

München, 20.9.18 Behandlungspflege und Pflege, Chancen und Hürden der Umsetzung

In Dresden: Pflege in der Behandlung und im BTHG realisieren- Chancen und Risiken

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Juni fand in Dresden im Zuge der großen Dachverbandstagung eine Arbeitsgruppe unter einer ganz ähnlichen Überschrift statt.

Ein Teilnehmer berichtete mir, dass dort das Thema Pflegeleistungen, sprich Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, kurz ZBL, deutlich überwog, vielleicht auch, weil viele Leistungserbringer der Eingliederungshilfe teilnahmen.

Und tatsächlich sind die so genannten ZBL, auf die jeder Mensch mit einem Pflegegrad, also schon ab 1, einen Anspruch hat eine feine Sache.

Die Summe, wenn auch mit 125 € nicht zu üppig, fließt ohne Unterlass Monat für Monat auf das virtuelle Konto, kann in das Folgejahr übertragen und zumindest bis zur nächsten Jahresmitte genutzt werden, lässt sich durch Verhinderungspflege und Pflegesachleistungen noch deutlich aufpeppen und man ist in den Inhalten, beim Personaleinsatz und in der Preisgestaltung völlig frei.

Vorausgesetzt, man ist ein anerkannter Leistungserbringer.

Das wird man als somatischer Pflegedienst ganz automatisch, kann sich aber auch so anerkennen lassen, in Sachsen z.B. durch den überörtlichen Sozialhilfeträger.

Die Erbringung von Pflegesachleistungen ist dann zwar nicht möglich, aber auf Wunsch des Betroffenen, eine Umwandlung von bis zu 40 % der Pflegesachleistungen in Zusätzliche Betreuungsleistungen.

Mancher wird dies jetzt vielleicht alles schon still zusammen zählen, ZBL + Verhinderungspflege + Pflegesachleistungen.

Ja, da kann man schon ein schönes Leistungspaket mit den Betroffenen packen. Und es kommt noch besser.

Der Bereich wächst praktisch von allein, da viele Leistungsberechtigte keinen Leistungserbringer finden oder bisher noch gar nichts von ihren Ansprüchen ahnen.

Der Verwaltungsaufwand bewegt sich in sehr engen Grenzen.

Inhaltlich können Sie sich frei von Hilfeplänen, Entwicklungsschritten und Helferkonferenzen an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren, spazieren und basteln, schwatzen und kochen, grillen und wandern und was das Herz begehrt, einzeln oder in Gruppen.

Man glaubt es kaum.

Dennoch gibt es natürlich ein paar Häkchen.

Zwar gibt es reichlich Klienten, aber gutes, angemessen vergütetes Personal zu finden, ohne dass das Budget der Klienten wegschmilzt wie Schnee im Hochsommer ist die eigentliche Herausforderung in diesem Bereich. Und deshalb sind die ZBL für uns eben in vielen Fällen nur eine Überbrückung oder begleitend zur eigentlichen Fachleistung, obwohl wir sie mit sehr unterschiedlichen Mitarbeitern vom Sozialpädagogikstudenten bis zur Fachschwester für Psychiatrie in unterschiedlichen Preisklassen anbieten. Aber genau das sollen sie ja wohl auch sein: zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Zusätzlich! Nicht anstatt! Nicht anstatt Ambulant Betreutem Wohnen. Nicht anstatt Soziotherapie. Nicht anstatt Ambulanter Psychiatrischer Pflege. Ich glaube, es tut Not, das immer mal wieder vor Augen zu führen...

Nun möchte ich aber zu dem Teil kommen, der in Dresden ein wenig in der zweiten Reihe stand, an dem aber mein Herz hängt, dem Bereich Behandlungspflege und das meint natürlich „Ambulante Psychiatrische Pflege“ kurz APP.

Ein sperriger Name und mit dem Namen fangen die Missverständnisse schon an. Denn Pflege im Sinne von „ich wasche deinen Rücken“ ist APP nun gerade nicht. Kostenzusagen gelten nach unserem Vertrag ganz ausdrücklich nicht für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Damit sind aber die Missverständnisse und vor allem die Schwierigkeiten bei der Umsetzung noch nicht völlig ausgeräumt.

