

Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenpflegehilfe

„Serviceleistungen“ zum Null- Tarif ?

1. Anlass der Untersuchung

Einrichtungen der Stationären Altenpflege erbringen seit je her umfassende Pflegeleistungen, die sich am ehesten und am verständlichsten mit dem Titel allgemeinpflegerische Leistungen, medizinisch- behandlungspflegerische Leistungen und Betreuungsleistungen beschreiben lassen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren aber gerade der Anteil der medizinischen Behandlungspflege deutlich spürbar zu Lasten der anderen Tätigkeitsbereiche, erhöht. Die Erweiterungen der medizinischen Möglichkeiten, aber auch die immer fortschreitenden Verkürzungen der Krankenhausverweildauern führen dazu, dass die Bewohner in den Altenpflegeeinrichtungen auch medizinisch aufwendiger versorgt werden müssen.

Grundsätzlicherweise erscheint dieses ja auch sinnvoll, denn die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten führt ja letztlich dazu, dass ein Bewohner von ihm vertrauten Menschen in seiner gewohnten Umgebung medizinisch versorgt wird. Auch unter gesundheits-ökonomischen Aspekten ist eine solche Entwicklung durchaus zu begrüßen. Die Voraussetzung dazu sind aber stimmige Rahmenbedingungen. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören eine entsprechende materielle und personelle Ausstattung der Einrichtungen. Diese sind aber unmittelbar an eine leistungsgerechte Vergütung der erbrachten Leistungen verknüpft und auch nur unter solchen Bedingungen zukünftig leistbar. Durch die schleichende Steigerung der medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen ist jedoch in den Einrichtungen der Altenpflege eine Schiefelage entstanden, die den heutigen Anforderungen in keiner Weise mehr gerecht werden kann. Um diese Schiefelage genau beschreiben zu können und das tatsächliche Maß und den Zeitaufwand behandlungspflegerischer Leistungen festzustellen, wurde die im folgenden beschriebene Untersuchung durchgeführt. Ziel der Untersuchung ist es daher, den Verantwortlichen in den Einrichtungen, den Dachverbänden, den Berufsverbänden und auch auf der politischen Ebene deutlich zu machen, dass diese Entwicklung keinesfalls so fortgesetzt werden darf, weil sie schon jetzt zu sehr zu Lasten der Pflegequalität in anderen Bereichen geht.

2. SGB XI regelt die Behandlungspflege zum Null- Tarif

Im § 43 Abs. 2 SGB XI ist grundsätzlich zunächst folgendes geregelt: *„Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit der vom 01. Juli 1996 bis 31. Dezember 1999 die Aufwendung für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 2800 DM monatlich; (.....)“*¹

Diese Regelung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Jahre 1999 zunächst um 2 weitere Jahre, also bis zum Ende 2001 fortgeschrieben worden. Auch hier bestand schon der Eindruck, dass sich die Bundesregierung dem Druck der Krankenkassen gebeugt hat.²

Es wurden jährliche Mehrausgaben von rund 3 Mrd. DM befürchtet. Die parlamentarische Staatssekretärin Frau Christa Nickels forderte die Fristverlängerung zur Verbesserung der Datenlage zu nutzen. Ob die Datenlage tatsächlich verbessert wurde, ist bis heute eigentlich nicht richtig bekannt. Zumindest sind umfassende Studien bisher nicht veröffentlicht worden. Somit ist auch zu befürchten, dass der § 43 Abs. 2 SGB XI in der jetzigen Form fortgeschrieben wird. Aus unserer Sicht ist es daher die Pflicht der Dachverbände in die Offensive zu gehen und politischen Druck zu erzeugen. Nur so kann verhindert werden, dass nicht weiterhin die Einrichtungen der stationären Altenpflege die Behandlungspflege zum Nulltarif und somit letztlich zu Lasten von Personal und Bewohnern erbringen müssen.

Medizinische Behandlungspflege wird in den stationären Einrichtungen bei der Personalbemessung nicht berücksichtigt.

Die Personalbemessung in den Altenheimen orientiert sich lediglich und einzig an Leistungen aus dem Bereich der allgemeinen Pflege, die zumindest zum Teil über die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden. Entsprechend der jeweiligen Anteile der Bewohner in den Pflegestufen wird über Anhaltzahlen oder Minutenwerte der Personalbedarf einer Einrichtung ermittelt und mit Pflegekassen und Landschaftsverband ausgehandelt. **Behandlungspflegerische Leistungen spielen hierbei überhaupt keine Rolle.**

Dieses stellt einen Widerspruch zum Inhalt des § 84 Abs. 2, SGB XI dar. Eine Kernaussage daraus lautet: *„Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein“, „Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen...“.*

Aus dem Versorgungsvertrag, wie auch aus dem Rahmenvertrag nach § 75, SGB XI geht explizit eine Verpflichtung der Einrichtungen hervor **behandlungspflegerische Leistungen zu erbringen. Gleichzeitig - und dieses ist sehr widersprüchlich** - regelt der Absatz 4 des § 84 SGB IX, dass die Behandlungspflege unabhängig vom Aufwand nicht vergütet wird. *„Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten“.*

¹ Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung

² Rundschreiben Caritasverband der Diözese Münster e.V. (Nr. 56/1999)

Die logische Folgerung hieraus: Es gibt weder personelle, finanzielle noch sachliche Unterstützung für die zu erbringen behandelungspflegerischen Leistungen!

