

# Medikamente als freiheitsentziehende Maßnahmen

Voraussetzungen, Verlaufsformen, Ursachen

**22. Jahrestagung der Betreuungsbehörden/-stellen**

**Erkner, 08. Mai 2018**

Uwe Brucker, MDS, Essen

# Das dürfen Sie erwarten

- Freiheitsentziehung : Voraussetzungen des § 1906 Abs. 4 BGB
- Mechanische und medikamentöse Mittel
- Zu Gründen, warum Pflege fixiert
- Wirksamkeitsvoraussetzungen zur Medigabe
- Behandlungsrecht: Aufklärung des Patienten und seine Einwilligung
- Der Medikationsplan nach § 31a SGB V
- Strukturelle Gewalt: wie ökonomischen Faktoren sich auf den Personaleinsatz und dieser sich auf den Medikamenteneinsatz auswirken können; am Beispiel des Nachtdienstes im Pflegeheim

# Voraussetzungen von § 1906 Abs.4 BGB allgemein

Wer durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente, oder auf andere Weise gegen seinen natürlichen Willen ... gehindert wird, seinen Aufenthaltsort zu verlassen und er diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann.

Der Begriff der Freiheitsentziehung erfordert nicht die Feststellung eines konkreten Willens des Betreuten, seinen Aufenthaltsort aktuell zu wechseln. Entscheidend ist, dass der Betreute sich aufgrund der Maßnahmen nicht körperlich bewegen könnte, wenn er es will.

Wer sich überhaupt nicht mehr willkürlich fortbewegen kann (z.B. Komapatient), besitzt keine Bewegungsfreiheit mehr, die ihm entzogen werden kann. Demzufolge sind bei solchen Patienten die Maßnahmen weder vom Betreuer noch vom Vormundschaftsgericht zu genehmigen.

Fraglich ist hier jedoch die Erforderlichkeit & Geeignetheit.

---

# Technische Hindernisse zum Verlassen der Station, Heim

- Bettseitenteile und Gurtsysteme
- Abschließen der Zimmertür des Bewohners
- Verhindern des Verlassens der Einrichtung oder der Station durch komplizierte Schließmechanismen (z.B. Trickschlösser oder Zahlenkombinationen)
- hoch angebrachte Türgriffe, Drehknaufe
- Verstecken der Tür in Schrank oder Tapete
- Aber auch: Wegnahme der Schuhe, Handtasche etc.

# Entwicklung der FEM 1998-2015 (eigene Berechnungen auf Grund von Zahlen des BA für Justiz)

## Verhältnis Genehmigungen: Ablehnungen durch AG

	1998	2002	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	Veränderungen 2010-2015	Vergleich 2013- 2015
Beantragte Verfahren FEM	40.340	71.914	98.319	103.578	106.021	96.788	93.753	84.348	66.489	Weniger Anträge - 37,29 %	21,2 % Rückgang
Davon genehmigte FEM	38.849	66.888	91.825	96.062	98.119	89.074	85.132	75.727	59.945	Weniger Genehmigungen -38,9 %	20,84 % Rückgang
Davon abgelehnte FEM	1.491	5.026	6.494	7.516	7.902	7.714	8.621	8.368	6.544	+ 17,19 %	
Ablehnungsquote	3,7	7,0	6,6	7,26	7,45	7,97	9,2%	9,92%	9,84%	+ 3-fache	

---

# Psychotrope Medigabe. Zulässigkeitsvoraussetzungen

Jede Heilbehandlung, muss

- therapeutisch indiziert sein,
- lege artis durchgeführt werden sowie
- unter „informed consent“ der zu behandelnden einsichts- und urteilsfähigen Person oder (im Falle ihrer mangelnden Einwilligungsfähigkeit:)  
→ ihres Vertreters erfolgen

# Freiheitsentziehende Medikation: gerichtliche Genehmigungsverfahren für Medikamente gibt es so gut wie gar nicht

→ Zentrum für Sozialpolitik in Bremen (2012): ca 240.000 Demenzkranke werden zu Unrecht mit Psychopharmaka behandelt

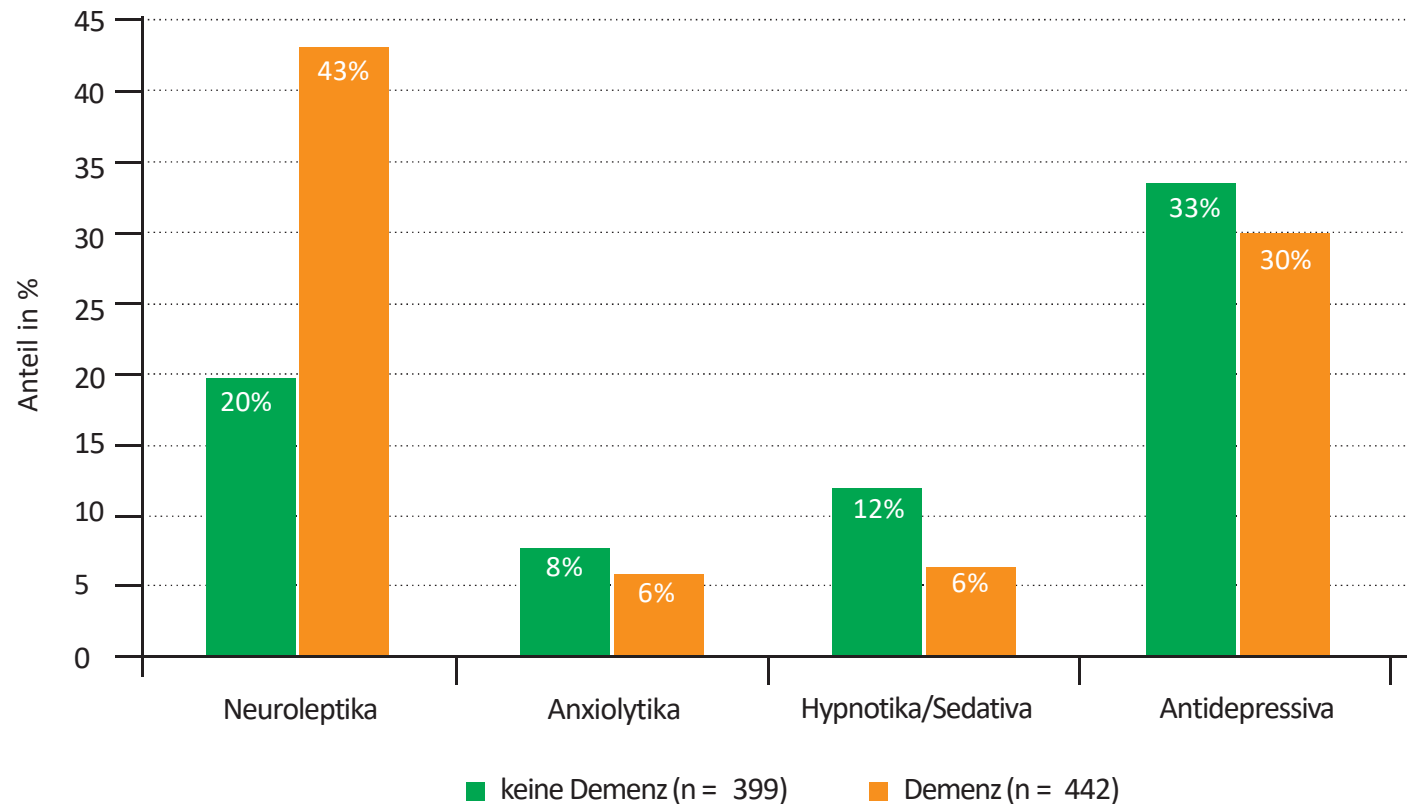
→ Prof. Hirsch Bonn: 60 v.H. der Heimbewohner werden mit Neuroleptika ruhig gestellt

