nicht ungewöhnlich zu sein.

Der illegale Weg

Es gibt nur wenige Vorschriften für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen⁴⁶. Eine laufende Kontrolle ihrer Arbeit gibt es nicht. Genauso wenig wird eine zentrale Datei geführt, aus der eine Bewertung der einzelnen Dienste ablesbar wäre. Die Kooperation zwischen Behörden und dem MDK ist eine Sollvorschrift. Ob sie immer und überall befolgt wird, darf bezweifelt werden. So macht jedes Sozialamt, jede Pflegekasse eigene Erfahrungen. Das Sozialamt in Berlin Mitte, das sich weigerte, mit bestimmten Pflegediensten in seinem Verantwortungsbereich wegen Betrug und Unzuverlässigkeit weitere Verträge zu machen, erfuhr beispielsweise, dass diese Organisationen für andere Pflegekassen in anderen Berliner Bezirken oder im Berliner Umland weiter arbeiten können, die diese Unzuverlässigkeit offenbar nicht festgestellt hatten⁴⁷. Folgender Betrugsfall wurde nur durch Zufall aufgedeckt: eine Pflegedienstfirma mit einer Reihe von rechtlich selbstständigen Filialen hatte immer denselben Namen einer professionellen Pflegekraft als Leiterin angegeben. Die Betroffene wusste gar nichts davon.

In der Praxis geben die Prüfungen immer wieder Anlass zu Beanstandungen. So kommt es in Einzelfällen zu grotesken Situationen. Einmal ließ sich der Prüfer im Fall einer ambulanten Pflege beim Kaffee von den Angehörigen erzählen, die Pflegepatientin schlafe fest, ihre Pflegesituation sei aber gleich geblieben. Eine Kontrolle der Angaben fand nicht statt. Tatsächlich war die Frau schon einige Tage tot. Ein anderes Mal brachte der zu Hause pflegende Ehemann seine Frau lediglich zur Unterstützung beim Duschen in ein Pflegeheim. Die Pflegeeinrichtung rechnete jedoch laufend über einen langen Zeitraum den vollen Satz einer stationären Pflege ab. Beide Fälle berichtete die bundesweit tätige Pflegekasse der KKH Allianz.

Noch schlimmer sind die aktuellen Berichte zu älteren Menschen nichtdeutscher Herkunft⁴⁸, die die deutsche Sprache nur unzureichend beherrschen und von Geschäftemachern in ihrer Muttersprache Unterstützung im Alltag angeboten bekommen. Wenn sie dieses Angebot annehmen, ohne zu ahnen, was sich dahinter verbirgt, müssen sie "Verträge" und "Vereinbarungen" unterzeichnen und tun dies auch. Unterstützung bekommen sie im Folgenden aber nur wenig oder gar nicht. Dafür werden vom Pflegedienst auf der Grundlage der unterzeichneten Schriftstücke und der Abzeichnung beispielsweise der Pflegedokumentationen in großem Umfang Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgerechnet, die nie erbracht wurden.

Die rechtlichen Möglichkeiten zum Eingreifen sind äußerst beschränkt, sagen die Experten der Sozialämter. Sie berichten zum Beispiel, dass die meisten Anzeigen wegen Betrugs sofort mit einer Gegenanzeige – etwa wegen Verleumdung – gekontert werden. Bei solchen Konfliktlagen, in denen Aussage gegen Aussage steht und in denen es „nur“ um wenige hundert oder tausend Euro geht, neigen die Staatsanwaltschaften inzwischen dazu, das Verfahren rasch einzustellen.

⁴⁶ §72, SGB XI.

⁴⁷ Bericht des Sozialstadtrats von Berlin- Mitte, von Dassel, in der Projektgruppe Pflege

⁴⁸ Andreas Große-Halbuier, Financial Times Deutschland vom 17.11.2011, Seite 26, Die Pflege-Connection

Im Jahr 2008 hatten im Land Hessen die Kranken- und Pflegekassenverbände eine gemeinsame Presse-Erklärung herausgegeben: „Gemeinsames Vorgehen gegen schwarze Schafe. Bekämpfung von Abrechnungs-Fehlverhalten im Bereich der Pflege.“ Hessen ist bisher das einzige Bundesland, das eine Schwerpunktstaatsanwaltschaft für den Bereich Pflege hat⁴⁹.

In Berlin ist der Fall der „Wanderoma“⁵⁰ bekannt geworden, die bei einem Pflegedienst unter Vertrag stand und bei Bedarf in unterschiedlichen Wohnungen die Schwer- bis Schwerstpflegedürftige für den MDK überzeugend markierte. Eine Pflegestufe wurde bewilligt, die Leistungen quittiert und abgerechnet, aber nicht erbracht. Dies alles geschah ungeachtet der vorgeschriebenen Kontrollen des MDK und sehr lange auch unterhalb der Wahrnehmungsschwelle des zahlenden Berliner Sozialamtes⁵¹ im Stadtteil Mitte.

Von den Gesamtausgaben für das gesamte Gesundheitswesen in Deutschland von 287 Milliarden Euro⁵² im Jahr 2010 entfällt auf die soziale Pflegeversicherung mit 21,5 Milliarden Euro nicht einmal ein Zehntel dieser Summe. In den von uns durchgeführten Interviews und Expertengesprächen wurden aber gängige Betrugsstrukturen offengelegt, die sich aus diesen Milliardensummen speisen:

- Ärzte verlangen Honorare und Pflegedienste bezahlen sie dafür, dass der Arzt X seine Patienten an den Pflegedienst Y überweist.
- Ärzte verlangen von Pflegeheimen einen Bonus dafür, dass sie die Patienten in diesem Heim betreuen – oder umgekehrt verlangen die Pflegeheime dies von Ärzten.
- Pflegedienste „verkaufen“ lukrative Patienten an andere Pflegedienste
- Pflegedienste zahlen an Krankenhäuser überhöhte Raummieten, um für bestimmte Patienten als Leistung die Überleitungspflege vor der Entlassung zu bekommen.
- Sanitätshäuser veranlassen Heimleiter mit Spenden oder Direktzuwendungen dazu, dass die Heimbewohner Rollatoren, Rollstühle, orthopädische Schuhe oder sonstige Hilfsmittel aus ihrem Sanitätshaus beziehen.
- Einkäufer von größeren Mengen von Windeln, Krücken, Rollatoren etc. für die einzelnen Heime einer Kette werden durch Vergünstigungen oder Direktzuwendungen der Heil- und Hilfsmittelhersteller beeinflusst.
- Aktuell werden Pflegeheime von „Wundmanagern“ und „Ernährungsberatern“ betreut, die sich durch Umsatzbeteiligung bei Wundverbänden und Ernährungslösungen finanzieren. Das Pflegepersonal des Heims wird dadurch in seiner Arbeit entlastet und bedrängt betreuende Ärzte, die hierzu

⁴⁹ Vgl. dazu auch Wanja Andreas Welke: Zur Betrugsstrafbarkeit von Verantwortlichen ambulanter Pflegeeinrichtungen, in: Gesundheit und Pflege- Rechtszeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen. Heft 4, 2011

⁵⁰ Siehe Frontal 21-Beitrag „Pflegestufe: Kassen gegen Patienten“;

<http://www.zdf.de/ZDFmediathek/beitrag/video/1910436/>

⁵¹ Stadtrat von Dassel berichtete, dass das Bezirksamt auf Grund dieser Erfahrungen eine eigene Pflegefachkraft eingestellt hat, um Betrugereien zu Lasten der Sozialhilfe auf die Schliche zu kommen. Nach seiner Aussage ist es hiermit gelungen, den ungebremsten Anstieg der Sozialhilfekosten einzugrenzen.

⁵² Statistisches Bundesamt 2012: Gesundheitsausgaben 2010 auf rund 287 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung vom 05.04.2012.

notwendigen Verordnungen auf Kosten der Solidargemeinschaft vorzunehmen. Ärzte, die sich dem widersetzen verlieren, die Zuweisungen beziehungsweise Patienten in dem Heim.

- Auch bei den Entscheidern über die Pflegestufen I, II und III soll es vorgekommen sein, dass die Einstufenden des MDK ein „Kopfgeld“ erhalten, wenn sie möglichst restriktiv vorgehen. Damit werden die Ausgaben der Pflegeversicherung reduziert.

An diesen Beispielen wird deutlich, wie schwierig die Aufdeckung von Missständen und Korruption in der Pflege ist, wenn eine gängige Praxis Geber und Nehmer von Vergünstigungen darin eint, mit ihren überteuerten oder überflüssigen Angeboten das undurchsichtige System, also alle Beitrags- oder Steuerzahler, und die schwache Einzelperson zu schädigen. Versucht eine tapfere Hinweisgeberin, die Missstände erst intern, dann öffentlich anzuprangern, kann sie ihren Arbeitsplatz verlieren. Erst vor dem Europäischen Menschenengerichtshof bekam die von ihrem Arbeitgeber gekündigte Pflegerin Recht.⁵³

2.2 Das System der Betreuung: unkontrolliert und unkontrollierbar?

Kritik der Landesrechnungshöfe

Mehrere Landesrechnungshöfe haben seit der Reform von 1992 die Ausgaben für Betreuung bei den Landesjustizverwaltungen untersucht und auch über Missstände berichtet. So stellt der Rechnungshof Baden-Württemberg deutliche Unterschiede in der Betreuerdichte fest. Demnach waren zum Beispiel im Landesteil Baden die Betreuer Ausgaben annähernd doppelt so hoch wie im Landesteil Württemberg. Auf einzelne Städte bezogen variiert die Differenz der Ausgaben bis zum Faktor 3. In einer Benchmark-Berechnung kommt der Bericht zu dem Schluss, dass die mögliche Einsparquote zu den Betreuungskosten deutschlandweit bei 65 % liegt.⁵⁴

Als unzureichend beschreibt der Rechnungshof die Datenbasis über die Vermögenssituation der unter Betreuung stehenden Menschen. Er empfiehlt eine Ergänzung der Statistik. Kritisiert wird, dass die Betreuungsbehörde, die den Betreuer auswählt, kein finanzielles Interesse an einer niedrigen Berufsbetreuerquote hat.