Um die Widersprüchlichkeit noch weiter an dieser Stelle zu unterstreichen möchten wir in bezug auf den Paragraphen 84, SGB XI aus der Begründung der Bundesregierung zitieren, die aussagt: „Die Regelung geht davon aus, dass Pflegeheime, die in Ausübung ihrer Vertragsfreiheit eine Pflegesatzvereinbarung nach § 85, SGB XI, abschließen in der Lage sind, mit dem vereinbarten Preis auszukommen“. Weiterhin heißt es in der Begründung: „...wenn der vereinbarte Pflegesatz die leistungsrechtlichen Obergrenzen der Pflegekassen übersteigt, ist das Pflegeheim befugt, den überschießenden Teil in dem Pflegebedürftigen oder dem Sozialhilfeträger in Rechnung zu stellen...“ ; ... „kein Pflegeheim kann gezwungen werden, seine Leistungen unterhalb der Gesteuerungskosten anzubieten.“³

In Anbetracht der Deutlichkeit dieser Aussage braucht hier wohl nicht näher auf den Inhalt eingegangen werden. Was allerdings hier deutlich wird, wenn man sich den § 84 Absatz 4 vor Augen hält: Behandlungspflege ist ein Service des Hauses.

So kommt es zu der Situation, dass Einrichtungen, deren Zielsetzung es ist, Bewohner auch dann in ihrem gewohnten Umfeld zu belassen wenn sie schwerer krank sind, naturgemäß ein höheres Maß behandelungspflegerischer Leistungen zu erbringen haben. Paradoxerweise müssen dann auf der anderen Seite gezwungener Maßen allgemeinpflegerische Leistungen reduziert werden. Unter diesem Aspekt gibt es sicherlich eine hohe Dunkelziffer von Krankenhauseinweisungen, die sich eher an der Unmöglichkeit weitergehende Behandlungspflege personell erbringen zu können, als an einer medizinischen Notwendigkeit orientieren. Daher muss es eine dringende Forderung aller Beteiligten sein, hier Lösungen zu schaffen, die zu einer adäquaten leistungsgerechten Vergütung aller im Heim erbrachten notwendigen Leistungen führt.

3. Der Untersuchungsansatz

In der Untersuchung wurde ermittelt, welche Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einem fest definierten Zeitraum bei den Bewohnern in den unterschiedlichen Pflegestufen erbracht wurden, wie häufig diese Leistungen erbracht wurden und wie diese sowohl zeitlich, als auch materiell zu bewerten sind. In die Untersuchung eingeflossen sind ausschließlich Leistungen, die krankheitsbedingt indiziert sind und ärztlicherseits angeordnet wurden. Nicht enthalten sind dem zufolge Leistungen, die dem allgemeinen Wohlbefinden dienen (z.B. atemstimulierende Einreibung zur Förderung des Einschlafens) oder prophylaktischer Natur sind (z.B. Lagerungswechsel zur Dekubitusprophylaxe oder Therapie). Ein weiteres Kriterium für die zu messenden Leistungen ergab sich aus der grundsätzlichen Abrechenbarkeit für ambulante Dienste. Das heißt, es wurden nur die Leistungen in die Untersuchung aufgenommen, welche bei einer häuslichen Pflegesituation - auf der Basis einer ärztlichen Verordnung- von einem ambulanten Pflegedienst erbracht und abgerechnet würden. Am Ende der Untersuchung sollte sich somit eine Aussage treffen lassen, mit welchen finanziellen Aufwendungen eine Krankenkasse rechnen müsste, wenn diese Patienten nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung, sondern eben Zuhause gepflegt und ein ambulanter Pflegedienst diese

³ Klie, Thomas Pflegeversicherung

Leistungen erbringen würde. Selbstverständlich beschränkten sich die zu Grunde gelegten Pflegezeiten auf reine Leistungen, ohne Berücksichtigung von Fahrtzeiten oder Fahrtkosten etc. Eine Auflistung der gemessenen Leistungen finden sich in der untenstehenden Tabelle!