→ In Österreich: 25 % der ca. 24.000 jährlichen Beschränkungsmeldungen sind auf Medikamente bezogen

→ Von bundesweit 1,1 Millionen Demenzpatienten werden knapp 360.000 mit Neuroleptika behandelt. Studien im Auftrag des britischen Department of Health besagen: in zwei von drei Fällen wurden die Medikamente zu Unrecht verordnet und lassen sich durch eine bessere Betreuung der Betroffenen vermeiden. (Welt vom 25.03.2012)



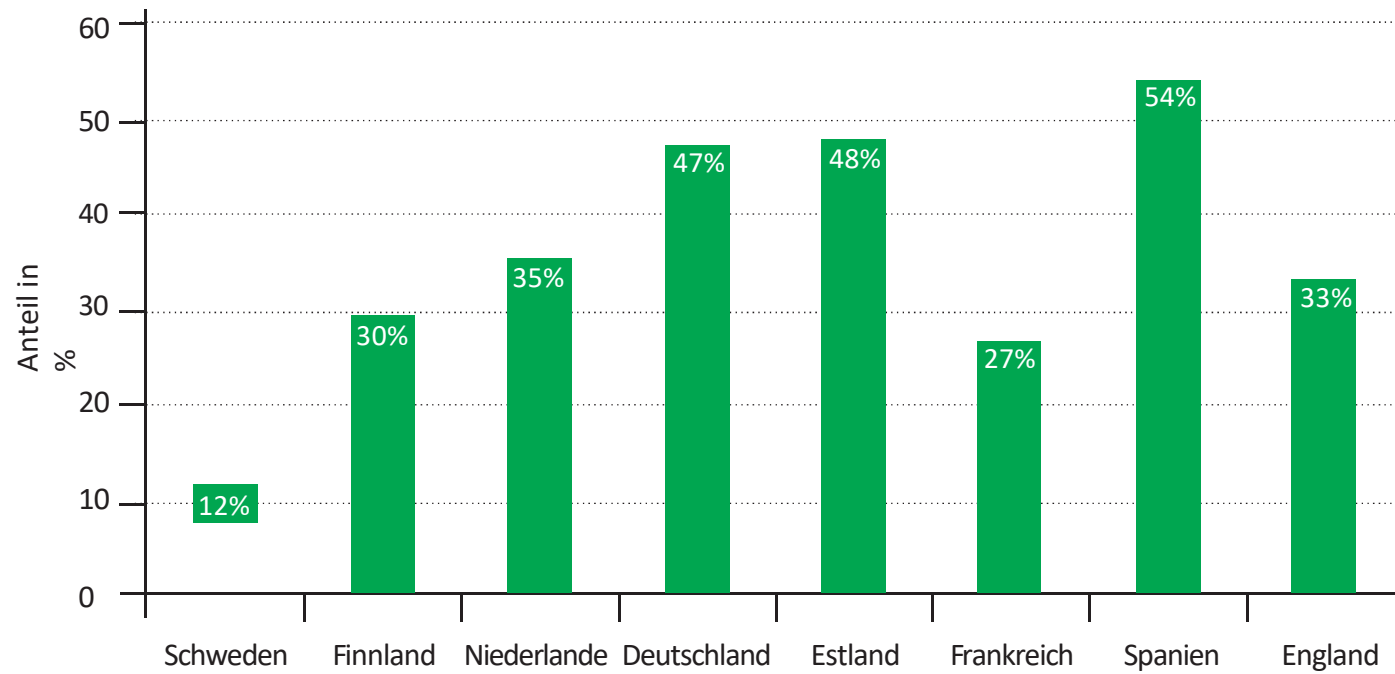
## Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen mit Dauermedikation von ...







## Anteil der Neuroleptika-Verordnungen bei Pflegebedürftigen mit Demenz in Europa



# Zur Erinnerung an die mechanischen Fixierungen

Den Akteuren fehlt es hinsichtlich psychotroper Medikamente an

- Unrechtsbewusstsein in Bezug auf strafbares Handeln mit Folgeproblemen
- Haftungsangst

Man zeigt sich schmerzfrei ggü. Stichworten wie

- Strafverfahren wegen Körperverletzung oder Freiheitsberaubung
- Haftungsfragen bei Nebenwirkungen
- Fachlichen und ethischen Fragen der Wirkungen psychotroper Medigabe