In einigen, vornehmlich ländlichen, Regionen Deutschlands, wird man die APP vielleicht noch immer für eine Art scheues, exotisches Tier halten: man hat schon oft davon munkeln hören, dass es sie gibt, kennt aber keinen, der jemals einen APP Pfleger leibhaftig gesehen hätte.

Dabei braucht man für die Gründung einer APP im Wesentlichen nur zwei Dinge:

Erstens einen feschen Zylinder, man will ja auch was für das Auge des Betrachters tun.

Und zweitens, und hier sollten sie höchsten Wert auf Qualität legen und mindestens zu einem Produkt der Firma Simalabim greifen, einen gut abgehangenen Zauberstab.

Denn wenn Sie sich auf den Weg der APP Gründung begeben, wird zaubern ab sofort zu ihrem Alltag gehören.

Zunächst müssen sie hervor zaubern, welche Regeln in ihrem Bundesland überhaupt gelten.

Diese sind auch 137 Jahre nach Gründung des Deutschen Reiches mitnichten einheitlich.

Brauche ich einen somatischen Pflegedienst dazu oder geht es auch ohne?
Wie viele Mitarbeiter benötigen ich mindestens und mit welcher Qualifikation?
Und wie kann ich die alle herzaubern?

Darf ich nur Fachpflegekräfte anstellen oder auch Pflegekräfte mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung beschäftigen?
Und welche Zusatzausbildung brauchen diese? Der Stundenumfang dieser ist in Deutschland auch sehr unterschiedlich geregelt.
Darf ich schon Pflegekräfte während der Fachausbildung beschäftigen oder erst danach?

In Sachsen gibt es so wenige Fachpflegekräfte, die noch dazu häufig Leitungspositionen in kommunalen Kliniken begleiten, dass der Gehaltsunterschied einfach zu groß ist zwischen ambulant und stationär. Da hilft dann auch der beste Zauberstab wenig...

Wie lang ist eine Leistungseinheit? Man sagt dies schwanke in Deutschland erheblich. Da APP nach Einheiten verordnet wird, ist dies keine so nebensächliche Frage, wie es zunächst scheint.

Wie oft darf ein Klient APP erhalten? Mehrmals im Jahr ohne oder mit Pause zwischen den Verordnungen? Einmal im Jahr? Einmal im Leben?
Und wenn bei Ihnen APP nicht wiederholt verordnet werden kann, was hilft dann eigentlich noch, außer zaubern?

Und natürlich, welchen Zauber brauche ich, um eine auskömmliche Vergütung zu erreichen?

Auskömmlich heißt für mich, nicht nur irgendwie eine schwarze Null zu erreichen, sondern, dass sich der Gehaltsabstand zu den Kliniken eher verringert, als erhöht und meine Mitarbeiter*innen in dieser anstrengenden Arbeit auch gesund bleiben können.

Heißt, nicht jede Minute von Dienstbeginn und Ende ist mit Auto fahren oder Hausbesuchen ausgefüllt, heißt, sie haben ausreichend Zeit für die geforderten Weiterbildungen, für Fallbesprechungen, für Supervision, für Nebenarbeiten und auch das wöchentliche Team ist nicht so auf Kante gestrickt, dass kaum Zeit für kollegialen und menschlichen Austausch bleibt.
Obwohl sich die Vergütung Schrittchen für Schrittchen verbessert liegt das Ziel fast überall noch in sehr weiter Ferne.

Wenn Sie dies alles bewältigt haben und noch immer entschlossen sind, können Sie mit der Arbeit beginnen.

Und damit den Zauberstab erst einmal zur Seite legen, denn um eines müssen Sie sich in der Regel nicht sorgen: um Klienten.

Allerdings werden Sie ihn bald wieder hervor holen müssen, denn auch in der Arbeit ist eine große Herausforderung, dass die Bedarfe der Klienten mit den Kapazitäten der Mitarbeiter zusammen passen und es möglichst keine Wartelisten gibt.

Schließlich kann es Ihnen passieren, dass in jedem Moment das Telefon klingelt und am anderen Ende eine Klinik nach APP mit bis zu 10 Stunden pro Woche fragt, ab, na, ja, am besten ab übermorgen. Oder eher. 10 Stunden, das ist mit Fahrzeiten und Nebenarbeiten bald eine halbe Stelle, die schüttelt sich nicht aus dem Ärmel.