Tab. 1 Leistungen bei allen erfassten Bewohnern in der Erfassungswoche

<i>Behandlungspflegemaßnahmen</i>		<i>Gebühr Stand 94/95 in DM</i>	<i>Zeitwert</i>
	Gesamt		
Anlegen eines Verbandes / Verbandswechsel inkl. Kompressionsverband	677,25	8,60	12
Behandlung chronisch oder sekundär heilender Wunden	613	14,35	20
Katheterismus/ Anlegen und Entfernen eines Urinals	100	13,6	19
Spülung/Instillation bei liegendem Katheter	139	5,35	7,5
Einlauf (Klyisma, Darmspülung, Mikroklyst)	98	14,35	10
Physikalische Maßnahmen z. B Kälte/Wärme-Anwendung	249,25	10,75	15
Injektionen (i.m. und s.c.)	1442	6,80	9,5
Absaugen der oberen Atemwege	152	7,20	10
Tropfen, Salben bzw. Spülungen der Augen und Ohren	3228	4,35	6
Blutdruckkontrolle	874,25	5,55	8
Temperaturkontrolle	176,5	5,55	8
Trachealkanülenwechsel	66	11,50	16
Urostomaversorgung	0	11,50	16
PEG- Versorgung	618	11,50	16
Anus praeter- Versorgung	196	11,50	16
Blutzuckerkontrolle	867,25	5,05	7
Arzneimittelgabe und -überwachung (pro Gabe!!!)	16717	5,70	4,8
An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	1109	7,20	10
An- und Ablegen von Stützkorsetts	126	7,20	10
Anlegen von Prothesen und Bruchbändern	91	7,20	10
Infusionsüberwachung	250	43,20	60
Flüssigkeitsbilanzierung	3421	7,20	2
Versorgung von suprapubischer Blasenkathe tern	557	11,50	16
Arzneimittelgabe nach Bedarf	653,5	5,70	4,8
Magensonde versorgen	103	11,50	16
Einreibungen/ Hautbehandlungen	2275	4,35	6
Sonstige (z.B. Sauerstoffgabe, Gewichtskontrolle etc.)	287		

Die Dezimalstellen ergeben sich aus Leistungen die in mehrwöchigen Abständen vorkommen und daher anteilig angerechnet wurden.

3.1. Untersuchungsrahmen

Die Initiative zur Erhebung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ging von der **Arbeitsgemeinschaft kath. Altenheime im Kreis Warendorf** aus. Es haben sich 11 Einrichtungen der stationären Altenhilfe beteiligt, welche die Leistung jeweils bei allen Bewohnern erfasst haben. Die Ergebnisse aus 10 Häusern sind in die Gesamtauswertung geflossen. Das 11. Haus konnte nur bedingt berücksichtigt werden. In den Einrichtungen leben zwischen 33 und 205 Bewohner. In die Gesamtauswertung sind die Daten von 839 Bewohnern geflossen. So konnten 58% aller Bewohner der katholischen Einrichtungen dieser Region erfasst werden. Die Untersuchung bildet daher einen repräsentativen Querschnitt ab.

Erfassungszeitraum

Der Erfassungszeitraum betrug eine Woche. Diese Woche wurde für alle Einrichtungen gleich festgelegt (12. – 18.02.2001). So war von vornherein auszuschließen, dass seitens einer Einrichtung besonders „günstige“ Wochen ausgewählt werden konnten.

Vorgehensweise:

Die Erfassung erfolgte aus der Retrospektive und mittels Analyse der Dokumentation bzw. der Verordnungen. Über einen vorgefertigten Erfassungsbogen hat eine besonders unterwiesene Fachkraft die Dokumentation aller Bewohner im jeweiligen Wohnbereich gesichtet und die Zahl der entsprechend verordneten und definierten Maßnahmen quantitativ erfasst. Wohnbereichsbezogen wurde eine 2. Fachkraft damit beauftragt, diese Daten noch einmal zu überprüfen. Eine Sortierung erfolgte nach anerkannten Pflegestufen der einzelnen Bewohner. Einrichtungs- und pflegestufenbezogen wurden diese Daten dann summiert und flossen so auch in die Gesamtauswertung.

3.2. Bewertung der Leistungen

Die Bewertung der Leistungen mit Zeitwerten und auch mit Gebühren, war eine der größten Schwierigkeiten der Untersuchung. Repräsentative Messungen von Einzelleistungen sind zumindest in der zugänglichen Literatur so nicht bekannt. Da es also keine wissenschaftlich fundierten Zeitstudien gibt, wurde auf die Minuten und Gebührenwerte zurück gegriffen, die die Grundlage für einen Vertrag zwischen den Anbietern häuslicher Pflege und den Ersatzkassen nach § 132 SGB V darstellten.⁴ Dieser Vertrag galt in der Zeit vom 01.07.1994 bis 31.12.1995. (s.h. Tab.1)

Diese Werte wurden gewählt, weil hier wohl einmalig in der Bundesrepublik Deutschland Zeitwerte für diese Einzelleistungen definiert und sowohl von Kostenträgern als auch von Leistungserbringern akzeptiert wurden.