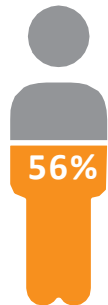


## Unkritischer Umgang mit hohen Psychopharmaka-Verordnungsraten

### Berichteter Einsatz

Psychopharmaka durch  
die Pflegekräfte:

von

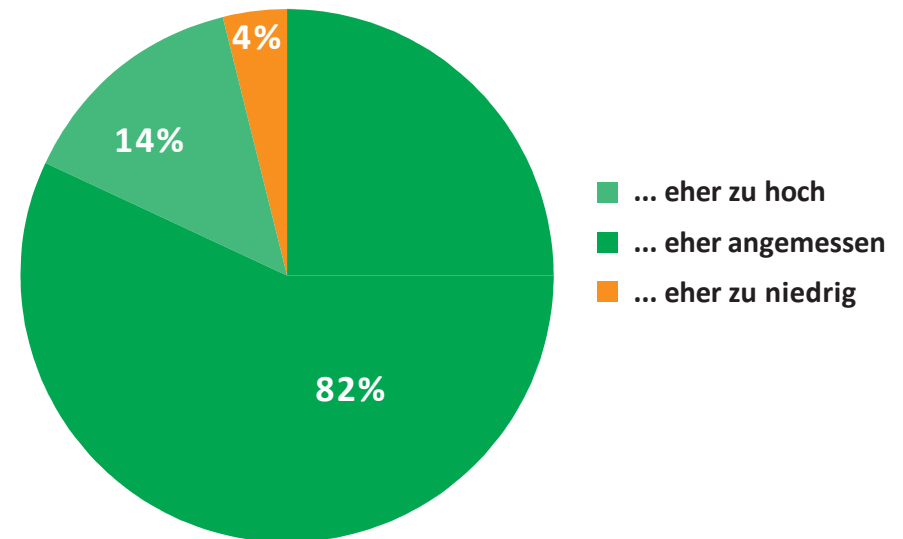


Bewohner mit Psycho-  
pharmaka-Verordnung  
(Antipsychotika, Anxiolytika,  
Hypnotika/Sedativa und  
Antidepressiva)



Verordnungsdauer  
länger als ein Jahr

Ich empfinde den Einsatz von  
Psychopharmaka bei Demenz  
in unserem Wohnbereich als...



→ Er hat keine verschlossene Außentür, keine Welt hinter Gitterstäben vor den Augen

→ Er ist massiv in seiner gesamten Eigen-Wahrnehmung eingeschränkt

→ Er hat durch das Medikament hervorgerufene gestörte, unwillkürliche Bewegungsabläufe, Bewegungsdrang und Schläfrigkeit und Schlaflosigkeit, und mitunter das Gefühl des „Einfrierens“ seiner Bewegungen; er wird dick vom Medikament.

→ Herr G. bemerkt, dass sein Gang langsam und schlurfend geworden ist

→ Sein Zittern im Ruhezustand irritiert ihn. Seine Speichelabsonderung wird stärker; das stört ihn bei Besuchen.

→ Er ist depressiv, wird schneller unaufmerksam, hat häufig Kopfschmerzen und Sehstörungen infolge des Medikaments

→ Er empfindet immer weniger Freude und Leid und sieht im Spiegel sein Gesicht als Maske, sein Gang empfindet er wie ein langsamer Roboter

Das sind alles Nebenwirkungen, die etwa jeder zehnte Patient dieser Medikamentengruppe (Neuroleptika) empfindet

# Medikamentöse Fixierung

Der Eingriff mittels medikamentöser Fixierung berührt nicht nur die Bewegungsfreiheit zur Aufenthaltsveränderung, sondern auch die körperliche Integrität.

Die Freiheitsentziehung begrenzt ihn nicht nur äußerlich; sie ergreift totalen Besitz von ihm: körperlich, emotional und seelisch.

# FEM durch Medigabe und das Behandlungsrecht

Freiheitsentziehung durch Medigabe: Erfüllt sein müssen:

1. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen des 1906 BGB für die Freiheitsentziehung
2. Die allgemeinen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung

Sie bedarf immer einer ärztlichen Indikation und regelmäßig der wirksamen Zustimmung des Patienten oder seines Vertreters nach Aufklärung.

## Der kleine Ausflug ins Behandlungsrecht

Für einen medizinischen Eingriff, eine Heilbehandlung oder Diagnostik ist erforderlich:

1. Indikation
2. Einwilligung
  - a. Information des Arztes
  - b. Aufklärung durch den Arzt
  - c. Einwilligung des aufgeklärten Patienten

# Die Einwilligung § 630d Absatz 1 BGB

Satz 1 BGB (Einwilligung)

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.

Satz 2 BGB:

Ist der Patient **einwilligungsunfähig**, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt.

Einwilligung des Betreuers bei psychotropen Medikamenten??

§ 630 e Absatz 5 BGB

Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 (= bei einwilligungsunfähigen Patienten) sind **die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern**, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 (Unaufschiebbarkeit) gilt entsprechend.

## Aus Stellungnahme der BÄK: Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung (2015)

Fragen des Arztes bei der Indikationsstellung:

1. Besteht Konsens über das Behandlungsziel (z.B. präventiv, kurativ, palliativ, rehabilitativ) mit dem Patienten aber auch mit den Kollegen?
2. Ist die geplante Maßnahme im Hinblick auf die individuelle Diagnose und Prognose ... geeignet, das Behandlungsziel zu erreichen?
3. Stehen Nutzen und Schadensrisiko der geplanten Maßnahmen in einem angemessenen Verhältnis zueinander?
4. Folgend aus 1-3: Wird dem Patienten die Durchführung der Maßnahme empfohlen; verhält sich der Arzt bei der Aufklärung neutral und /oder wird dem Patienten eine alternative Maßnahme empfohlen?

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn\\_Medizinische\\_Indikationsstellung\\_und\\_Oekonomisierung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf)

„Ärzte .. dürfen ... keine Weisungen von Nichtärzten entgegen nehmen oder nichtmedizinische Ziele als handlungsleitend akzeptieren. Die medizinische Indikation ist ... ausschließlich am Wohl des Patienten orientiert...“ (Quelle: s.o.)



# Thesen des Werdenfelser Wegs

**These:** Medikamente sind dann eine Freiheitsentziehung, wenn ohne

- präventive,
- palliative,
- kurative oder
- rehabilitative Zwecksetzung

gezielt die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt wird.

**These :** Beschränkt sich der therapeutische Zweck (ohne präventive, kurative, palliative oder rehabilitative Zwecksetzung) auf eine reine Symptomkontrolle, so muss konkret hinterfragt werden, ob das zu kontrollierende Symptom im Bewegungsdrang und körperlicher Unruhe des Patienten (und somit mit Bezug zu seiner Fähigkeit zur Aufenthaltsänderung) besteht.

