

„ich glaub's nicht“ oder besser „wer wird denn gleich in die Luft gehen“



Stellen Sie sich vor, ein ambulanter Dienst macht täglich bei einem Bewohner Wundverbände und wickelt die Beine. Die Krankenkasse lehnt die Kostenübernahme ab, mit dem Hinweis, das könnten die Verwandten übernehmen. Die gibt es aber nicht! Und ich erlaube mich zu fragen, warum Verwandte nun zu Experten für Wundversorgung werden. Anruf bei der Krankenkasse: bei der Ablehnungsbeurteilung werden Textbausteine hergenommen, die müssen nicht stimmen?! Also warum dann die Ablehnung? Ah ja, es fehlen noch Unterlagen. Wir schicken die Unterlagen. Die Genehmigung kommt nur teilweise so wie benötigt, aber was solls, dann geht die Krankenschwester halt jeden Tag zum Bewohner und erbringt einen Teil der Leistung umsonst.

Der Pfleger des ambulanten Dienstes erbringt Medikamentengabe bei einer Bewohnerin jeden Tag. Dafür braucht er eine Verordnung vom Hausarzt, damit die Krankenkasse die Genehmigung schickt und die Kosten übernimmt. Und überhaupt, damit er die Erlaubnis hat, die entsprechende Medikation zu geben. So eine Verordnung muss innerhalb 4 Arbeitstagen bei der Krankenkasse sein. Mit Aufnahme der Tätigkeit wird die Verordnung beim Hausarzt

angefordert. Trotz mehrmaligen Anforderung liegt nach 10 Tagen immer noch keine Verordnung vor. Was tun? Der Bewohnerin die Medikamente nicht verabreichen? Dem Bewohner die Kosten selbst zahlen lassen? In der Dienstzeit zur Arztpraxis fahren und so lange bleiben, bis er die Verordnung erhält? Den Angehörigen- sofern vor Ort- die Verordnung holen lassen? Die Bewohnerin mit Rollator zur Arztpraxis schicken? Oder einfach die Leistung umsonst erbringen? Was für ein Dilemma. Vielleicht ist der Arztpraxis ja unbekannt, dass sie mit dem Verhalten die Krankenkasse beim Sparen unterstützt und dem Pflegedienst schadet.

Ein Bewohner ist kurzzeitig vollstationär in einer Pflegeeinrichtung. Bei Begutachtung ergibt es nur den Pflegegrad 1. Genehmigungsschreiben für vollstationär bei Pflegegrad 1 seitens der Pflegekasse erfolgt zeitnah an die Einrichtung. Die Kasse informiert den Versicherten und die Pflegeeinrichtung, dass 125 € bei PG 1 dem Versicherten überwiesen werden. Hat die Einrichtung eine neue Regelung verpasst, da die Auszahlung sonst nicht an den Versicherten erfolgt? Anruf 1 bei Pflegekasse: sie schickt ein Formular an die Angehörigen, damit die Ansprüche = 125 €

abgetreten werden. Anruf 2 bei Krankenkasse: so ein Formular wird gar nicht benötigt. Wir haben nichts verpasst, der Text mit der Auszahlung ist falsch. War wohl auch hier der falsche Textbaustein. Rechnung einfach an die Pflegekasse schicken und alles ist gut.

Sie glauben das nicht? Dann tun sie das. Vielleicht schieben wir es einfach auf die KI (künstliche Intelligenz), die noch in der Einarbeitungsphase ist oder auf die menschliche Intelligenz, die gerade in der Pause ist. Mir fehlt langsam der Glaube, ja an wen eigentlich? Den nicht vorhandenen Mitarbeiter, der die Dinge logischerweise nicht bearbeiten kann. Oder an den Programmierer, der nicht die richtigen Textbausteine liefern kann, sind gerade vergriffen? Ich glaube an die vielen Menschen da draußen, die trotz Widrigkeiten jeden Tag ihre Arbeit gut machen, zum Wohle von uns allen. Und die gibt es wirklich! Daran glaube ich. MR