Der Landesrechnungshof Brandenburg bemängelt, dass die Amtsgerichte grundsätzlich keine Übersichten der den Betreuern zugeordneten Fälle führen. Eine Berufsbetreuerin habe in einem Jahr 245.000 Euro an Einnahmen erzielt. Eine solche Summe lässt sich nur mit einer übergroßen Zahl betreuter Menschen erzielen. Der Landesrechnungshof weist darauf hin, dass sich „die Tätigkeit eines Rechtspflegers durch fehlende Innenrevision und weitreichende Vorlageverzichte der zuständigen Bezirksrevisionen in einem nahezu kontrollfreien Raum“ vollziehen kann. Weiter heißt es, dass die Ausgaben für Betreuungen „mangels aussagekräftiger Statistiken weder zu analysieren noch zu kontrollieren sind“.⁵⁵

⁵³ <http://tagesspiegel.de/weltspiegel/erfolg-fuer-brigitte-heinisch-altenpflegerin-erhaelt-90000euro-/6672302.html> (letzter Aufruf am 05.07.13)

⁵⁴ Mitteilung des Rechnungshofs. Beratende Äußerung zur Prüfung der Rechtlichen Betreuung, Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 14/4511, Mai 2009, Seiten 19 bis 20

⁵⁵ Landesrechnungshof Brandenburg, Jahresbericht 2006, Seiten 153 bis 156

Der Landesrechnungshof Nordrhein-Westfalen merkt an, dass im Betreuungsbereich Ermittlungen in rund 20 Fällen zu Rückflüssen in die Landeskasse in Höhe von rund einer Million Euro geführt haben. Der Landesrechnungshof weist darauf hin, dass er die Einrichtung einer justizinternen Kontrolle der Betreuervergütungen für dringend geboten hält.⁵⁶

Defizite in der Kontrolle

Ein Berufsbetreuer betrog eine demenzkranke Frau um mehr als eine Million DM. Er wurde zu fünfeinhalb Jahren Freiheitsstrafe wegen Veruntreuung in 43 besonders schweren Fällen verurteilt. Im Verfahren gab er an, er habe so viele Straftaten begangen, dass er sich an einzelne nicht erinnern könne.⁵⁷

Die Einfallstore für Betrug und Korruption sind im Lauf einer Betreuung vielfältig. Das fängt beispielsweise beim Betreten der Wohnung eines erkrankten Menschen durch Betreuerpersonen an, reicht über den Vorgang der Ermittlung des Vermögens und betrifft Ereignisse wie zum Beispiel eine Haushaltsauflösung. Aber auch abzuwickelnde Immobiliengeschäfte oder das Anlegen von Geld aus Verkäufen im Rahmen der Vermögensverwaltung können unlauteres Geschäftsgebaren auslösen.

Ein kritischer Faktor sind die Entscheidungen zur Pflegekonzeption (ambulant oder stationär) mit der Auswahl von Trägern. Hier geht es um Weichenstellungen mit finanziellen Auswirkungen oft im sechsstelligen Bereich. Aber auch die Vergabe von Aufträgen an sonstige Dienstleistungsunternehmen, beziehungsweise der Kauf von Produkten für die zu betreuende Person sind klassische Schwachstellen, die Betrug begünstigen. Dies fängt bei der Firma zur Haushaltsauflösung an, reicht über Firmen, die bauliche Maßnahmen an Wohnungen und Häusern von Menschen mit Pflegebedarf durchführen, bis hin zu Lieferanten von Investitionsgütern und Gegenständen des täglichen Bedarfs für Pflege oder Haushalt.

Hinzu kommt, dass im Betreuungswesen kaum oder gar nicht mit Plänen oder Zielbeschreibungen gearbeitet wird. Niemand fordert qualitative Berichte an. Deshalb können keinerlei wie auch immer geartete Qualitätskontrollen durchgeführt werden. Für Vor-Ort- und Tiefenkontrollen fehlen die Kapazitäten. Selbst die von den Justizministern eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe kommt zu der Einschätzung, dass die Aufsicht nur noch rein reaktiv ist, und dies auch nur auf Grundlage sehr pauschaler Jahresberichte.⁵⁸

Kaum Rechtssicherheit

Eine Wahlmöglichkeit unter Anbietern der Betreuungstätigkeit gibt es für die Betroffenen und deren Angehörige allenfalls indirekt. Sie existiert nur insofern, als in Betreuungsverfügungen Personen benannt werden können, die im Eventualfall

⁵⁶ Jahresbericht 2006 des Landesrechnungshofs Nordrhein-Westfalen für das Ergebnis der Prüfungen im Geschäftsjahr 2005, Seiten 181 bis 184

⁵⁷ Thorsten Jungholt, Entrechtet und betrogen, DIE WELT, 21.04.2008, Seite 3

⁵⁸ Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechtes, Mai 2009, Seite 27

berücksichtigt werden sollen. Allerdings muss sich das Betreuungsgericht an diese Verfügung nicht halten. Sie hat für das Gericht letztlich nur Hinweischarakter.

Ein für Betroffene gangbarer Weg besteht darin, über Vorsorgevollmachten Personen zu benennen, die für sie tätig werden sollen. Aber auch hier gilt, dass dies keine Rechtssicherheit gegen die Einrichtung einer Betreuung und Bestimmung eines anderweitigen Betreuers darstellt. In 15 Prozent der Fälle von durch Bevollmächtigte vertretenen Altenheimbewohnern kommt es zu einer ergänzenden Einsetzung eines Betreuers. In einem Prozent aller Betreuungen wird trotz Bevollmächtigung ein Betreuer eingesetzt bzw. kommt es zur Ablösung des Vollmachtnehmers. Da zur absoluten Zahl von Vollmachtausübungen selbst keine Zahlen vorliegen, kann diese Zahl hierzu nicht in Relation gesetzt werden.⁵⁹

Die Angehörigen und das soziale Umfeld werden nicht unter dem Gesichtspunkt wahrgenommen, ein wichtiger Akteur zur Kontrolle zu sein, sondern eher als Faktor, auf dessen Einfluss kein besonderer Wert gelegt wird.

Keine Transparenz

Betreuer sind einerseits gehalten, herauszufinden und umzusetzen, welche Vorgehensweise im Interesse des Betreuten ist. Dieser kann sich jedoch oft nicht mehr artikulieren, und ersatzweise kann oft kaum auf orientierende Anhaltspunkte zurückgegriffen werden. Damit wachsen die Definitionsspielräume der Betreuer. Andererseits unterhalten Betreuer in ihrer Region allein schon aus praktischen Gründen Geschäftsbeziehungen mit einer begrenzten Zahl von Akteuren. Sie treffen auf einen überschaubaren Kreis von professionell tätigen Entscheidungsträgern in den Einrichtungen. Die regionalen Strukturen der Gesundheits- und Pflegewirtschaft sind meist fest gefügt, häufig sind die Einrichtungen rechtlich miteinander verflochten. Daraus ergeben sich fast zwangsläufig Beziehungsgeflechte, die wirtschaftlich umso stärker relevant sein können, je höher die Fallzahl pro Betreuer ist. Daraus können Abhängigkeitsverhältnisse entstehen. Entscheidungen, wenn sie denn überhaupt gerechtfertigt werden müssen, können in aller Regel und ohne großen Aufwand argumentativ so ausgekleidet werden, dass sie stets als dem Wohl des Betroffenen dienend erscheinen.

Einerseits befinden sich Betreuer in einer herausgehobenen Situation. Sie treffen weit reichende Entscheidungen, die wirtschaftliche Interessen Dritter berühren. Sie lenken dabei Geldströme in oft erheblichem Umfang. Und sie interagieren dabei häufig auf Märkten, die selbst oft nicht ausschließlich nach Regeln des freien Wettbewerbs funktionieren. Dies trifft im besonderen Maße auf die Gesundheits- und Pflegewirtschaft zu. Aber auch Akteure der Immobilienwirtschaft, Haushaltsauflösungsfirmen oder Antiquitätenhändler bewegen sich in einer Szenerie, die nicht immer transparent wirkt.

Andererseits macht ihr Status als Selbstständige Berufsbetreuer von einigen Wenigen abhängig. Allein dadurch werden sie angreifbar, insbesondere dann, wenn Dritte regional mächtigen Institutionen angehören, wie es in der Gesundheits- und

⁵⁹ Die erstgenannte Zahl beziehen sich auf das Jahr 2008, die andere Zahl bezieht sich auf das Jahr 2006, Köller, Regine, Engels, Dietrich, in: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik ISG, Rechtliche Betreuung in Deutschland. Evaluation des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, Bundesanzeiger Verlag, 2009, Seiten 232, 235 bis 237

Pflegewirtschaft nicht unüblich ist. Diese können zu erkennen geben, dass ihr Wort bei den lokalen Betreuungsinstanzen möglicherweise Einfluss hat. Das wiederum kann die Existenzgrundlage von Berufsbetreuern womöglich einschneidend tangieren. Denn das reibungslose Zusammenspiel der Akteure kann ein Argument sein, das dort Anklang findet. Dass es zu Einflussnahmen von Heimträgern bei der Bestellung von Berufsbetreuern kommt, bestätigt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Justizminister.⁶⁰

Genehmigungen durch Rechtspfleger erfolgen nur in vermögensrechtlichen Angelegenheiten und dies wohl häufig ohne eingehende Prüfung. So muss zum Beispiel zu der Frage, warum und unter welchen Gesichtspunkten es zur Wahl einer bestimmten Pflegeeinrichtung kommt, keine Rechenschaft geleistet werden.