# Thesen „des Werdenfelser Wegs“

**These :** Indiz: die medikamentöse Behandlung stellt eine Alternative zu einer anderen Art von Freiheitsentziehung dar, wie z. B. mechanischen Fixierungen, bzw. wird ergänzend dazu angeordnet.

**These :** Oft lässt sich aus „Problemschilderung“ zur Medigabe, ablesen, ob es dabei um die Kontrolle von Symptomen geht oder um andere (therapeutische) Zielsetzungen. Im Vordergrund steht in der Regel nicht der Leidensdruck des Betroffenen, sondern der des Umfelds.

# Was macht der Werdenfelser Weg zum Thema?

Anspruch auf einen Medikationsplan:

## § 31a SGB V: Medikationsplan

Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt

# Der Medikationsplan nach § 31 a SGB V

Der Medikationsplan enthält möglichst sämtliche verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dazu werden v.a. aufgeführt:

- der Wirkstoff,
- die Dosierung,
- der Einnahmegrund.

Den Medikationsplan **erstellt i.d.R. der Hausarzt**. Er ist zum Ausstellen von Medikationsplänen verpflichtet. Haben Patienten keinen Hausarzt, sind auch Fachärzte verpflichtet, einen Medikationsplan auszustellen.

Die Verantwortung für die verschriebenen Arzneimittel liegt unverändert beim jeweils verschreibenden Arzt.

Der Arzt, der den Medikationsplan erstellt hat, ist auch zur Aktualisierung verpflichtet.

Auf Wunsch des Patienten können auch Apotheker den Plan aktualisieren.

# Die Gründe dafür

- Stärkung der Verantwortung der Betreuer.
- Bewusstsein schaffen: der Betreuer trifft bewusste, weil informierte Entscheidungen
- Bewusstsein schaffen: freiheitsentziehende Medikation unterliegt einem zusätzlichen Entscheidungsprozess im gerichtlichen Verfahren
- Minimierung der Gefahren der Polypharmazie und schädlicher Nebenwirkungen durch Verantwortung des Hausarztes bei Überblick über die Gesamtmedikation

Hinweis auf die Expertise de Apothekers bei Polymedikation

---

# Die Freiheitsentziehung durch Medikation ist u.a. gekennzeichnet durch

- Die Medikation erfolgt nicht innerhalb eines Therapieplanes
- Und wenn: Abwägung von erwartbarem therapeutischem Erfolg und dem möglichen Schaden für den Patienten??
- In Deutschland ausgeblendet: Zusammenhang von Personaleinsatz (quantitativ und qualitativ), Pflegebedarf und Medikation von psychotropen Arzneimitteln in der Langzeitpflege v.a. im Nachtdienst.

---

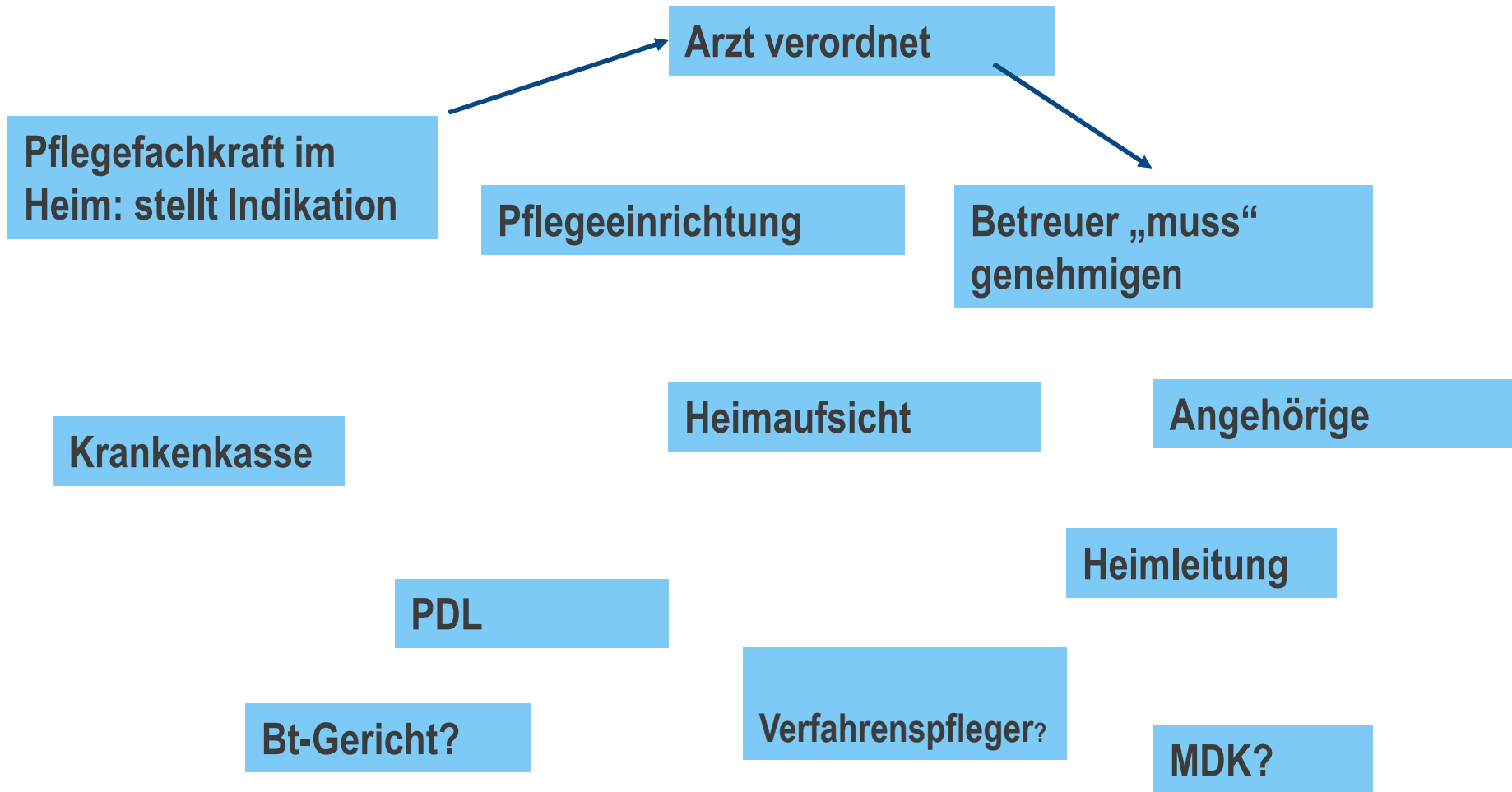
# Personaleinsatz (quantitativ und qualitativ), Pflegebedarf und Medikation