Diese Zeitwerte als auch die Gebührenvereinbarungen beziehen sich ausschließlich auf die zu erbringenden Leistungen (ohne Fahrtzeiten und Fahrtkosten etc.).

⁴ Seminarunterlagen; „der ambulante Pflegedienst, als neue Dienstleistung in Krankenhäuser und Pflegeheimen“ Institut Circle

Möglicherweise kann an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass diese Zeitwerte nicht auf eine stationäre Altenpflegeeinrichtung übertragen werden können, was allerdings wie folgt beschrieben durch die Echtzeitermittlung wiederlegt werden kann.

Eine umfassende Zeitanalyse nach wissenschaftlichen Kriterien konnte jedoch aus Zeitgründen nicht erbracht werden. Da es sich aber um anerkannte Minutenwerte handelt, deren Plausibilität gegeben ist, entschied sich die Arbeitsgruppe nur den Zeitaufwand für die Arzneimittelgabe nach unten zu korrigieren.

3.3. Kontrolle der Bewertungen durch Echtzeituntersuchung

Die Echtzeituntersuchung wurde parallel zu der Leistungsermittlung von einer dafür frei gestellten Pflegekraft während des gleichen Zeitraums in einer Einrichtung durchgeführt. Dazu wurden für die einzelnen Leistungen konkrete Zeiten ermittelt. Die Zeiten setzten sich aus Wegstrecke innerhalb des Wohnbereiches, Durchführung der Leistung und Nachsorge zusammen. Bei dem Leistungskomplex Arzneimittelgabe sind so beispielsweise Zeiten für Rücksprachen mit dem Arzt, Rezeptbeschaffung, Bereitstellung der Medikamente nur anteilig berücksichtigt worden. Die Ergebnisse dieser Echtzeituntersuchung wurden in der Arbeitsgruppe Behandlungspflege besprochen. Als Ergebnis der Echtzeitermittlung stellte sich heraus, dass die Zeiten des ambulanten Dienstes nur geringfügig von der Echtzeit in der betroffenen Einrichtung abwichen. So ist mit der Zeit des ambulanten Dienstes eine Gesamtdauer mit 129,62 Stunden ermittelt worden, demgegenüber steht die Echtzeit mit 109,11 Stunden. Folglich ist die Zeit des ambulanten Dienstes als durchaus realistisch zu werten. Im Leistungsbe- reich Arzneimittelgabe erfolgte mit Grundlage der Echtzeit eine Korrektur des angesetzten Minutenwertes von ursprünglich 8 Minuten für die Einzelgabe, auf 4,8 Minuten. Die Reduzierung lässt sich dadurch erklären, dass in einer stationären Einrichtung natürlich Arzneimittelbeschaffung und Bereitstellung für mehrere Bewohner gemeinsam erledigt werden und somit Synergieeffekte auftreten.

4. Die Ergebnisse

Der Aufwand für medizinische Behandlungspflege wird deutlich unterschätzt.

Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich prägnant, welche hohen Anteil behandlungspflegerische Maßnahmen an der Pflegearbeit in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe haben. Die ermittelten Zeit- und auch Geldwerte zeigen auch für die an der Untersuchung beteiligten Einrichtungen ganz deutlich, dass dieses aus dem subjektiven Empfinden alleine eher unter- als überschätzt wird. Ebenso klar kommt durch die Untersuchung zum Ausdruck, dass die kontinuierliche Steigerung behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Vergangenheit und auch die in Zukunft zu erwartende weitere Steigerung die Leistungen der allgemeinen Pflege zwangsläufig immer weiter zurück drängen wird !

4.1. Gesamtauswertung

In der Gesamtauswertung kam es uns zunächst darauf an, Aussagen darüber zu treffen, wie sich über alle beteiligten Einrichtungen der Zeitaufwand darstellte, welche Gebühren die Krankenkassen bei häuslicher Pflege für diese Bewohner zahlen müssten und welche personellen Auswirkungen dieses hatte. Für alle an der Untersuchung beteiligten **839 Bewohner**, haben wir folgende Werte ermittelt:

Tab. 2

Gesamtzeitaufwand für Behandlungspflege in der Untersuchungswoche	3.686,9 Stunden/ Woche
Gesamtzeitaufwand für Behandlungspflege, hoch gerechnet auf einen Durchschnittsmonat	16.038 Stunden / Monat
Dafür zu entrichtende Gebühren bei häuslicher Pflege	946.836,71 DM
Dafür nötige Planstellen	114,97 Stellen

Zu berücksichtigen ist dabei, dass es sich um die Minutenwerte, als auch die Gebühren von 1994/1995 handelt. Zumindest bei den Gebühren wäre so noch eine Steigerung einzurechnen.

Von hoher Bedeutung ist sicher die Erkenntnis, dass **pro Bewohner**, in der Situation einer häuslichen Pflege **monatlich durchschnittlich 1128,53 DM** von den Krankenkassen zu zahlen wäre.