Mit der Neuregelung der Betreuung wurde kein Instrumentarium verbunden, die Prozesse transparent zu gestalten, auf denen die Entscheidungen des Gerichtes beruhen. Dies wäre insbesondere dann notwendig, wenn diese Entscheidungen mit umfangreichen finanziellen Folgen verbunden sind und korrupte Praktiken ermöglichen. Selbst Statistiken zu Umfang und Art von Betreuerentscheidungen mit finanziellen Auswirkungen fehlen vollständig, obwohl die Datenbasis bei den Gerichten vorhanden ist. Damit fehlen Voraussetzungen für Kontrolle und dafür, Missbräuche aufdecken und sanktionieren zu können.

2.3 Die Intransparenz des Systems

Vergegenwärtigt man sich Grundvoraussetzungen, unter denen Missbrauch, Betrug, Verschwendung und Korruption gedeihen, kommt man rasch auf den Tatbestand mangelnder Transparenz. Die gesetzliche „Konstruktion“ der Pflegeversicherung versuchte seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, das System der Pflege in die bestehenden Gesetzeswerke einzupassen. Das führte einerseits für die Versicherten zu neuen Versicherungsansprüchen auf Grund von neuen Versicherungsverträgen, aber auch zu Eigenleistungen, beziehungsweise zum Eintreten der Sozialhilfe; andererseits aber zu einer Potenzierung der Bürokratie. Denn die Abgrenzung der verschiedenen Versicherungsleistungen schafft für die Versicherten soziale und für alle Leistungsträger zusätzliche Verwaltungsprobleme. Die Schnittstellen zwischen der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Krankenversicherung (SGB V), dem Bundessozialhilfegesetz BSHG (jetzt SGB XII), dem Behindertengesetz (SGB IX) und dem Betreuungsrecht (BGB §§1896ff) zu beschreiben, mag auf dem Papier und in der Theorie gut gelingen. In der Praxis ist sie in jedem Einzelfall schwierig.

Außer den Sozialämtern, die in strittigen Fällen finanziell immer in Vorlage treten und sich ihr Geld danach von den Leistungsträgern wiederholen, gibt es in unserem ausgebauten Sozialstaat keine Verfahren, wie bei Streitigkeiten zwischen den Behörden Verzögerungen vermieden werden können, die zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf gehen.

⁶⁰ Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Beobachtung der Kostenentwicklung im Betreuungsrecht und Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Betreuungsrechtes, Mai 2009, Seite 40

Um ein simples Beispiel zu geben: Die Medikamentenausgabe ist eine Leistung der Krankenkassen im Rahmen der Behandlungspflege, die - inklusive dem Einträufeln von Augentropfen oder dem Wechseln von Verbänden - von Pflegeheimen oder Pflegediensten gegenüber der Krankenkasse häufig abgerechnet und bezahlt wird. In der Summe kommen für die Krankenkassen beachtliche Beträge zusammen. Tatsächlich können die zu pflegenden Menschen dies aber oft noch selbst oder ein ehrenamtlich tätiger Angehöriger leistet diesen kleinen Dienst regelmäßig. Die Pflegeeinrichtung macht sich hier also des Abrechnungsbetruges schuldig, wenn sie diese Leistung berechnet, ohne sie erbracht zu haben. Welchen Aufwand es aber bedeutet, diesen Missbrauch nachzuweisen, Mittel zurückzufordern, den Missbrauch zu ahnden und für die Zukunft abzustellen, kann sich jeder leicht vorstellen. Und in diesem Beispiel sind nur zwei der möglichen fünf Regelwerke betroffen.

Grenzfragen, um die die verschiedenen Behörden sich streiten können, sind auch

- die Frage, ob Sozialbetreuung und Urlaubsaufenthalte in die Pflegesätze der Alten- und Behindertenheime gehören,
- die Frage, ob bestimmte Leistungen der Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherungsträger oder der Arbeitsverwaltung gehen.

Eine systematische und geordnete Kommunikation der Behörden untereinander im Interesse der Menschen mit Pflegebedarf findet erst seit jüngster Zeit und eher ausnahmsweise statt, so zum Beispiel beim Runden Tisch „Leistungs- und Abrechnungsmängel im Pflegesektor – Koordinierte Zusammenarbeit zur Verhinderung und Aufdeckung“ bei der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Dass dem Menschen, der gepflegt werden muss, die Kontrolle über die Maßnahmen, zu denen er berechtigt ist, nicht zugemutet werden kann, ergibt sich schon aus deren Zahl. Ein alter Mensch mit Pflegebedarf hat es zu tun mit

- der Pflegeversicherung und dem MDK
- der Krankenversicherung
- dem Sozialamt (falls das Einkommen nicht oder nicht ganz für die Pflege reicht)
- dem Versorgungsamt (wenn der Mensch behindert und weiblich ist oder ihr Mann zur Kriegsteilnehmergeneration gehört hat)
- der Rentenversicherung oder dem Pensionsträger
- dem Grundsicherungsamt, wenn die Rente zu klein ist
- der Beihilfe (wenn der Mensch oder sein Lebenspartner/ seine Partnerin den Beamtenstatus hatten)

Ein Mensch mit Behinderung und Pflegebedarf hat es zu tun

- mit der Krankenversicherung
- mit der Pflegeversicherung und dem MDK
- dem Sozialamt (falls sein Einkommen nicht ausreicht, was in der Regel der Fall ist)

- der Rentenversicherung (wenn er im Rentenalter ist oder in jüngeren Jahren Reha-Leistungen bezieht)
- der Unfallversicherung (falls seine Behinderung auf einen Unfall zurückzuführen ist)
- der Berufsgenossenschaft (falls die Behinderung durch eine arbeitsbedingte Erkrankung oder einen Arbeitsunfall entstand)
- der Agentur für Arbeit (für Reha-Leistungen zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben)
- mit der Beihilfe, falls er Beamter ist.

Grundsätzlich stellt sich also die Frage, wie sich das Verfahren zur Information im Verhältnis MDK, Pflegekassen und deren -Verbänden sowie Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bei den Krankenkassen, die nach § 47a SGB XI auch für die Pflegekassen zuständig sind, verbessern lässt. Ein erster Schritt beim Verdacht auf Abrechnungsbetrug ist die gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis von personenbezogenen Daten zwischen den Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe gemäß § 47a Abs. 2 SGB XI, die am 1.1.2013 in Kraft trat.

Derzeit ist auch die Art und Weise der Information über Abrechnungsauffälligkeiten, sowie über deutliche Mängel in der Pflege, die den Tatbestand des Abrechnungsbetruges oder auch der Körperverletzung erfüllen können, durch den MDK nicht geregelt. Die Informationen sind regelmäßig Bestandteil des Prüfberichtes und werden in sehr unterschiedlicher Ausprägung vorgenommen. Gelegentlich wird sehr deutlich darauf aufmerksam gemacht, zum Teil sogar die Einschaltung der Staatsanwaltschaft empfohlen. Gesetzliche Vorschriften zum Inhalt der Prüfberichte und zur Herstellung von Öffentlichkeit erscheinen also mehr als angebracht.

Eine sorgfältige Auswertung der Prüfberichte ist bei den Pflegekassen allerdings vor allem ein Mengenproblem. Das ist bei rund 12 400 Pflegeheimen, rund 12 300 ambulanten Pflegediensten sowie rund 2,5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf und jährlichen Prüfungen nicht erstaunlich. Obwohl zwei Drittel der Pflegeeinrichtungen zumindest bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung gute Noten erhalten, bleiben genügend alarmierende Prüfergebnisse bestehen. Diese auch hinsichtlich eines deutlichen Fehlverhaltens im Sinne der Paragraphen 47 a SGB XI und 197a SGB V zu filtern, weil es weitergehende Reaktionen als die oben Beschriebenen (Maßnahmenbescheid) erfordert, bleibt eine gewaltige Herausforderung. Sie ist nur mit schärferen Kontrollen, wo auch immer diese angesiedelt seien, nicht zu meistern. Auch Mitarbeiterschulungen sind nötig. Derzeit fällt es den Beschäftigten der beteiligten Organisationen nicht immer leicht, ein Fehlverhalten überhaupt zu erkennen und an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten. Um dies zu verbessern, ist eine profunde Sensibilisierung innerhalb der Institutionen notwendig.

Klar scheint aber zu sein, dass es weniger um Gesetzes- als um Kontrolldefizite geht. Nimmt man die Aufgabenbeschreibungen der Kontrollbehörden beim Wort und vergegenwärtigt sich, dass der MDK umfängliche Kontrollbefugnisse und -pflichten hat und den „Heim TÜV“ sogar im Internet veröffentlicht, so scheint das Kontrollnetz lückenlos und eng genug. Pflege- und Betrugsskandale dürfte es gar nicht geben. Gearbeitet werden muss also vor allem an den strukturellen Mängeln des Systems:

- Die kommunal oder auf Landesebene organisierten Kontrollbehörden leiden seit Jahren unter der Leere der öffentlichen Kassen. Personal wird abgebaut und eingespart, Aufgaben ausgedünnt, wobei die Existenz des MDK und der Pflege-TÜV Kämmerern und Finanzministern ein willkommenes Argument sind, das staatlich und kommunal finanzierte Personal zurückzufahren. Gesundheits- und Versorgungsämter haben in vielen Bundesländern ihre Eigenständigkeit aufgegeben und sich in die allgemeine Verwaltung eingliedern lassen müssen. Das hat ihre Möglichkeiten eingeschränkt und ihren Einfluss verringert.
- Die Kontrollen des MDK sind unterschiedlich intensiv. Zudem werden für genauere Kontrollen neuerdings etwa zehn Prozent der Bewohner nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, sodass es geschehen kann, dass die Problemgruppen (immobiler Menschen mit Demenz und umfassendem Pflegebedarf) gar nicht in den Blick kommen. Weder aus den Kontrollberichten des MDK noch aus den Transparenzberichten werden nachprüfbar Konsequenzen gezogen.
- Solange bei Unterschreitung des Qualifikations- oder Personalschlüssels in den Pflegeeinrichtungen nur selten Abmahnungen oder Sanktionen erfolgen (sofern sie überhaupt festgestellt werden) und auch systematische Unterbesetzung häufig gar nicht auffällt oder einfach toleriert wird, wird es auch weiter Pflegeskandale geben.