- Heimbewohner sind pflegeabhängig, multimorbid, viele Palliativpatienten
- Der zeitliche Pflege- und Betreuungsbedarf ist deutlich höher als bei immobilen (sog. bettlägerigen) Patienten
- Der unbestrittene Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen → hohe Belastung der Pflegenden,

V.a. forderndes Verhalten → bedarf fachlicher Kompetenz

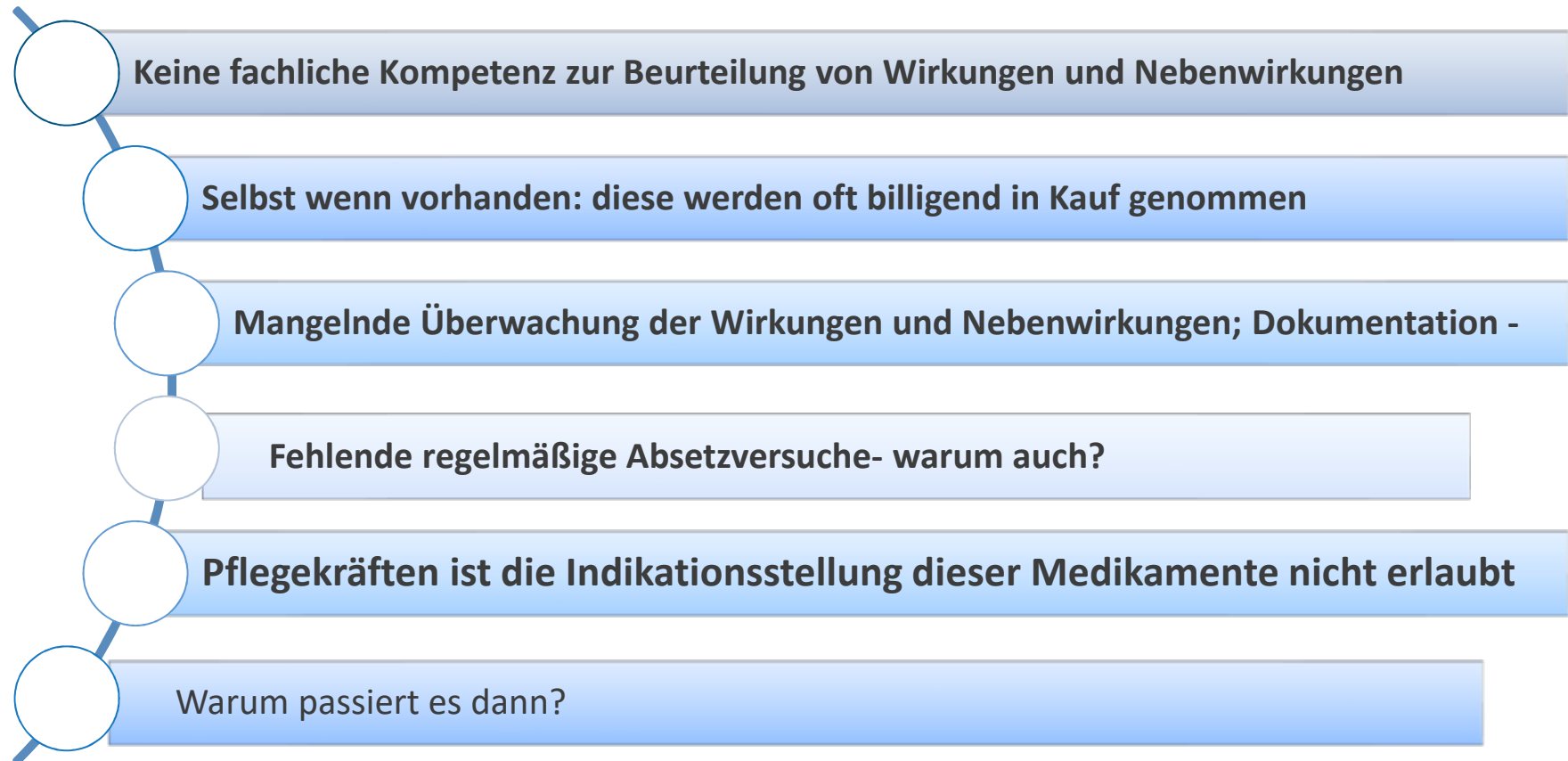
Hier kommen oft psychotrope Medikamente zum Einsatz

# Beteiligte Akteure





# Problem Indikationsstellung zur Verordnung psychotroper Medikamente durch Pflegende



# Ursachen für die Indikationsstellung

**Ärzte** nehmen ihre Verantwortung im Heim nicht immer suffizient wahr und nehmen eine de-facto Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegende vor

Seitens der **Pflegenden**:

Ein vielschichtiges Ursachenbündel:

-stark veränderte Bewohner: > 70% PEA

- PEA brauchen Langsamkeit
- PEA brauchen Ruhe und Gelassenheit
- Zeitdruck bei Demenz → Eskalation →
- Forderndem Verhalten = Form von Kommunikation: unbefriedigte Bedürfnisse wie Unbehagen, Schmerz, Hunger, Durst
- MmD als „Störer“
- Dementisch= viel nonverbale Kommunikation
- Aber: Kaum gerontopsychiatrische Qualifikation, dafür § 43 b SGB XI-Kräfte
- 43 b-Kräfte im Dienstplan Grundpflege

---

# Keine Zeit für Zuwendung und Aufmerksamkeit in der Pflege von MmD

„Störung“ wird mit psychotropen Medikamenten ausgeschaltet D. Deufert (2009)  
Ruhe für die Abläufe in den Wohnbereichen wird hergestellt: man braucht weniger Personal: Pille ersetzt Beziehung (Hirsch 2012)

Es gibt Rspr. dazu in Österreich:

FEM auch, wenn Medigabe, um Pflege zu erleichtern oder um Ruhe auf Station herzustellen (LG Wels zu 21 R 253/07s vom 25.7.2007)

Ein anderer Aspekt wird von der österreichischen Rechtsprechung aufgegriffen:

Der individuelle Schlaf des zu Pflegenden

# Projekt der Heimaufsichtsbehörde München (2013)

- Problem der Bedarfsmedikation: 10 % der Bewohner;
- 74% abends; 2/3 nachts
- Psychopharmaka nachts: Schlaf, Angst, pauschal „Unruhe“ wird behandelt

## Ergebnisse:

- „zu schnell und zu viel Psychopharmaka“
- „Verdacht liege nahe, dass Heime ihren Personalmangel mit Medikamenten kompensieren“(Süddeutsche Zeitung vom 28.6.2013)

# Der Schlaf des zu Pflegenden wird medikamentös beeinflusst

**Beginn** der Bettruhe im Pflegeheim: 19 Uhr

**Ende** der Bettruhe im Pflegeheim: 7 Uhr

Schlafbedürfnis eines hochaltrigen Menschen: ca. 6 Stunden

d.h. nach Mitternacht sind viele ausgeschlafen, werden unruhig, wollen aufstehen: »»»» Bedarfsmedigabe ?