Dennoch, wir in Dresden sagen dazu inzwischen mit einiger erfahrener Gelassenheit: es ruckelt sich schon irgendwie. Und das tut es in den allermeisten Fällen.

Wir als PTV Sachsen haben die Zahl der begleiteten Klienten binnen 4 Jahren verdreifacht und halten sie derzeit bei 135 im Jahr mit einigen (2017:7) Mehrfachbegleitungen!

Kliniken sagen uns, wir wissen gar nicht mehr, wie wir ohne APP Patienten entlassen haben.

In der Tat kommen die meisten Klienten (ca. 66%) über die Kliniken, obwohl ein Klinikaufenthalt keine Voraussetzung für die APP Verordnung ist. Weitere Zugänge sind über Arztpraxen, Betreuer, Beratungsstellen, SPDi's, Selbstmelder.

Es kommen in Dresden erstaunlich wenig Klienten über Arztpraxen, obwohl wir dort immer wieder mit Klienten unterwegs sind und kaum Klienten über Eingliederungshilfe, als vorübergehende Krisenunterstützung oder zur Überbrückung der Zeit von der Antragstellung bis zum Leistungsbeginn der Eingliederungshilfe, was in Dresden schon mal drei Monate sein können.

Wer hat überhaupt Anspruch auf APP?

Dies ist in einer Diagnoseliste in der HKP RiLi **Leistungsverzeichnis HKP Nr. 27a** festgelegt.

Im Wesentlichen sind dies Menschen mit Psychosen, also Diagnosen, die mit F2 beginnen, Menschen mit bipolarer affektiver Störung, Menschen mit schweren Depressionen, Menschen mit generalisierter Angststörung und Panikstörung, Menschen mit organischen psychischen Erkrankungen und einige Demenzerkrankungen, die aber bei uns eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

„APP ist nur verordnungsfähig wenn auf Grund der Erkrankung eine oder mehrere Fähigkeitsstörungen in einem Maß vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert und das Krankheitsbild durch Medikamentengabe allein nicht ausreichend therapiert werden kann:

- Störung des Antriebes oder der Ausdauer in Verbindung mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung oder der Einschränkung des planenden Denkens oder des Realitätsbezuges oder Einbußen bei
- der Kontaktfähigkeit
- den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendem denken
- dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik
- dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen“

Die Verordnung sollte durch einen entsprechenden Facharzt erfolgen, hausärztliche Verordnung ist möglich, wenn eine der benannten Diagnosen fachärztlich gesichert vorliegt.

APP kann vier Monate verordnet werden, davon 14 Tage Erstverordnung. Je nach Bundesland kann die Leistung mehrmals im Jahr meist mit Pause verordnet werden.

Gründe für Ablehnungen:

Arbeitsfähigkeit ist ein Ablehnungsgrund, was zunächst relativ logisch erscheint,

was aber arbeiten in einer WFBM mit einschließt, hier braucht es eine stufenweise Wiedereingliederung statt einer Gesundheitschreibung um APP zu erhalten,

Schwierig ist es in Sachsen, wenn in einer Institutsambulanz parallel andere Leistungen als ärztliche abgerechnet werden

und wenn der Klient parallel eine Psychotherapie absolviert.

Zumindest bei den Psychotherapieklienten kann es hilfreich sein, erneut den Zauberstab zu aktivieren und mit guten Argumenten zu begründen, warum dies parallel sinnvoll ist.

Aber auch beste Zauber helfen bei einigen Kassen nicht immer, während es bei anderen Kassen dazu überhaupt keine Nachfragen gibt.

Gründe für Ablehnungen können weiter sein,

ein hoher Pflegegrad ab 3,

nicht genutzte Zusätzliche Betreuungs Leistungen und

gelegentlich auch Demenzen, weil dort das Pflegeziel nicht erreichbar scheint.

Typischer Fall für den Zauberstab, logisch ist bei Demenzen ein Pflegeziel, das über den Erhalt der Fähigkeiten hinausgeht, nicht erreichbar. Steht aber trotzdem im Diagnosekatalog.

Dennoch ist es mir an dieser Stelle wichtig, eine Lanze für die Krankenkassenmitarbeiter*innen zu brechen, in der ganz überwiegenden Mehrzahl sind sie sehr bemüht, Kompromisse mit uns zu finden!