2.4 Die Pflegeindustrie. Wie Wissenschaft, Wirtschaft und Politik zu Lasten der Menschen mit Pflegebedarf zusammenspielen

Seit etlichen Jahren ist klar, dass der Pflegesektor eines der hauptsächlichen Wachstumsgebiete der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist und weiter sein wird. Die Fehlallokation von Mitteln und die Fehlsteuerungen in der Versorgung beschäftigen die Politik allerdings weit weniger als das Verhältnis zwischen jungen und alten Menschen in Deutschland und die daraus resultierende Diskrepanz. Die Anbieter von Arzneimitteln und Medizinprodukten, von Pflegeleistungen und -immobilien beherrschen die gesellschaftspolitische Diskussion. Sie besitzen politisch die stärkere Durchsetzungskraft im Vergleich zu den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen oder auch ihrer Pflegekräfte.

Ein Blick in Illustrierte aller Art und in die von den Apotheken vertriebenen Apotheken-Umschau oder Seniorenumschau, aber auch ins Internet zeigt deutlich die dominierende Rolle von Werbung und Marketing im Pflegebereich. Hier steuert das Angebot die Nachfrage. Das hat verschiedene Ursachen:

- Menschen mit Pflegebedarf und die sie pflegenden Angehörigen sind aus ihrer persönlichen Betroffenheit heraus noch anfälliger für Heilsversprechen der medizinischen Anbieter als andere Menschen.
- Die anbietende Wirtschaft kann sich darauf verlassen, dass in Anspruch genommene Pflegeleistungen hinsichtlich Nutzen, Qualität und Preis-Leistungs-Verhältnis wenig kontrolliert und praktisch immer bezahlt werden - sei es durch Pflege- und Krankenversicherung, Sozialhilfe oder private

Einkünfte des zu pflegenden Menschen. Das teure Marketing rechnet sich also.

Problematisches Marketing

Um Arzneimittel oder Medizinprodukte im Markt für Menschen mit Pflegebedarf zu etablieren, werden die Marketingmaßnahmen eingesetzt, die man auch aus der Gesundheitsversorgung kennt. Diese sind zum großen Teil problematisch:

1. Nach Paragraph 17 und 18 Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) ist es verboten, mit Nahrungs- oder Nahrungsergänzungsmitteln so zu werben, als ob der Genuss dieser Mittel die Gesundheit fördere, das Wohlbefinden hebe oder Erkrankungen verhindere. Diese Paragraphen werden in der Werbung gegenüber Pflegebedürftigen und den Pflegepersonen vielfach umgangen, die deshalb materiellen Schaden nehmen, ohne gesundheitlich zu profitieren. Werbebehauptungen, die den gesetzlichen Vorschriften zuwiderlaufen, werden aber nur selten durch die zuständigen Landesbehörden verfolgt und noch seltener bestraft. Von einer Wiedergutmachung für erlittenen finanziellen oder gesundheitlichen Schaden kann erst recht keine Rede sein.
2. Noch deutlicher ist Paragraph 10 Heilmittelwerbegesetz (HWG) verfasst. Er verbietet die Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber den Patienten. Auch dieser Paragraph wird häufig umgangen – wie die ZDF-Sendung „Das Pharma-Kartell“ am Beispiel der „Apotheken Umschau“ gezeigt hat⁶¹.
3. Mit überzogenen Heilsversprechen oder behaupteten Nutzen werden Menschen mit Pflegebedarf, Angehörige, Pflegepersonal und Betreuer, aber auch betreuende Ärzte getäuscht. Nicht selten werden Meinungsbildner zur Schulung oder Fortbildung eingesetzt, die das Unternehmen finanziert. Diese „Experten“ untermauern die Absatzbemühungen der Firmen und stützen sich überwiegend nicht auf objektive Daten zur Qualität der Produkte. In den USA werden nicht zugelassene Gebrauchsempfehlungen (Off-label-Gebrauch) als kriminelles Marketing gewertet und einschließlich der Bestechung von Ärzten und anderen Gesundheitsexperten durch die Justiz verfolgt. In den letzten 5 Jahren wurden Pharmafirmen dafür mit hohen Bußgeldern – insgesamt etwa 18 Mrd. US\$ – abgestraft.⁶² In Deutschland findet Vergleichbares nicht statt.
4. So findet man in Deutschland in Pflegeheimen bei bis zu 30 Prozent der Demenzkranken die Verordnung und den Gebrauch von Antidepressiva, obgleich bei systematischer Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren (Health Technology Assessment) gezeigt wurde, dass Antidepressiva bei Demenzkranken nutzlos sind.⁶³

⁶¹ ZDF: Das Pharmakartell. Frontal 21 vom 09.12.2008.

⁶² Schönhöfer PS, Schaaber J: Justiz und Pharmaindustrie: Deutschlands Untätigkeit beim kriminellen Marketing und Schadensersatz. Pharma-Brief 2010;9/10: 2-5. So musste der Pharmahersteller Lilly für Off-label-Gebrauch seines atypischen Neuroleptikums Olanzapin (ZYPREXA) für die Ruhigstellung von dementen Patienten mit erhöhtem Bewegungsdrang in den USA Schadenersatz in Höhe von 4,6 Mrd. US\$ leisten, weil er die vorhandenen Informationen über Nebenwirkungen wie behandlungsbedürftige Zuckerkrankheit, lebensbedrohliche Überzuckerungen oder gefährliche Gewichtszunahmen gegenüber Patienten und Ärzten zurückgehalten oder verharmlost hatte. Außerdem musste er dafür ein Bußgeld in Höhe von 1,4 Mrd. US\$ an das US-Justizministerium abführen.

⁶³ NN: HTA-SAAD: Kein Nutzen von Antidepressiva bei Depressionen Demenzkranker. arznei-telegramm 2011; 42: 70

Es entstehen bei der Behandlung also nur Kosten ohne Nutzen, dazu Verteuerungen bei der Pflege.

5. Der Einsatz von unzweckmäßigen Arzneimitteln in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ist oft auch darauf zurückzuführen, dass das Pflegepersonal oft überlastet und nur zum Teil ausreichend qualifiziert ist und daher den Maßnahmen der Heimleitung zur Arbeitserleichterung, aber auch zur Ruhigstellung der zu Pflegenden hilflos ausgeliefert ist.

6. Die folgende Liste der durch gezielte Desinformation der Hersteller veranlassten Fehlanwendungen von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder Nahrungsergänzungsmitteln, deren Nutzen zweifelhaft ist, lässt sich auch für den Pflegebereich beliebig und leicht verlängern. Laut dem Versorgungsreport 2012⁶⁴ erhielten vier Millionen der über 65-jährigen Menschen mindestens ein Medikament, bei dem die Nachteile den Nutzen übersteigen.

- Einsatz von fragwürdigen durchblutungsfördernden Arzneimitteln bei oft bettlägerigen Pflegepatienten mit Durchblutungsstörungen⁶⁵,
- Einsatz von Antikonvulsiva bei bettlägerigen Pflegepatienten mit Muskelkontrakturen, insbesondere des umsatzstarken, abhängigkeiterzeugenden Pregabalin (LYRICA)⁶⁶,
- Einsatz von fragwürdigen und hochpreisigen Schmerzmitteln wie Flupirtin, Tapentadol und anderen bei Pflegepatienten mit Schmerzen, anstelle einer erprobten Schmerztherapie⁶⁷,
- Einsatz von Benzodiazepinen oder Schlafmitteln zur Ruhigstellung oder Erzwingung von Schlaf, obwohl die Mittel die Sturz- und Unfallgefahr erhöhen und medizinisch nicht notwendig, beziehungsweise sogar kontraindiziert sind. Zur Umgehung von Prüfverfahren werden die Mittel oft „auf Privatrezept“ zu Lasten der Betroffenen verordnet⁶⁸.
- Routinemäßiger Einsatz von PEG-Sonden bei Ess- und Schluckstörungen entgegen medizinischer Notwendigkeit⁶⁹ zur Minderung von Zeitaufwand beim Essen eingeben in der Pflege⁷⁰,
- Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln in der Pflege, für die es keine Belege für einen Nutzen gibt, wie zum Beispiel der Einsatz von Vitamin E bei milder Demenzerkrankung⁷¹.

⁶⁴ Siehe Fußnote 9

⁶⁵ Schwabe U, Paffrath D: Arzneiverordnungs-Report 2011. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011, S. 607-14

⁶⁶ NN: Missbrauchspotential von Pregabalin (LYRICA), arznei-telegramm 2006: 36; 52

⁶⁷ Schwabe, U., Paffrath D.: Arzneiverordnungs-Report 2012. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2012, S. 263-279.

⁶⁸ Stockinger G: Das ist Beihilfe zur Sucht. Der Spiegel 17/2009 vom 20.04.2009

⁶⁹ Eine medizinische Notwendigkeit der PEG Anlage besteht etwa bei Demenz nicht: Entweder es ist eine "terminale Demenz mit Schluckstörung" – dort ist eine PEG nicht indiziert, oder der Patient kann Schlucken und benötigt Pflege.