Wie schon Eingangs erwähnt, fällt dieser Betrag für Einrichtungen der stationären Altenpflege völlig unter den Tisch!

4.2. Differenzierung nach Pflegestufen

Neben der Frage des Gesamtaufwandes für medizinische Behandlungspflege interessierte uns auch die Frage, wie sich der Aufwand in Relation zu den unterschiedlichen Pflegestufen darstellt. Aus diesem Grunde wurde bereits bei der Erfassung eine nach Pflegestufen differenzierte Auswertung vorgenommen. Um einen einheitlichen Vergleichsparameter zu haben, wurde der durchschnittlichen Zeitaufwand insgesamt, aber auch für jede Einrichtung separat innerhalb der einzelnen Pflegestufen in Minuten pro Pflorgetag errechnet. Mit diesem Wert lassen sich sehr schön verschiedene vergleichende Darstellungen erreichen.

Tab 3

Durchschnittlicher Zeitaufwand für medizinische Behandlungspflege nach Pflegestufen, aller Bewohner

Durchschnitt aller Pflegestufen	37,7 Minuten
Pflegestufe 0	17,5 Minuten
Pflegestufe I	34,8 Minuten
Pflegestufe II	34,8 Minuten
Pflegestufe III	46,1 Minuten

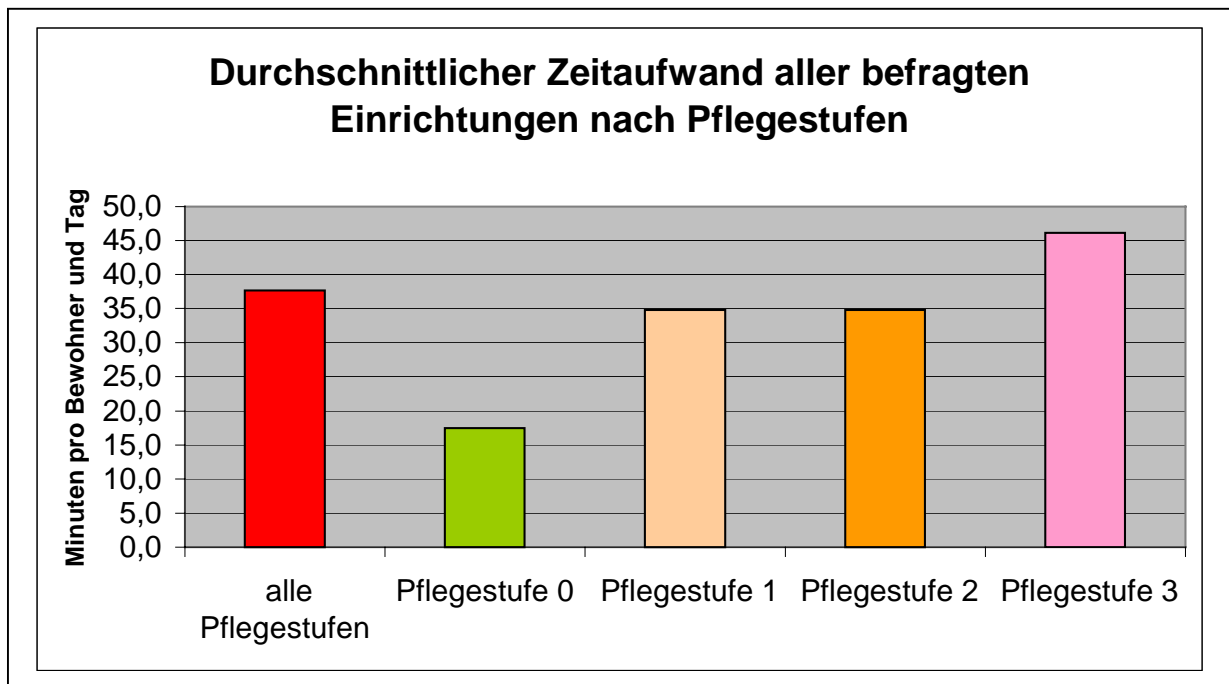


Abb.1

Erwartungsgemäß wird deutlich, dass der Aufwand für die medizinische Behandlungspflege bei den Bewohnern in Pflegestufe III signifikant höher ist. Während er sich in den Pflegestufen I und II relativ gleich darstellt. Ebenso wird offenkundig, dass der Aufwand für die Bewohner, die sich in Pflegestufe 0 befinden, nicht ganz unerheblich ist.