Was passiert bei APP konkret?

Was sagt das Gesetz: wieder Leistungsverzeichnis HKP Nr. 27a

Leistungen der APP sind:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau)
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisen
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)

Dies lässt zumindest einen gewissen Interpretationsspielraum um bedürfnisorientiert zu arbeiten.

Was sagt das Leben?

- es herrscht großer Bedarf zu reden. Über die Erkrankung, aber auch über alle Aspekte des Lebens,
- Krisenvorsorge ist selten vorhanden oder von den Klienten verlegt
- die Angehörigen müssen von Anfang an mit an Bord – im Gegensatz zur Eingliederungshilfe leben nicht selten noch Angehörige mit in der Häuslichkeit, da lässt sich die Einbeziehung ganz anders umsetzen.
- es gibt Rückstau in der Wohnung
- ich muss nach langer Klinik wieder das Leben lernen, auch mich zu versorgen
- es fehlt an Tagesstruktur, von regulären Arbeitsverhältnissen gar nicht zu reden
- es gibt wenig eigene Vorstellungen für die Zukunft
- ich habe meine Krankheit immer noch nicht verstanden
- ich komme mit meinem Geld nicht aus oder muss überhaupt erst einmal einen Antrag stellen.
- ich bin mit wenigen Menschen außerhalb der Psychiatriewelt in Kontakt und fühle mich einsam oder bin mit anderen Menschen, teils Nachbarn in Konflikt geraten
- Vor allem geht es aber darum, diesen schwer erkrankten Menschen die Selbstwirksamkeit zurück zu geben, dass sie merken, ich kann mir wieder selbst helfen, bin nicht meiner Erkrankung ausgeliefert.

Uns helfen zwei einfache Motti bei der Annäherung:

Ein Mensch trifft einen Menschen.

Hilfe beginnt mit der Frage, was hilft Ihnen.

Insbesondere wenn es um Aktivität geht, die nicht unmittelbar in der Wohnung stattfindet, kann die Hinzuziehung eines Zauberstabes gute Dienste leisten. Zwar gilt der Begriff der erweiterten Häuslichkeit. Aber wie weit ist die Häuslichkeit denn erweitert? Beinhaltet sie noch den Supermarkt oder eine Kontakt- und Beratungsstelle oder eine Behörde?

Uns wird dann immer mal wieder die zeitgleiche Verordnung von Soziotherapie angeraten, die nach dem Gesetz u.U. möglich wäre, aber in der Praxis kaum bezahlt wird.

Diese würde aber bedeuten, dass nun noch ein weiterer Helfer auf der Bildfläche erscheint, bei Menschen, deren Biografie häufig von einer Unzahl ambulanten und stationären Helfern geprägt ist, die so schnell verschwinden, wie sie aufgetaucht sind.

Dazu käme der Abstimmungsbedarf zwischen Sozio und APP und der Umstand, dass es in vielen Teilen Deutschlands gar nicht beide Leistungen parallel gibt.

Auch der Hinweis auf gesetzliche Betreuung wird gern gegeben.

Neben dem Umstand, dass das Betreuungsverfahren viel zu lange dauert, um einen aktuellen Engpass oder notwendigen Folgeantrag zu stellen, sind unsere Klienten in einer akuten Erkrankungsphase, aber doch deshalb noch lange nicht betreuungsbedürftig.

Allen handelnden Akteuren ist selbstverständlich klar, dass APP kein Ersatz für Betreuung sein kann, wenn Betreuungsbedürftigkeit vorliegt.

Frequenz der Betreuung:

Was meint der Vertrag

APP beginnt in Sachsen mit bis zu 14 Einheiten pro Woche, das sind in Sachsen ca. 10 Stunden. Die können wir in der Regel aus Kapazitätsgründen sowieso nicht leisten. Ich frage mich aber auch, wie ein Klient das aushalten soll. 10 Stunden in der Woche einen Helfer in der Wohnung...

Im Sinne von Rückzugspflege soll die Zahl der Einheiten kontinuierlich sinken. Wir müssen also immer Kompromisse finden.