⁷⁰ Körner U et al.: Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG : Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Akt Ernähr Med 2004;29;226-30

⁷¹ Petersen RC et al: Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. N Engl J Med 2005; 352: 2379-88

Mangelnde Unabhängigkeit von Experten bei der Erarbeitung von Leitlinien

Um den besten Behandlungsstandard bei der Therapie von Erkrankungen oder in der Pflege durchzusetzen, werden von medizinischen Fachgesellschaften Leitlinien erstellt. Diese haben bindende Wirkungen für die Praxis. Deshalb sind Warenanbieter bestrebt, dass ihre Produkte in den offiziell anerkannten Leitlinien genannt werden. Es ist den Warenanbietern im Lauf der Jahre weltweit gelungen, in diesen Gremien eigene Experten als Autoren von Leitlinien zu etablieren. In Deutschland agieren sie sowohl in den einzelnen Fachgesellschaften als auch in der zuständigen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Ihre Interessen sind, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, wirtschaftlich begründet.⁷²

Weder die Selbstverwaltung der ärztlichen Standesorganisationen noch die medizinischen Fachgesellschaften haben bisher vermocht, Experten mit Interessenkonflikten aus der Autorschaft von Leitlinien und aus den entsprechenden Entscheidungsgremien heraus zu halten⁷³. Das ist aber zwingend erforderlich, wenn es um Entscheidungen für die bestmögliche Therapie und Pflege geht.

Mangelnde Qualität bei der Feststellung von Krankheitsursachen bei Menschen mit Pflegebedarf, zum Beispiel bei Demenz.

Demenzen haben viele Ursachen und unterschiedliche Wirkungen; verallgemeinernd steht im Grunde nur fest, dass es sich um eine Beeinträchtigung von Gehirnfunktionen handelt. Fast immer wird die Diagnose 'Demenz' oder 'Alzheimer' hierzulande ambulant und durch den Hausarzt gestellt⁷⁴. Oft ist sie daher ungenau und fehlerhaft. Drei Viertel aller Patienten, denen der Hausarzt eine Demenz attestiert hat, scheinen in Wirklichkeit nicht dement zu sein. Ein Teil der zunächst verschriebenen Medikamente kann sogar eine Demenz hervorrufen, süchtig machen oder eine bestehende Demenz verstärken.⁷⁵

Zwei Beispiele für bestehende Diskrepanzen: Im Jahre 2010 wurden in Deutschland im ambulanten Bereich Antidementiva im Werte von 342 Mio. € (102 Mio. DDD) verkauft (Cholinesterasehemmer 227 Mio. €, Memantin 100 Mio. € u.a.)⁷⁶. Das entspricht etwa 300.000 Patienten pro Jahr oder 600.000 Demenzkranken, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss angeordnete Begrenzung der Behandlungsdauer auf 24 Wochen berücksichtigt wird. Das ist im Vergleich zum Jahr 2002 ein Rückgang um 1.1 Mio. Patienten, der sich stetig entwickelte, weil sich die verordnenden Ärzte und Pflegekräfte in dieser Zeit selbst von dem minimalen Nutzen und den gravierenden Störwirkungen der Antidementiva überzeugen konnten. Dies ist aber nur scheinbar eine Verbesserung des Erkenntnisstandes und damit des Verschreibungsverhaltens, denn in der S3-Leitlinie „Demenzen“ der zuständigen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, DGN, DGPPN) finden sich diese

⁷² NN: THOMAPYRIN: Standard in der Kopfschmerz (Selbst)-Behandlung? *arznei-telegramm* 2005; 36: 82

⁷³ Europaparlament rüffelt Lobbyisten in EU-Behörden, *Financial Times Deutschland* vom 10.05.2012.

⁷⁴ Stolze C. *Vergiss Alzheimer. Die Wahrheit über eine Krankheit, die keine ist*, Kiepenheuer & Witsch Verlag

⁷⁵ Stolze C: *Vergiss Alzheimer. Die Wahrheit über eine Krankheit, die keine ist* Kiepenheuer & Witsch Verlag

⁷⁶ Schwabe U, Paffrath D: *Arzneiverordnungs-Report 2011*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011, S.339-50

Erkenntnisse nicht abgebildet⁷⁷. Dort wird noch immer bei schweren Demenzen die kombinierte Behandlung mit Cholinesterasehemmern und Memantin propagiert, obwohl der fehlende Zusatznutzen der Kombination längst erwiesen ist⁷⁸. Gleiches gilt für die Leitlinien-Empfehlung, Depressionen bei Demenzkranken mit Antidepressiva zu behandeln. Mit der Folge, dass in Berlin etwa 30 Prozent der dementen Heimbewohner Antidepressiva erhalten.

Die S3-Leitlinie „Demenzen“ empfiehlt auch zur Dämpfung von Agitation und von psychomotorischem Bewegungsdrang das stark wirksame atypische Neuroleptikum Risperidon anstatt Haloperidol. Das ist ausgesprochen herstellerfreundlich, denn die DDD von Risperidon kostet 4.85 €, die von Haloperidol nur ein Zehntel (0.53 €). Atypische Neuroleptika haben zudem noch den Nachteil, dass sie weit ausgeprägter als klassische Neuroleptika wie Haloperidol schwere Störungen des Stoffwechsels in Form von Diabetes, bedrohlicher Hyperglykämie, Hyperphagie, Heißhunger und massivem Gewichtsanstieg auslösen. Deshalb gibt es Argumente gegen die Anwendung von atypischen Neuroleptika bei dementen Patienten auch für den Fall, dass die kurzfristige Anwendung von stark wirksamen Neuroleptika in der Pflege notwendig erscheint. Für die Bewältigung des psychomotorischen Bewegungsdrangs Demenzkranker erscheinen geeignete pflegerische Maßnahmen wie „Laufstrecken“ sinnvoller als Neuroleptika-Medikation⁷⁹.

Bestechung und Bestechlichkeit bei Ärzten, Apotheken, Sanitätshäusern

Der Bundesgerichtshof hat 2012 entschieden, dass niedergelassene Ärzte straffrei Provisionen erhalten dürfen und dass es daher ebenfalls ohne Strafe zulässig ist, wenn die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten niedergelassenen Ärzten ihre Produkte mit Hilfe von Geld oder geldwerten Vorteilen zur Verwendung empfehlen. Die Richter des BGH bewerteten das materielle Zusammenwirken der beteiligten Firmenvertreter und Vertragsärzte allerdings eindeutig als „korruptives Verhalten im Gesundheitswesen“ und legten dem Gesetzgeber eine gesetzliche Regelung dieser im ärztlichen Berufsrecht verbotenen Praxis nahe. Diese ist derzeit in Arbeit.

Die ärztliche Selbstverwaltung hat theoretisch eine Reihe von Möglichkeiten, ärztliches Fehlverhalten zu ahnden, das durch unerlaubte Zuwendungen zustande kommt. Diese Möglichkeiten werden aber selten genutzt. Faktisch werden Bestechung und Bestechlichkeit im Medizinbereich weder systematisch ermittelt noch entsprechend geahndet. Anhaltspunkte für das Ausmaß dieser Praxis liefert eine im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführte aktuelle empirische Studie der

⁷⁷ S3-Leitlinie „Demenzen“ der AWMF, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), gültig bis 31.12.2012

⁷⁸ Husebo BS, Ballard C, Sandvik R et al (2011) Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ 343:d4065

⁷⁹ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: DGSP-Memorandum zur Anwendung von Antipsychotika. Soziale Psychiatrie 2009;34;50-1

Erhöhter Bewegungsdrang ist ein wesentliches Kennzeichen der Demenz. Nachdem sportmedizinisch Bewegung als präventiver Faktor für Demenz erkannt wurde, erfolgte eine Umbewertung im Umgang mit dem Bewegungsdrang Dementer. Dies wird dargestellt, ist aber bereits weitgehend Stand der Kenntnis in der Heimbetreuung.

Martin Luther Universität Halle Wittenberg zum Thema „Zuweisungen gegen Entgelt“.⁸⁰

Die Duldung der Korruption im ärztlichen Bereich ermöglicht auch in der Pflege die nach der Musterberufsordnung nicht erlaubte Interaktion zwischen Ärzten, Apothekern und Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten. Schon seit Jahren fallen immer wieder unzulässige Zuwendungen von Lieferanten, zum Beispiel von Sondennahrungen auf. Auch Anbieter von Nahrungsergänzungsmitteln versuchen mit finanziellen Ködern Eingang in den Pflegebereich zu finden. Gleiches gilt für Apotheken hinsichtlich apothekenpflichtiger Versorgungsgüter. Diese Praktiken werden derzeit oft nur punktuell bekannt, dürften sich aber im Windschatten der Straffreiheit für Bestechung im ärztlichen Bereich rasch vermehren. Es gibt eine ausgeprägte Personalidentität im Vertrieb von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Nahrungsergänzungsmitteln, Heil- und Hilfsmitteln.

Heil- und Hilfsmittel

Das Medizinproduktegesetz, Ende der neunziger Jahre nach einer EU-Richtlinie entstanden, kennt keine unabhängige Prüfung der Produkte auf Wirksamkeit und Sicherheit zum Schutz der Patienten vor gesundheitlichen Schäden; ebenso wenig ist ein Schutz vor wirtschaftlichem Schaden durch unwirksame, unzumutbare und überpreisige Produkte gewährleistet. Die von der EU geschaffene Prüfung durch private Stellen zur Zulassung der Produkte ist lasch, fehlerhaft und herstellerorientiert⁸¹. Kontrolle durch das nationale Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) findet nicht statt, die zuständigen Länderbehörden sind zu Prüfung und Kontrolle nicht im Stande. Es gibt nicht einmal eigene Prüfnormen für Medizinprodukte, sondern die Haftung bei diesen erfolgt gemäß dem generellen Produkthaftungsgesetz. Sie setzt bei auftretenden Schäden die Menschen, die auf sie angewiesen sind, also dem vollen Haftungsrisiko aus.

In Alten- und Pflegeheimen wählt gewöhnlich die Heimleitung aus, was an Heil- und Hilfsmitteln den Bewohnern zur Verfügung gestellt wird, desgleichen, welche Therapien angeboten und welche Therapeuten ausgesucht werden. Ob für den Abschluss von Arbeitsverträgen das Vier-Augen-Prinzip angewendet wird oder welche anderen Controlling-Systeme sicherstellen, dass sich hier nicht ein enger Beziehungskreis Vorteile zu Lasten der Gemeinschaft verschafft, bleibt den zu Pflegenden und ihren Angehörigen weitgehend verborgen. Ein Mitspracherecht haben sie gewöhnlich nicht.