4.3. Differenzierung nach Einrichtungen

Vergleicht man die einzelnen Einrichtungen unter einander, so lassen sich ebenfalls offensichtliche Unterschiede erkennen (s. Abb. 3). So liegt der durchschnittliche tägliche Zeitaufwand für Behandlungspflege innerhalb aller Pflegestufen bei 37,7 Minuten, wobei sich die Spanne der Häuser von 24,1 Minuten (das Haus mit dem geringsten Anteil) bis zu 55,2 Minuten erstreckt. Eine Erklärung hierfür läßt sich aus den gewonnenen Daten nicht sicher ableiten. Es spricht aber einiges für die Annahme, dass Häuser, die einen höheren Anteil dementiell erkrankter, aber mobiler Bewohner haben etwas weniger Aufwand im Bereich Behandlungspflege haben, im Vergleich zu Einrichtungen, die einen höheren Anteil somatisch erkrankter Menschen pflegen. Dieses müßte aber noch einmal gesondert betrachtet werden.

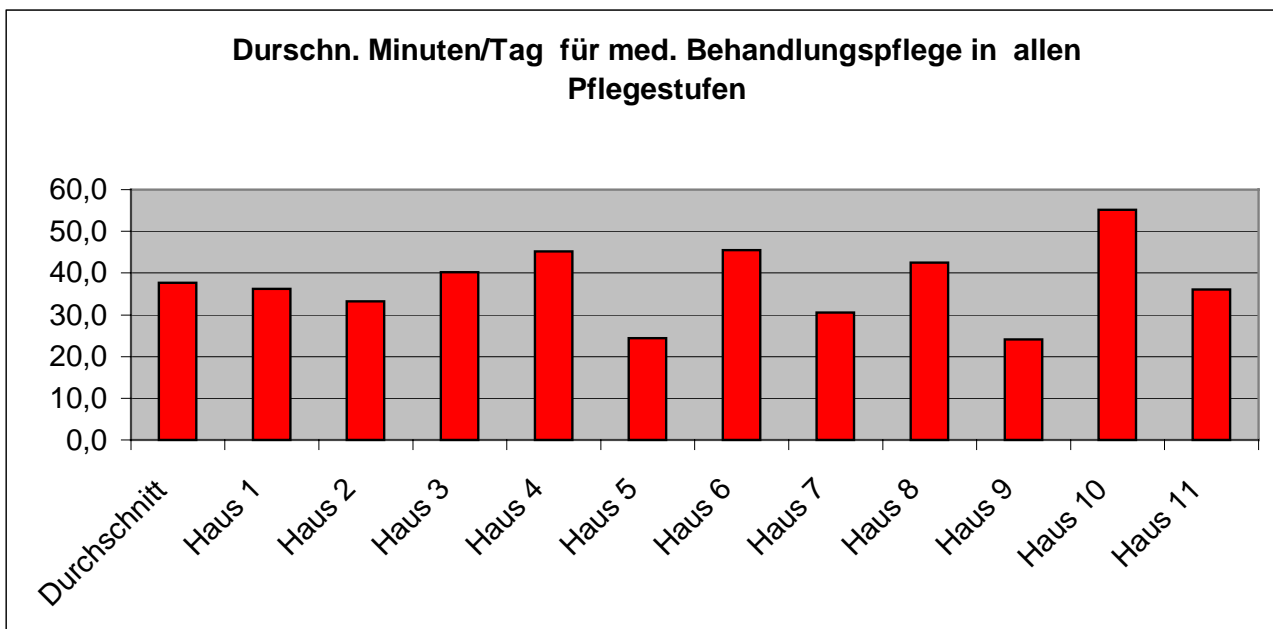


Abb.2

5. Bewertung der Ergebnisse

Die Betrachtung des täglichen Aufwands für medizinische Behandlungspflege ist natürlich im Verhältnis zum Aufwand für allgemein pflegerische Leistungen und im Verhältnis zu dem tatsächlich vorhandenen Personal von äußerstem Interesse. Dieses ist auch im Hinblick auf die immer wieder diskutierte Fachkraftquote eine wichtige Fragestellung.

Als Vergleichsparameter wurden in der Untersuchung jedoch nicht die tatsächlich vorhandenen Mitarbeiterzeiten gewählt, sondern die in der Region akzeptierten Anhaltszahlen pro Pflegestufe in Minutenwerte pro Tag umgerechnet.

Behandlungspflege Aufwand im Verhältnis zum Personalbedarf

Schon ohne die medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen, wirft die Personalbedarfsberechnung in der Altenhilfe einige bis heute ungeklärte Fragen auf. So gibt es hier erhebliche Diskrepanzen zwischen den Minutenwerten die erforderlich sind, um einer Pflegestufe zugeordnet zu werden und den Minutenwerten die letztlich der Personalberechnung zugrunde liegen. Um beispielsweise in Pflegestufe II zu gelangen, muss ein Bewohner, ausschließlich in den Bereichen Mobilität, Körperpflege und Ernährung, auf mindestens 120 Pflegeminuten pro Tag kommen. Die Spanne reicht von 120 – 239 Minuten proTag, der Mittelwert liegt daher bei 180 Minuten/Tag. Bewilligt für die Personalberechnung werden jedoch 95,4 Minuten pro Tag. Auch unter der Prämisse, dass die Einstufung der Pflegebedürftigkeit von Laienpflege und nicht von Profipflege ausgeht, bedarf dieser zeitliche Unterschied einiger Erklärungen.