Der Personalmangel führt dazu, dass auch sinnvolle Dinge, z.B. Betreuung bis in den späten Abend hinein, an Wochenenden und Feiertagen, nicht stattfindet. Einer der wenigen Standortvorteile im ambulanten Bereich ist ja gerade, dass es keine Schichten gibt und keine Wochenenden. Aber inhaltlich wäre es natürlich sinnvoll.

Was sagt das Leben

Klienten fragen in der Regel anfangs zwei bis drei Besuche pro Woche nach, die meist langsam auf ein bis zwei Besuche pro Woche sinken.

Ein Besuch ist fast nie unter 90 Minuten kurz (2 Einheiten) und fast nie über 2 1/4 Stunden lang (3 Einheiten).

Die Dauer der Hausbesuche ist der Luxus und für mich das Erfolgsgeheimnis dieser Arbeit. Sie sorgt dafür, dass in den Terminen sehr konzentriert und ruhig

gearbeitet werden kann und die Klienten in der Regel sehr gut bei der Realisierung ihrer persönlichen Ziele voran kommen.

Nachsorge:

Auch wenn ich für Statistiken keine Zeit habe, wage ich zu behaupten, dass bald die Hälfte der Klienten erst einmal keine weitere kostenträgerfinanzierte Nachbetreuung braucht.

Die andere Hälfte geht in Soziotherapie, Eingliederungshilfe, zusätzliche Betreuungsleistungen über.

Etwa 80% der Klienten kommen auch im Folgejahr nicht in die APP zurück, und diese Zahl sinkt auch in den nächsten Jahren nur langsam.

Ca 10-20% kommen mit einer gewissen Regelmäßigkeit alle 1-2 Jahre in die APP zurück,

eher 5 als 10 Prozent haben einen zweiten Block im gleichen Kalenderjahr, der aber nicht zwingend zweimal 4 Monate heißt, es kann sich auch um eine erneute Verordnung wegen zwischenzeitlichem Klinikaufenthalt handeln.

Anhand dieser Zahlen allein lässt sich die Wirksamkeit von APP natürlich nicht belegen.

Aber immer und immer wieder zu erleben, wie viele Klienten in diesen vier Monaten neue Wege für sich finden und Perspektiven entdecken, motiviert meine Mitarbeiter und mich und manchmal bin ich geneigt zu glauben, dass bei der Entwicklung ein klitzekleiner Zauberstab im Spiel gewesen sein könnte...

Was würde ich mir für die APP wünschen, wenn ich nun doch einmal einen Zauberstab fände?

Ich würde mir wünschen, dass sich die Leistung noch mehr an den Bedürfnissen der Menschen orientiert.

Das heißt, dass auch Menschen mit anderen Erkrankungsbildern, wenn sie sehr schwer erkrankt sind, von dieser Leistung profitieren können.

Das heißt, dass es, wenn nötig, auch unkomplizierte Verlängerungen über 4 Monate hinaus gibt.

Das heißt, dass die Parallelität von PIA und Psychotherapie neben APP keine Rolle mehr spielt, sofern es sich nicht um inhaltsgleiche Leistungen handelt. Aber viele PIA´s leisten eben keine aufsuchende Hilfe und APP ist eben keine Psychotherapie.

Das heißt, dass wir nicht irgendeinen erweiterten Häuslichkeitsbegriff bemühen, wenn wir den Klienten zur Aufnahme einer Tagesstruktur motivieren und die Brücke dahin bauen,

das heißt, dass akzeptiert wird, dass ein Klient wohl kaum genesen kann, wenn er nicht weiß, woher sein Geld nächsten Monat kommt und im Ausnahmefall ein Antrag gestellt werden muss,

das heißt dass auch ein Telefonat für einen Klienten eine sehr wertvolle und damit abrechenbare Leistung sein kann und dass man anerkennt, dass es eine Vielzahl Nebenarbeiten und auch abgesagte Termine gibt,

das heißt, dass man versteht, dass es einzelne Klienten gibt, die sich auf eine Leistung nur einlassen können, wenn sie nicht gleich in ihrem intimsten, ihrer Wohnung stattfindet,

das heißt, dass der Personenkreis, der die Leistung erbringen darf vorsichtig auf weitere erfahrene Fachkräfte der Sozialpsychiatrie, wie Sozial- und Heilpädagogen und erfahrene Schwestern evt. auch Peer Berater erweitert werden sollte, wenn sie eine, möglichst einheitliche, sozialpsychiatrische Zusatzausbildung beginnen

das heißt, dass wir endlich deutschlandweit zu einer auskömmlichen Vergütung kommen.