Rabattverträge

Die Rabattverträge zwischen den Pharmaherstellern und den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erbringen den Kassen meist Einsparungen von zehn bis zwanzig Prozent, je nach finanziellem Gewicht der Kassen. Sie haben sich gesamtwirtschaftlich als Fehlschlag erwiesen, da sie kein höheres Einsparvolumen

⁸⁰ Kai-D. Bussmann, Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“, Berlin 2012. Die Studie kann kostenfrei heruntergeladen oder bestellt werden unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/publikationen/broschuerenbestellung>

⁸¹ Vogt PM: Zulassung von Medizinprodukten: Auf verschlungenen Wegen. Dtsch Ärztebl 2012;109;A-2394

erbringen als die Ausnutzung der preisgünstigsten Angebote auf dem Generika-Markt⁸². Darüber hinaus eröffnet die intransparente Kungelei zwischen Firmen und Kassen der Korruption Tür und Tor. Ein Beispiel dafür sind die Rabattverträge zwischen Herstellern und Kassen bei Originalpräparaten, die dadurch überkauften Analogpräparaten ohne therapeutischen Zusatznutzen die Erstattung durch den Vertragspartner sichern⁸³.

Die Ermöglichung von Rabattverträgen zwischen Herstellern und Kostenträgern, die vor der Öffentlichkeit geheim gehalten werden, hat wegen der fehlenden öffentlichen Kontrolle die Korruption im Gesundheitswesen gefördert. Gleichzeitig hat die durch Rabattverträge ermöglichte Oligopolbildung gefährliche Konsequenzen hinsichtlich der Versorgungssicherheit von Patienten, wie sich am Grippeimpfstoffmangel im Winter 2012/2013 gezeigt hat. Das gilt auch für Rabattverträge zwischen Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln in der Pflege, bei denen die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen sowie das Pflegepersonal noch nicht einmal bei der Auswahl der Zweckmäßigkeit und Geeignetheit der Produkte gehört werden.

Versorgung gegen den Willen oder gegen die medizinische Notwendigkeit

Die meisten Menschen wünschen sich, dass bei fortgeschrittener schwerer Erkrankung am Lebensende auf intensivmedizinische Maßnahmen, beziehungsweise eine künstliche Verlängerung des Lebens mit den Mitteln moderner Medizin verzichtet wird. Dies drückt sich fast ausnahmslos in vielen Patientenverfügungen und natürlich in den entsprechenden Vordrucken und in der wissenschaftlichen Literatur aus. Darüber hinaus sind viele Maßnahmen am Ende des Lebens medizinisch nicht mehr indiziert. Für die Rechtmäßigkeit einer medizinischen Behandlung bedarf es aber beider Faktoren: 1. der medizinischen Indikation, 2. dem Willen des Betroffenen. Fehlt einer dieser beiden Faktoren und wird gleichwohl behandelt, so handelt es sich um strafbare Körperverletzungen.

Bei der künstlichen Ernährung bei Demenzbetroffenen durch PEG-Sonden mangelt es oft nicht nur an dem entsprechenden Willen, sondern ebenso an der medizinischen Indikation⁸⁴. Denn die Schluckstörung, die zu einer PEG-Anlage führt, ist in den allermeisten Fällen Zeichen der terminalen Demenz. Gleichwohl werden dreißig Prozent der PEG-Anlagen bei Demenzbetroffenen vorgenommen. Hier profitieren wirtschaftlich das Krankenhaus oder das Pflegeheim durch Arbeitserleichterung, sowie die Hersteller der Ersatznahrung. Von Seiten der Pflegeheimleitungen kommt es oft zu einem Druck auf den Hausarzt, zur PEG-

⁸² Nach Auskunft des BMG erbrachten die Rabattverträge zwischen Pharmaindustrie und GKV bei Generika im Jahre 2010 eine Einsparung von 1,3 Mrd. €. Wie die Autoren des Arzneiverordnungs-Report 2011 errechneten, hätte eine konsequente Ausnutzung der preisgünstigsten Angebote auf dem Markt eine Einsparung von 1.6 Mrd. € erbracht, also 300 Mio. € mehr.

⁸³ Ein typisches Beispiel war der Rabattvertrag zwischen Novartis und der AOK Berlin-Brandenburg für das klinisch wenig erprobte Blutdruckmittel Aliskiren (RASILEZ). Die DDD von RASILEZ kostet 0.85 €, die des therapeutisch gleichwertigen Enalapril 0.12 €. Somit verteuert der Rabattvertrag die Behandlung um das 7fache. Da fällt dann ein Preisnachlass von 10% oder 20% kaum ins Gewicht. Der Rabattvertrag zwischen Hersteller und AOK verteuerte also effektiv die Behandlung um das 6-7fache, auf Kosten der Beitragszahler.

⁸⁴ Körner U et al. Da eine Einwilligung des Dementen nicht möglich ist, erscheint die Durchführung einer lebensverlängernden Maßnahme auf Anweisung der Heimleitung zur Erleichterung der Pflege nicht gerechtfertigt. Das Anlegen einer PEG-Sonde zur Ernährung ist eine Intervention wie eine Zwangsbehandlung und erfordert den entsprechenden rechtlichen Ablauf, da er sonst als beabsichtigte Körperverletzung gewertet werden kann. Es geht nicht um Alternativen.

Sondenanlage einzuweisen, sonst verliert dieser eventuell den Versorgungsauftrag. Das ist rechtlich äußerst problematisch.

Durch einen finanziell hohen Anreiz weitet sich das ehemals nur bei der künstlichen Ernährung bestehende Problem nun offenbar auf Pflegefälle mit Atemnot aus. Heimbeatmungspflege wird mit Kosten von zirka 10 000 - 20.000 € pro Monat berechnet. Es entwickelt sich derzeit ein neuer Markt an „Heimen für Heimbeatmung“.

3. Forderungen: Wie ein transparentes Pflegesystem aussehen müsste – Die Forderungen von Transparency Deutschland

Am Anfang und am Ende des menschlichen Lebens stehen Jahre, in denen das Individuum auf den Schutz und die Hilfe der Gesellschaft angewiesen ist. Hier können die individuellen Grundrechte des einzelnen Menschen in Konflikt geraten mit Entscheidungen, die andere für ihn treffen. Das gilt für Kinder wie für alte Menschen. Beide Gruppen bedürfen deshalb einer besonderen Fürsorge durch die Gesellschaft. Dass Eltern für ihre Kinder handeln und dies bis zum Eintreten der Mündigkeit des Kindes tun müssen und auch ungestraft tun dürfen, solange das Kindeswohl nicht verletzt wird, ist gesellschaftlich akzeptiert. Eine vergleichbare Reflexion über die Bedürfnisse und Rechte der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen fehlt bisher.

3.1 Gesetzgeberische und institutionelle Reformen

- Die derzeit gültige Einstufung in Pflegestufen ist intransparent und orientiert sich nur unzureichend am tatsächlichen Betreuungsaufwand. Dies leistet Betrug und unethischem Verhalten Vorschub. Außerdem werden Leistungen innerhalb der Pflegestufen im ambulanten und stationären Bereich der Pflege finanziell unterschiedlich bewertet. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ist erforderlich.
- MDK und Heimaufsicht müssen gesetzlich zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, um zusätzlichen Zeit- und Personalaufwand zu vermeiden und effiziente Kontrollmöglichkeiten zu eröffnen. Zugleich müssen als Beitrag zum Bürokratieabbau Leistungen und Maßnahmen nach SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII synchronisiert werden: gleiche Leistungen müssen in allen Gesetzeswerken gleich definiert werden, sowie Zuständigkeiten und finanzielle Zuordnungen zweifelsfrei geklärt sein.
- Die Einrichtung von lokalen und regionalen „Runden Tischen“ ist zu empfehlen, an denen alle Betroffenen und Beteiligten (Pflegekassen, MDK, Sozialämter, Staatsanwaltschaft, Heimaufsicht, Angehörigenvertreter, Einrichtungen) Informationen austauschen und gemeinsame Ziele ins Auge fassen (Beispiel Berlin). Im Zusammenspiel von Krankenversicherung,

Pflegeversicherung, Sozialhilfe und den Menschen mit Pflegebedarf, beziehungsweise ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern muss ein sachgerechter Informationsaustausch sicherstellen, dass Bürokratie vermieden wird und dass die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen bei anstehenden Entscheidungen nicht nur informiert, sondern an allen sie betreffenden Entscheidungen beteiligt werden.

- Ein Berufsgesetz Pflege, das mehr ist als ein Pflegeausbildungsgesetz, muss die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Pflegekräfte definieren und Konsequenzen bei Fehlverhalten vorsehen. Das Thema Korruption und Betrug muss Teil der pflegerischen Ausbildung und der beruflichen Weiterbildung werden, um Pflegekräfte für das Thema zu sensibilisieren. Ob die Einrichtung von Pflegekammern auf der Ebene der Bundesländer sinnvoll ist, ist zu prüfen. Die ethisch-moralische Dimension des Pflegesektors braucht jedenfalls eine eigene Berufsordnung.
- Dringend geboten ist der gesetzliche Schutz von HinweisgeberInnen, um diejenigen, die Verstöße gegen ethisch-moralische Grundsätze im Pflegebereich anzeigen, vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen.
- Die Betreuungsbehörden müssen in jedem einzelnen Fall sorgfältig prüfen und darlegen, inwieweit und in welchem zeitlichen Umfang Unterstützung durch eine Berufsbetreuung notwendig und ob ehrenamtliche Betreuung oder Selbsthilfe möglich ist. Dies darf nicht nur bei der Einrichtung einer Betreuung, sondern muss auch fortlaufend in überschaubaren Zeitintervallen erfolgen. Dazu müssen regelmäßig auch Angehörige und Personen aus dem sozialen Nahbereich der betroffenen Person angehört werden.
- Bei gerichtlicher Anordnung der Ermittlung des Vermögens von zu Betreuenden ist diese Aufgabe von der laufenden Betreuung zu trennen und durch die Rechtspfleger durchzuführen. Das Vier-Augen-Prinzip von Betreuer und Rechtspfleger ist strikt anzuwenden und eine genaue Dokumentation zum Prozess der Ermittlung zu erstellen.
- Ein verbindlicher Maßnahmenkatalog zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Bereich Pflege ist zu erarbeiten. Die Erfahrungen von Unabhängiger Patientenberatung, MDK, Angehörigenverbänden und Sozialhilfeträgern müssen hier koordiniert einfließen.