Vor allem auch unter dem Aspekt, dass die in der Einstufung berücksichtigten Leistungsbereiche der Pflege, ja nur ein Teilaspekte allgemeinpflegerischer Leistungen abbildet. So werden beispielsweise die psychosoziale Betreuung von dementen Bewohnern, prophylaktische Maßnahmen, atemtherapeutische Maßnahmen etc. überhaupt nicht in der Einstufung berücksichtigt. Die Diskrepanzen werden in der folgenden Tabelle sehr deutlich:

Pflegestufe	Minutenwerte nach MDK Kriterien	Mittelwert nach MDK Kriterien für allgemeine Pflege	Für die Personalbedarfsberechnung anerkannte Pflegeminuten
0	0-44 Minuten	22,5 Minuten	33,6 Minuten
1	45-119 Minuten	82,5 Minuten	67,25 Minuten
2	120-239 Minuten	180 Minuten	95,4 Minuten
3	ab 240 Minuten	<i>303 Minuten</i>	149,4 Minuten

Tab 4

Nimmt man die ermittelten Minutenwerte für die Behandlungspflege hinzu, ergibt sich eine noch deutlichere Diskrepanz wie aus den Abbildungen 3 und 4 zu ersehen ist.

Abbildung 4 zeigt hier besonders prägnant, wie weit die Personalschere insbesondere bei Bewohnern der Pflegestufe 2 und 3 auseinander klappt. In dieser Abbildung sind die erforderlichen Minutenwerte der allgemeinen Pflege und der Behandlungspflege addiert. Beim Betrachten dieser Abbildung stellt sich

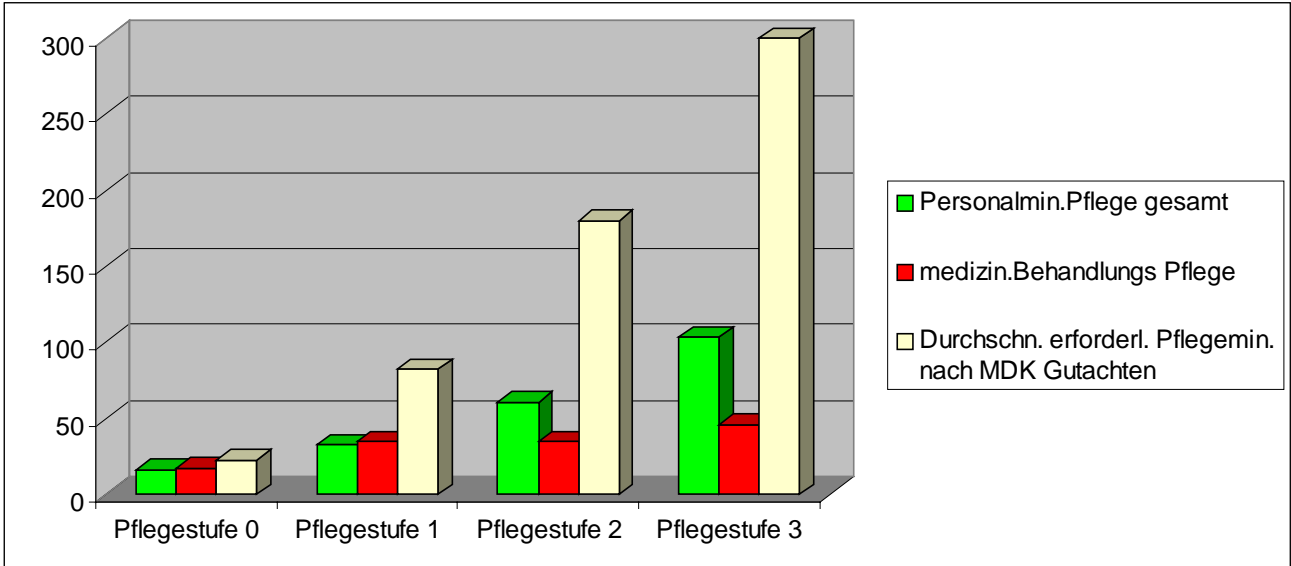


Abb.3

unweigerlich die Frage, wie bei einer solchen Differenz überhaupt noch eine angemessene Pflege leistbar ist.