Nun sitzen wir seit einigen Monaten schon auf ziemlich heißen Kohlen. Denn eine neue APP Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde zur Veröffentlichung angekündigt.

Es war dem Dachverband, neben anderen, möglich, seine Argumente einzubringen und so hoffe ich, dass sich dort einige der genannten Verbesserungswünsche wiederfinden.

Also APP gut, alles gut?

Das, Sie ahnen es, das leider nein.

Denn obwohl ich APP für eine hochwirksame Behandlungsmaßnahme für schwer erkrankte Menschen halte, gibt es aus meiner Sicht einen, zum Glück kleinen Personenkreis, für den sie nur die zweitbeste Wahl darstellt.

Ich meine die Personen, bei deren erscheinen eher mit den Augen gerollt, als in die Hände geklatscht wird. Die noch immer mit Abwertungen wie Drehtürpatienten, Systemsprenger, Havy user betitelt werden.

Begriffe, die ähnlich beschaulich klingen, wie vermutlich das Leben dieser Menschen oft verläuft.

Menschen, die mit großer Tapferkeit der Erkrankung Tag für Tag abringen und es trotzdem oft nicht schaffen, den Alltag zu Hause selbständig zu bewältigen.

Auch für diesen Personenkreis ist APP eine Hilfe, aber nach vier Monaten ist das Leid bei ihnen oft nicht so weit gemildert, dass sie ohne Hilfe auskämen, während die langfristige Hilfe der Psychotherapie mit zu niedriger Frequenz verfügbar ist.

Ich glaube wir benötigen für diese Menschen eine Unterstützung, die viel kontinuierlicher, unbürokratischer, sektorenübergreifender und verlässlicher ist, als die heutigen Regelversorgungsangebote.

Unterstützung, die Tag und Nacht für sie da ist, in der Häuslichkeit, im rund um die Uhr geöffneten Rückzugshaus, in der Klinik, die aber zugleich Klinik und ambulant so eng verzahnt, dass eine stationäre Krisenintervention eben nicht heißt, vielleicht zwei, drei Wochen oder auch länger dort zu sein, auch weil die Klinik nicht weiß, wer ambulant so umfänglich helfen kann, dass er dreimal am Tag oder gar nachts zu Hause vorbei schaut.

Eine Hilfe bei der Arzt, Therapeut, Sozialarbeiter, Pflegekraft, Peer Berater ins Haus kommen, wenn es nötig ist.

Die stabile Bezugspersonen über einen langen Zeitraum bietet, als Alternative zu der Flut der Beziehungsabbrüche, die die Lebenserfahrungen dieser Menschen ohnehin schon prägen.

Die die Angehörigen regelhaft und regelmäßig ganz selbstverständlich einbezieht, wenn dies gewünscht wird, denn wer hat so viel Erfahrung und so viel Nähe und so viel investierte Kraft wie die Angehörigen.

International aber auch in Deutschland gibt es längst Ansätze dafür, einiges haben wir heute gehört.

Es ist schon so viel Denkarbeit dafür geleistet,

es gibt in weiten Teilen des Landes bereits Mitarbeiter die das praktizieren, Hausbesuche früh, abends, nachts und auch an Weihnachten wenn es muss, die gesetzlichen Grundlagen sind in Ansätzen vorhanden und dennoch gelingt es noch immer nicht, diese Leistung in die Regelversorgung zu bekommen.

Ich bin überzeugt, auch wenn wir qualitativ und inhaltlich noch viel Arbeit vor uns haben, dass in dieser Richtung die Zukunft liegt.

Und ich hoffe, dass ich diese Zukunft vor meiner Rente noch erlebe.

Das sind noch 14 Jahre, 9 Monate und 12 Tage.

Gut, ich persönlich könnte wohl zur Not noch länger warten.

Aber diese Menschen, die sich Tag für Tag durch ihr Leben kämpfen, die können nicht mehr warten, auch wenn sie sehr viel Erfahrung im Abwarten haben.

Und damit danke ich für Ihre Aufmerksamkeit.

Steffen Dolinski