Sturzhäufigkeit und Zeiten: früher Nachmittag und nach Mitternacht

Personaldichte im Nachtdienst: 1: 50 und deutlich schlechter

## Studie aus Norwegen (Huseboe 2003)

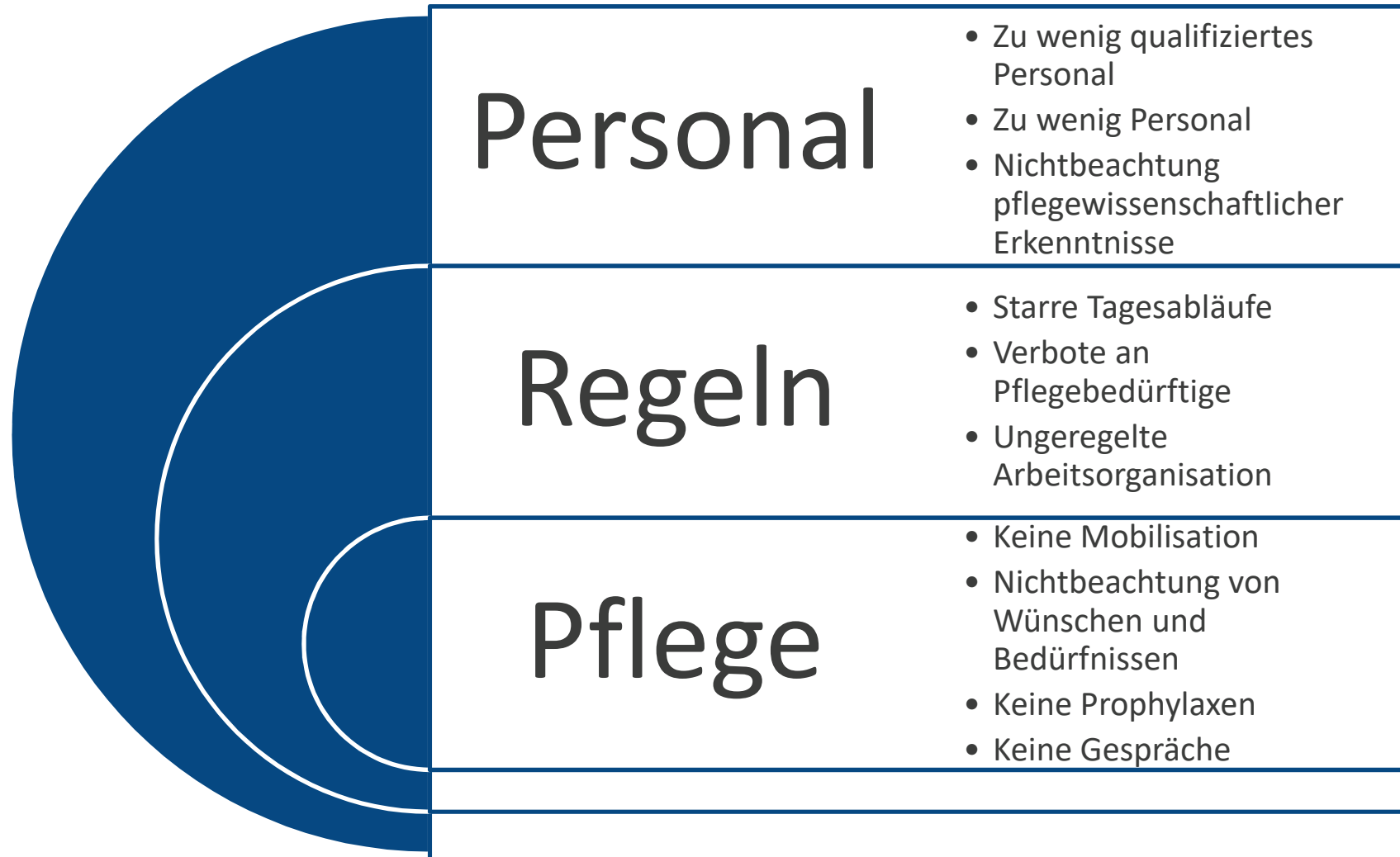
Meldepflicht für Stürze von Heimbewohnern

Zusammenhang von Schlafmittel und Stürzen:

Folge der Untersuchung:

- »»»▶ drastische Reduktion von Psychopharmaka und Erhöhung der Betreuungsintensität und Zuwendung nachts führten zu
- »»»▶ signifikante Reduzierung von Stürzen
- »»»▶ deutlicher Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten der Bewohner
- »»»▶ Erhöhung des Wohlbefindens

# Formen institutioneller Gewalt



# Die Idee des Gesetzgebers von 1993 bis heute

## § 4 Abs. 2 SGB XI.

- Pflegeversicherung ergänzt die Hilfe der Familie, Nachbarschaft und Ehrenamt (ambulant und teilstationär)
- Pflegeversicherung entlastet die Familie etc. bei Pflege im Heim
- „Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Vollversorgung der Pflegebedürftigen weder angestrebt noch erreicht.“ (BtDrucksache 12/5262)
- „Im ambulanten Bereich obliegt es den Versicherten, einen durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckten Pflege- und Betreuungsbedarf selbst sicherzustellen.“ (BtDrucksache 12/5262)
- Anders formuliert: die Verantwortung zur praktischen Erbringung der Pflege und deren Bezahlung ist ein privates Problem der Familie; sie bekommt einen „Zuschuß“ aus der Pflegeversicherung