3.2 Informationsrechte

a) für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen

- Versicherte müssen eine eigene Stimme bekommen. Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen haben ein Recht auf leicht zugängliche, umfassende und objektive Information und Beratung über die Maßnahmen, die zu ihrer Pflege ergriffen werden, desgleichen über ihre Rechte. Durch transparente und nachprüfbarere Regelungen muss sichergestellt sein, dass gesundheitliche und pflegerische Maßnahmen den Vorrang erhalten vor wirtschaftlichen Erwägungen.

- Künstliche Langzeitbehandlungen (z.B. künstliche Ernährung, Beatmung, Dialyse) müssen in regelmäßigen Abständen von einer unabhängigen Institution (z.B. MdK) auf ihre medizinische Indikation und auf den diesbezüglichen Patientenwillen beurteilt werden.
- Die Prüfberichte des MDK und die Stellungnahmen der Einrichtung sind in Gänze bei ambulanter Pflege den Angehörigen und den Menschen mit Pflegebedarf selbst, bei stationärer Pflege zusätzlich dem Heimbeirat und der Mitarbeitervertretung zugänglich zu machen. Außerdem müssen bevollmächtigte Angehörige oder Betreuer und Betreuerinnen Zugang zu den Informationen und Sitzungen des Heimbeirats oder vergleichbarer Einrichtungen erhalten und die gleichen Informationsrechte wie diese bekommen.
- Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen muss Aufschluss darüber gegeben werden, was mit ihren Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) in der stationären Pflege geschieht. Die Betreiber der Heime müssen in ihren Betriebskostenabrechnungen offen legen, was jeder einzelne Heimbewohner und jede Bewohnerin an Miete und Ernährung zu tragen haben. Urlaubsabwesenheiten, Krankenhausaufenthalte etc. müssen bei den Ernährungskosten vollständig verrechnet werden. Verbotene Quersubventionierung muss überprüfbar sein.

b) für Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen und deren Vertretungen

- Mitarbeiter und Mitarbeitervertretungen in den Einrichtungen müssen ein Informationsrecht über die Beanstandungen des MDK und der Heimaufsicht erhalten, um den Umgang der Heimleitung mit diesen Beanstandungen zu erfahren und auf ihre Beseitigung zu dringen.
- Die Fortbildung von Fachkräften im Pflegebereich ist sinnvoll und erwünscht. Fehlzeiten am Arbeitsplatz wegen Schulungen müssen offen gelegt und nachprüfbar gemacht werden.

c) für ehrenamtliche und Berufsbetreuer

- Personen, die eine rechtliche Betreuung anregen, müssen eine Erklärung zu potenziellen Interessenkonflikten abgeben, sofern sie keine Familienangehörige als Betreuer vorschlagen.
- Die Informations- und Mitwirkungsrechte für Lebenspartner, Kinder und Geschwister sowie andere Personen aus dem sozialen Umfeld betreuter Personen müssen verbessert werden. Besser abgesichert werden muss auch der rechtliche Status von Angehörigen und Bevollmächtigten.

3.3 Kontrollrechte

Zum Schutz vor gesundheitlichem und wirtschaftlichem Schaden für Menschen mit Pflegebedarf sind Kontrollrechte nötig.

a) für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen

- Menschen mit Pflegebedarf müssen vor gesundheitlichen Schäden durch Medizinprodukte und unzumutbare Arzneimittel geschützt werden, weil die verbreitete unzulässige Zusammenarbeit von Herstellern, Sanitätshäusern, Apotheken und Ärzten mit Pflegeeinrichtungen, außerdem aber irreführende Werbebehauptungen und Marketingstrategien, sowie fragwürdige Bonusregelungen dazu führen, dass unzumutbare Behandlungen durchgeführt werden, die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schaden anrichten.
- Das System des „Sachleistungsanspruches“ bietet einen großen Spielraum für Betrug und Fehlverhalten. Menschen mit Pflegebedarf oder ihren Betreuern muss eine anonyme Meldemöglichkeit für falsch abgerechnete Leistungen ermöglicht werden. Nur so erhöht sich für die „schwarzen Schafe“ das Risiko, erwischt zu werden.
- Die wirtschaftliche Zuverlässigkeit und fachliche Qualität von Pflegediensten ist durch regelmäßige unangemeldete Kontrollen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu überprüfen. Es muss Sanktionen bei Fehlverhalten geben. Bei schweren Verstößen ist ein Verbot für das weitere Betreiben der Pflegeeinrichtung auszusprechen. Ein deutschlandweites Register über wirtschaftlich unzuverlässige Pflegeeinrichtungen ist nötig, um Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen vor wirtschaftlichem Schaden zu schützen.
- Zulassungen dürfen nur bedarfsgerecht erfolgen und die Zulassungskriterien für Pflegeeinrichtungen und deren Einhaltung müssen besser kontrolliert werden.
- Freiwirtschaftlich tätige Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen preisen für Patienten, die kurzfristig bettlägerig oder ständig pflegebedürftig sind, das „clinic home care management“ („Alles aus einer Hand“) als beste Versorgungsform an. Bei der Beobachtung dieser Konzeption und ihrer Umsetzung sind tiefgreifende Folgen für Datenschutz, Persönlichkeitsrechte, Mitbestimmungsrechte, Patientenrechte u.ä. zu erwarten.

b) für Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen und deren Vertretungen

- Es ist zu prüfen, ob analog zu den Kammern für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Medizinberufe eine Pflegekammer geschaffen werden soll, die die Rechte und Pflichten von Anbietern von Pflegeleistungen, Leistungserbringern und Menschen mit Pflegebedarf allgemeingültig regelt.
- Schwerwiegende Eingriffe bei einwilligungsunfähigen Personen müssen umfassend dokumentiert und nach dem Vieraugenprinzip bewilligt werden.
- Eine anonyme Hotline und/ oder ein Ombudsmann-System sowie ein gesetzlicher Hinweisgeberschutz sind zu schaffen.

c) für Menschen, die unter Betreuung stehen

- Für die unter Betreuung Stehenden ist eine verbesserte Kontrolle durch die Öffentlichkeit erforderlich. Dazu muss in diesem Sektor mehr Transparenz

geschaffen werden. Wie kommt es zum Vorschlag und Einsatz bestimmter Betreuer? Zu welchen Themen und in welchem Umfang werden Betreuer verpflichtend geschult? Wie wird die Kontrolle unabhängig von der Einsetzung der Betreuung organisiert und gewährleistet? Wie stellt sich die jährliche Bilanz der Bekämpfung von Betreuungsmissbrauch dar?

- In den Amtsgerichtsbezirken sind Register für Berufsbetreuer sowie Datenbanken zum amtsgerichtsübergreifenden Abgleich der berufsbetreuerbezogenen Fallzahlen, aber auch zu Beschwerden und Verstößen einzurichten.
- Berufsbetreuer dürfen nur eine begrenzte Zahl von Fällen übernehmen, um dem Einzelfall gerecht werden zu können. Hierzu erscheint eine Deckelung der maximalen Fallzahl pro Betreuer geboten. Den in den Amtsgerichten tätigen Rechtspflegern muss Fachwissen und Methodik zur Erkennung von Betrug und Korruption systematisch vermittelt werden. Berufsbetreuer sind nach dem Verpflichtungsgesetz zu verpflichten. Die Verpflichtung würde dann dazu führen, dass im Falle eines Verstoßes ein höheres Strafmaß angewendet wird.
- Zur Analyse der Risikobereiche im Ablauf rechtlicher Betreuungen müssen Fachleute aus dem Bereich Korruptionsprävention zusammen mit Praktikern aus der Betreuung einen aussagefähigen Katalog erarbeiten. Sie müssen zunächst typische Risiken definieren. Derartige Bereiche können z. B. sein: Wohnungsauflösung, Verkauf von Immobilien, Verkauf von Wertgegenständen, Auflösung oder Verkauf eines Erwerbsbetriebs, Wahl eines Pflegedienstleisters, Geldanlage, Bestimmung von Forderungen und Verbindlichkeiten, Forderungseinzug, Abschluss von Darlehensverträgen, Verträgen mit Angehörigen sowie Kostenerstattungen für Einkäufe und Dienstleistungen, sofern sie Bagatellgrößen überschreiten. Für die so identifizierten Risikobereiche sind die relevanten Schritte in den Betreuungen genauer zu dokumentieren. Hierfür sind Regularien auszuarbeiten, die zu den einzelnen Risikobereichen Dokumentationsvorgaben machen und die verpflichtend werden. Erst dann wird eine qualifizierte Aufsicht und Kontrolle von Betreuungen möglich.
- Das Feld Betreuungskriminalität muss systematisch aufgearbeitet werden. Verstärkt und verstetigt werden muss eine fundierte Erforschung von Deliktbildern, Täterstrategien, Kontexten und Begehungsformen der Betreuungskriminalität. Notwendig erscheint die Einrichtung eines Kompetenzzentrums, welches den Behörden auf Bundes- und Länderebene berichtet und das für Berufsgruppen, die in eine Präventivstrategie einbezogen werden können, Information und Schulung anbietet. Auf regionaler Ebene ist der Aufbau von Netzwerken zur Prävention von Kriminalität und Korruption in der rechtlichen Betreuung zu fördern.