# Wahlrecht der Pflegeleistungen

- Wer private Familienpflege nicht erbringen kann oder will, kauft Pflege bei professionellen Diensten und Pflegeeinrichtungen. Sachleistungen der Pflegeversicherung betragen stationär max. 2005 Euro im Monat (1995 € ambulant); ggf. Kombination von Geld- und Sachleistung
- „...angesichts veränderter Familienstrukturen – weniger Kinder und räumliche Entfernungen – sowie der steigenden Erwerbsbeteiligung der Frauen, kann eine Pflege durch Familienangehörige vielfach nicht mehr in dem Umfang geleistet werden, wie es früher der Fall war.“ Sozialbericht NRW 2016. Armuts- und Reichtumsbericht S. 392

# Was wird beim Versicherten durch die Pflegeversicherung „ergänzt“ ? Rente und Vermögen

→ Die Rente: Die Durchschnittsrente als Mittelwert aller ausbezahlten Rentenbezüge betrug 2015

In den alten Bundesländern:

➤ für Männer rund 1.013 Euro und für Frauen 591,- Euro monatlich.

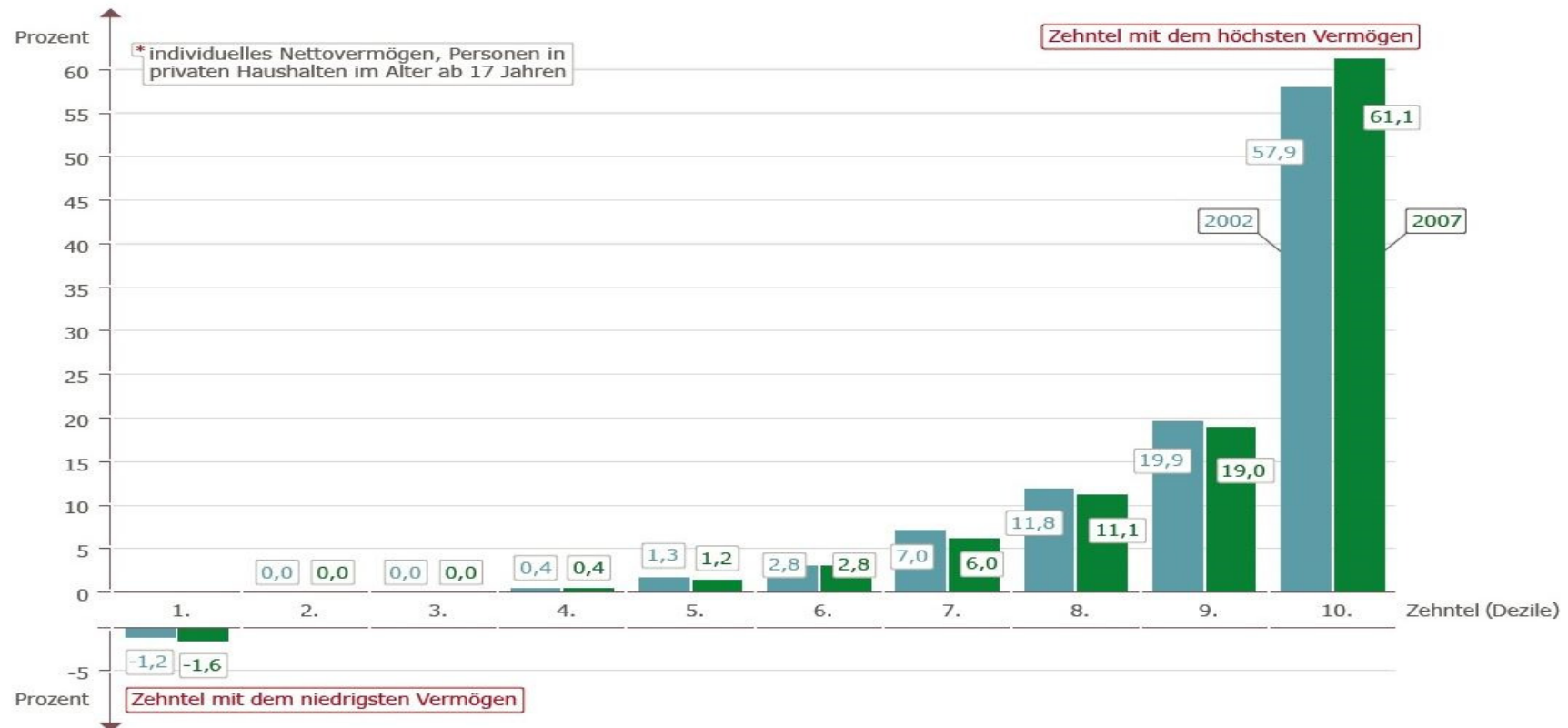
In den neuen Bundesländern:

➤ Für Frauen 840 Euro und für Männer lag die Rente bei 1071 Euro

# Pflege kann auch aus dem Vermögen finanziert werden

## Vermögensverteilung

Erwachsene Bevölkerung nach Zehnteln (Dezile), Anteile am Gesamtvermögen in Prozent, 2002 und 2007\*



Quelle: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin  
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de  
Bundeszentrale für politische Bildung, 2013, www.bpb.de



Seite 50

# Vermögen

- DIW (2011) mit Daten zu besonders hohen Vermögen: das Top 10 % besaß 2007 zwei Drittel des Gesamtvermögens,
- die reichsten 0,1 % (weniger als 70.000 Personen) besaßen fast ein Viertel des Gesamtvermögens. Diese weniger als 70.000 Personen besaßen gemeinsam etwa 16-mal so viel wie die Hälfte der Personen ab 17 Jahre (etwa 35.000.000).
- Die Top 0,5 % (etwa 350.000 Personen) besaßen gemeinsam etwa so viel Vermögen wie die unteren 90 % (etwa 63.000.000 Personen).
- Der Gini-Index liegt nach dieser Berechnung des DIW für das Jahr 2007 bei 0,8097

Aus:[https://de.wikipedia.org/wiki/Verm%C3%B6gensverteilung\\_in\\_Deutschland](https://de.wikipedia.org/wiki/Verm%C3%B6gensverteilung_in_Deutschland)

# Von was Pflegebedürftig die Pflege bezahlen, die nicht von der Pflegeversicherung abgedeckt ist

→ Auf der Grundlage des verfügbaren Nettoäquivalenzeinkommens verfügte mit 14 % im früheren Bundesgebiet und 12 % in den neuen Ländern ein nicht unerheblicher Teil der Pflegebedürftigen, wenn man die Leistungen der Pflegeversicherung unberücksichtigt lässt, über weniger als 1 000 DM. Weitere 25 % der Pflegehaushalte in den alten sowie 31 % in den neuen Ländern haben ein Nettoäquivalenzeinkommen zwischen 1 000 und 1 500 DM

Bundestags Drucksache 14/5990 vom 08. 05. 2001: Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht

# Die Idee des Gesetzgebers von 1993 bis heute

## § 4 Abs. 2 SGB XI

- Die Pflegeversicherung ergänzt die Hilfe der Familie, Nachbarschaft und Ehrenamt (ambulant und teilstationär)
- Die Pflegeversicherung entlastet die Familie etc. bei Pflege im Heim

Anders formuliert: die Verantwortung zur praktischen Erbringung der Pflege und deren Bezahlung ist ein privates Problem der Familie; sie bekommt einen „Zuschuß“ aus der Pflegeversicherung

- Bei Pflegebedürftigkeit besteht ein Wahlrecht:  
Geldleistung (max. 901 Euro) oder: Familie pflegt selbst  
Sachleistung (max. 1995 Euro) Familie lässt pflegen und zahlt zu

# Die politische Ökonomie der Altenpflege erklärt viele der „Herausforderungen“

- 1993: Pflegeversicherung läutet Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Altenpflege ein:
- Bis 1993: Steuerfinanzierung der stationären Pflege; Kameralistik
- Aufgabenerledigung als subsidiäre Staatsaufgabe v.a. durch Freie Wohlfahrt
- Aufgabenwahrnehmung des Sozialstaates (Sozialhilfeträger) wird umgewandelt in ein Geschäftsfeld Pflege mit neuer Einnahmequelle (SGB XI)
- Sozialstaatliche Entlastung, in dem die Aufgabe privatisiert und weiter mit öffentlichen Geldern finanziert wird (Pflegekasse, Selbstzahler, Sozialhilfe)
- Stichwort Refinanzierung: von der Kameralistik (alt) zu „BWL“ (neu)

# Kostensenkungsprogramm in der Altenpflege

- Ziel 1: Plafondierung = Deckelung der Leistungsausgaben
- Folge: bei gleich bleibenden Einnahmen muss der Träger regelmäßig an der Kostenschraube drehen, will er weiter schwarze Zahlen erwirtschaften
- Ziel 2: Verbilligung der Pflege durch „Abruf der Wirtschaftlichkeitsreserven“  
Verwaltungskosten großer Pflegekonzerne?
- Standard Pflegesatz-Modell: „...sieht die Einführung bundesweit einheitlicher Pflegesätze vor, die jedoch um etwa 25 bis 30 unter den gegenwärtigen...Sätzen, liegen.“ (BtDrucksache 13/8278 vom 23.7.1997)
- Parallel: Verrichtungsbezogene Pflege vs. personenbezogene Beziehungspflege



# Die Fortschritte der Ökonomisierung unter Plafondierungsbedingungen: (1) Umstrukturierungen

- Ausgründung von Tochtergesellschaften (Catering GmbH, Wäsche GmbH, Facility-Management GmbH; Real-Estate-Management; Leiharbeitsfirmen)
- Flucht aus dem Tarif: Konzerneigene Leiharbeitsfirmen
- Verbilligung der Dienstleistungen rund ums Heim bei „hoher“ Kostenstruktur in Bezug auf den Pflegesatz
- Die Handlungslogik ist dem politischen Auftrag immanent
- Aus diesen und anderen phantasie- und gewinnträchtigen Entscheidungen der Pflegeindustrie resultieren ein paar Auffälligkeiten

# Die Fortschritte der Ökonomisierung unter Plafondierungsbedingungen: (2) Personal

- Burn-Out in Demenzpflege (2009 Duffy et al) steigt mit der Abnahme der Überzeugung der Selbstwirksamkeit
- Unzufriedenheit und Erschöpfung führen zu einer Bereitschaft Misshandlungen hinzunehmen
- 70 Prozent Teilzeitbeschäftigte mit höherem AU-Anteil als Vollzeit
- Eine Tätigkeit reicht oft nicht zum Leben
- Bezahlung auf Niveau, dass Mindestlohn eingeführt wird
- Flucht Vieler aus dem Beruf

# Lösungen

→ Entbürokratisierungskampagnen

→ „Die einfachste Methode für ein Pflegeheim, um Gewinne zu erzielen, ist die Nichtbesetzung von abgerechneten Stellen“ Presseerklärung BIVA vom 17. Januar 2017

→ Unterschreitung der vereinbarten Personalbesetzung um 8% ist rechtmäßig, wenn damit keine Qualitätsverlust verbunden (BSG-Urteil):

→ Die Pflegekassen müssen den Heimen Geld für Pflegekräfte zahlen, die dort gar nicht beschäftigt sind (Report Mainz 7.3.2017).

# Ökonomisierung. Qualität. Strukturelle Gewalt

Zusammenfassung:

Rund 70 % der Kosten im Pflegeheim sind Personalkosten

→ Kostenreduzierung bedeutet v.a. Personalkosten senken: Import von Pflege-Fachkräften aus Asien u.a. Staaten mit ↓ Lohnniveau

→ Weniger Köpfe, weniger Qualifikation ; z.B. § 43b-Kräfte ohne Fachpflege Geriatrie

→ Bei komplexerem Pflege- und Betreuungsaufwand z.B. 70 % MmD

→ Steigende AU- und Burnout-Zahlen

Führen latent zu struktureller Gewalt in der Pflege (Beispiele: FEM, PEG-Sonden als Zeitgewinn, „Auszeit“)

**Aktuell: „U.B.: Die Rolle von Medikamenten als FEM.**

**In: ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege: 11.2017**

„Die nicht nur in Kauf genommene, sondern nicht selten auch zielgerichtete Freiheitsberaubung in Verbindung mit der Körperverletzung von alten und pflegebedürftigen Heimbewohnern stellen ganz und gar keinen Gegensatz zu der ansonsten pro sozial besetzten Pflege alter Menschen dar, sondern werden zum unvermeidlichen Kollateralschaden in einem nicht mehr hinterfragbaren Geschäftsmodell Altenpflege.“

---

# Weitere Informationen erhalten Sie bei uns

Uwe-Brucker@t-online.de

[www.pea-ev.de](http://www.pea-ev.de)