3.4 Vertretungsrechte

Menschen mit Pflegebedarf und unter Betreuung stehende Menschen und ihre Angehörigen sind als einzelne zu schwach, um ihre Interessen gegenüber den Anbietern von Waren und Dienstleistungen zu vertreten. Diese Schwäche gilt auch für die Beschäftigten im Pflegesektor. Deshalb müssen ihre Rechte gestärkt und zum

Beispiel Verbandsklagerechte zur Vertretung der Einzelinteressen geschaffen oder ausgebaut werden.

- Die staatsanwaltschaftlichen Kompetenzen auf dem Gebiet des Sozialrechts sind zu stärken und auszubauen. Die Schwerpunktstaatsanwaltschaften zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen müssen den Sektoren Pflege und Betreuung verstärkt Aufmerksamkeit schenken.
- Heimverträge der Bewohnerinnen und Bewohner müssen von den Verbraucherverbänden, der Unabhängigen Patientenberatung oder ähnlichen Organisationen im Wege der Verbandsklage kontrolliert werden können, um zwischen den vertragschließenden Parteien Waffengleichheit herzustellen. Die Heimbewohnerinnen und Bewohner müssen über dieses Recht bei Vertragsabschluss aufgeklärt werden.
- Die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ sollen seit 2004 nach § 47a SGB XI auch Leistungserbringer und Warenanbieter im Pflegebereich erfassen. Die drei vorliegenden Berichte für den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages weisen bisher keinen einzigen Fall aus. Diese Berichte müssen veröffentlicht, kritisch überprüft und weiter entwickelt werden.
- Die Rechte und Pflichten der Beschäftigten im Pflegesektor und deren Vertretung, desgleichen das Berufsbild „Pflege“ und die Verpflichtung zur Weiterbildung müssen bundesweit einheitlich geregelt werden. Gleiches gilt für die Sanktionierung von Fehlverhalten.

Anlage 1: Fragenkatalog für Menschen, die plötzlich mit einer Pflegebetroffenheit konfrontiert werden

Pflege-Betroffenheit kann Angehörige auf zwei unterschiedliche Weisen treffen: a) als Akutsituation aufgrund einer Spontanerkrankung, beispielsweise einem Infarkt, b) als langsam ansteigende Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit im Alter, die in der umfassenden 24-Stunden-Pflege und Betreuung mündet. In beiden Fällen haben sich Angehörige oder Betroffene vor dem Eintreten des Bedarfsfalles in aller Regel nicht mit dem Thema Pflege beschäftigt und stehen plötzlich vor einer Flut von Fragen und Herausforderungen. An erster Stelle steht der Wunsch nach einer Übersicht über alle zu klärenden persönlichen und praktisch-organisatorischen, darüber hinaus aber auch medizinischen, rechtlichen und finanziellen Fragen. Eine solche für alle Fälle gültige Information und Übersicht gibt es nicht. Infolgedessen sind pflegende Angehörige im Dschungel des Sozialstaates zunächst orientierungslos. Die erste Person oder Organisation, die sie fragen können - sei dies ein Nachbar oder eine Freundin, ein Arzt, ein Krankenhaus, eine Reha-Einrichtung oder der Notarzt - markiert und bestimmt den Weg der weiteren Suche.

1. Welche Rolle habe ich?

- Wer soll helfen außer mir, bin ich pflegender Angehöriger?
- Welche rechtliche Stellung habe ich als Angehöriger und als Menschen mit Pflegebedarf?
- Gelte ich auch als Angehöriger, wenn ich „nur“ befreundet, aber die einzige Person bin, zu der der Mensch mit Pflegebedarf Kontakt und Vertrauen hat?

2. Inwieweit bin ich zuständig für die Regelung...

- medizinischer Angelegenheiten?
- Wo ist der richtige Arzt, wo das richtige Krankenhaus? Wie kann ich den zu Pflegenden einer Diagnose zuführen?
- Habe ich als Angehöriger ein Recht auf Auskunft? Welche Leistungen werden von welcher Kasse übernommen, wie ist mein Angehöriger überhaupt versichert?
- Haben wir ein Recht auf Hausbesuche?

- Wie steht es mit der ärztlichen Versorgung im Heim? Ist diese im Heimentgelt enthalten oder muss ich mich als Angehöriger um ärztliche Versorgung im Heim kümmern?
- Habe ich Einfluss auf die Gabe von Medikamenten?

3. Wer übernimmt die hauswirtschaftlichen Angelegenheiten?

- Wer kauft ein? Wer kocht? Wer putzt? Wer sorgt für die Wäsche? Muss ich das als Tochter/Ehepartner/Angehöriger tun?
- Ich wohne als Angehörige weit weg, an wen wende ich mich, um die Versorgung meines Angehörigen zu organisieren?

4. Wie sind die Regelungen bei häuslicher Pflege?

- Mein Angehöriger wird aus dem Krankenhaus entlassen, kann sich aber noch nicht selbst versorgen. Wer organisiert das Notwendige? Wer kommt für die Kosten auf?
- Wer organisiert einen Pflegedienst, wo ist der nächstgelegene? Wie kann ich beurteilen, ob der Dienst gut arbeitet?
- Kommt der Pflegedienst zu den Zeiten, zu denen er benötigt wird? Sollen wir eine 24 Stunden Pflegekraft anstellen?
- Wer bezahlt einen Rollstuhl, wer Pflegehilfsmittel? Was steht uns überhaupt zu?

5. Wie sind die rechtlichen Angelegenheiten geregelt?

- Ich stelle fest, mein Angehöriger kann seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln. Was tun?
- Mein Angehöriger wohnt weiter entfernt, wer übernimmt die Betreuung? Wen frage ich?
- Mein demenzkranker Angehöriger fährt noch Auto, was kann ich tun?
- Bin ich verantwortlich wenn etwas passiert?
- Mein Angehöriger findet oft nicht mehr nach Hause, bin ich verantwortlich? An wen wende ich mich?

6. Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?

- Wo kann ich nachlesen, wer für was aufkommt?
- Bekommt mein Angehöriger Rente? Wie und wo beantrage ich sie?
- Wie sollen wir einen Heimaufenthalt finanzieren?
- Bekommen wir Geld von der Pflegeversicherung?

- Kann ich das Geld der Pflegeversicherung selbst behalten, wenn ich die ganze Arbeit mache?
- Wie kann ich sicherstellen, dass das laufende Kostenmanagement zuverlässig erledigt wird? Darf ich stellvertretend die Steuererklärung machen?
- Wie viel Geld steht mir zu, wenn ich zu Hause übergangsweise oder andauernd Pflege- und Sorgearbeit leiste?

7. Wer kümmert sich um alle bürokratischen Angelegenheiten?

- Ein neuer Pass für meinen Angehörigen ist fällig, kann ich den beantragen?
- Ich habe etwas von Tagespflege gehört, wo kann ich die beantragen, welche ist geeignet?
- Ich muss selbst ins Krankenhaus, wo ist eine Kurzzeitpflege?
- Wie kann eine Wohnung pflegegerecht umgebaut werden? Wer bezahlt dafür?

8. Wer ist in familiären Angelegenheiten und solchen der beruflichen, schulischen und gesellschaftlichen Anbindung verantwortlich?

- Gibt es eine rechtliche Verpflichtung? Wer bezahlt gegebenenfalls für meinen Lebensunterhalt?
- Wie kann ich dafür sorgen, dass mein Angehöriger den Kontakt zu seinen Freunden und Bekannten nicht verliert?
- Wer kommt finanziell für einen Fahrdienst auf?
- Mein Angehöriger kann zeitweise oder andauernd nicht mehr seinem Beruf nachgehen, wie verhandle ich mit dem Arbeitgeber?
- Welche Schule ist für mein pflegeabhängiges Kind die richtige? Kostenträger? Fahrten hin und her?

Der Fragenkatalog erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.



Transparency Deutschland bekämpft Korruption in Wirtschaft, Staat und Zivilgesellschaft. Um unabhängig und wirkungsvoll arbeiten zu können, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Förderbeitrag

Regelmäßige Förderbeiträge geben uns hohe Planungssicherheit und stärken unsere Unabhängigkeit. Wir informieren Sie regelmäßig über unsere Arbeit.

Spende

Einzelne Spenden ermöglichen uns, Projekte durchzuführen, die sonst nicht möglich wären. Auch der Druck dieses Berichts gehört dazu.

Transparency International Deutschland e.V.
Spendenkonto:
GLS Bank
Konto: 11 46 00 37 00
BLZ: 430 609 67
IBAN: DE77 4306 0967 1146 0037 00
BIC: GENO DE M 1 GLS



Die Koalition gegen Korruption.

Verfasserinnen:
Barbara Stolterfoht, Dr. Anke Martiny

Unter Mitwirkung von:
Bertram Abel, Brigitte Bührlen, Helga Ebel, Reinhard Leopold, Dina Michels, Prof. Dr. Peter Schönhöfer

Transparency International Deutschland e.V.
Geschäftsstelle
Alte Schönhauser Straße 44
10119 Berlin
Telefon: 030 - 54 98 98 - 0
Telefax: 030 - 54 98 98 - 22
office@transparency.de
www.transparency.de

Juli 2013

Zweite, überarbeitete Auflage
ISBN: 978-3-944827-01-08

Gestaltung Umschlag: Julia Bartsch, Berlin

Papier: Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Druck: G.R.I.M.M. CopyPlot&Digidruck GmbH



Die von Transparency Deutschland genutzte Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 legt fest, dass die Vervielfältigung und Verbreitung nur dann erlaubt wird, wenn der Name der Autorin/des Autors genannt wird, wenn die Verwendung nicht für kommerzielle Zwecke erfolgt und wenn keine Bearbeitung, Abwandlung oder Veränderung erfolgt.