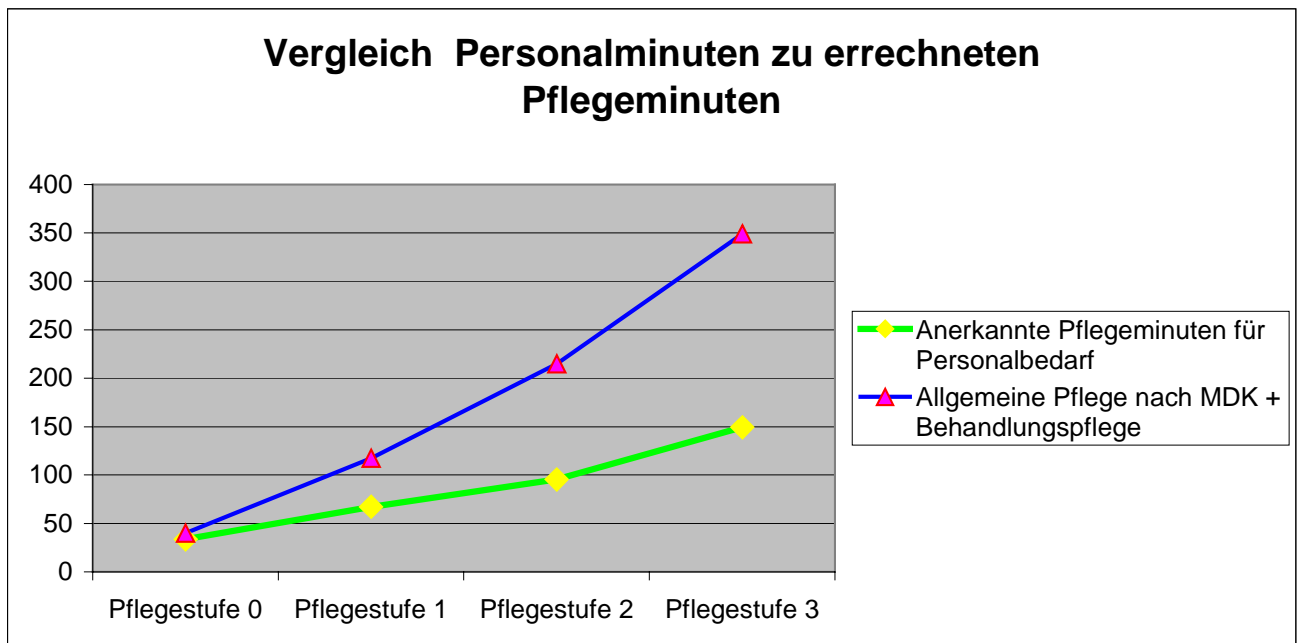


Abb.4

Die Pflegekräfte in den Einrichtungen erleben diese Diskrepanz aber auch ganz real während ihrer täglichen Arbeit. Daher ist das gezielte Setzen von Prioritäten sowohl hohe Kunst als auch Notwendigkeit.

Tatsache ist es nach wie vor, dass der Anteil an allgemeiner Pflege hier oftmals zurück treten muss. (s. Abb. 5a-d)

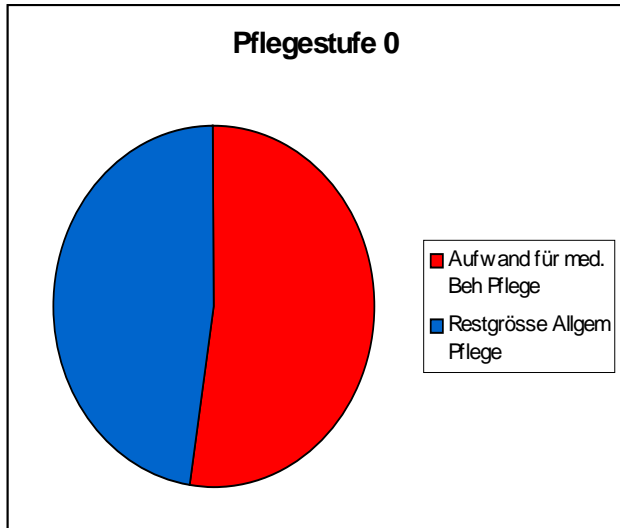


Abb. 5a

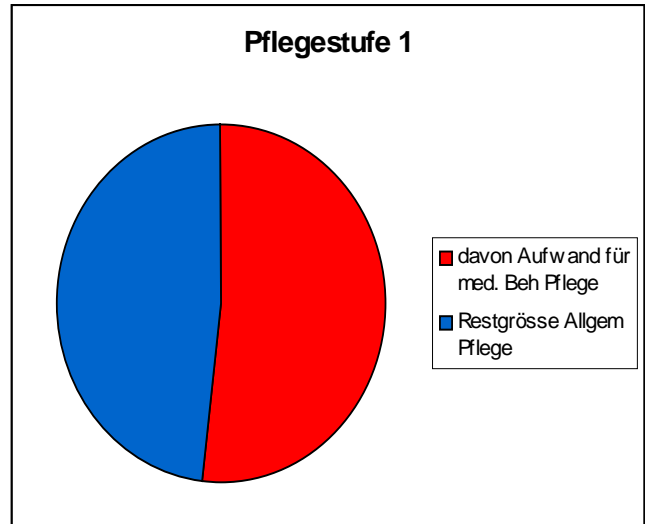


Abb. 5b

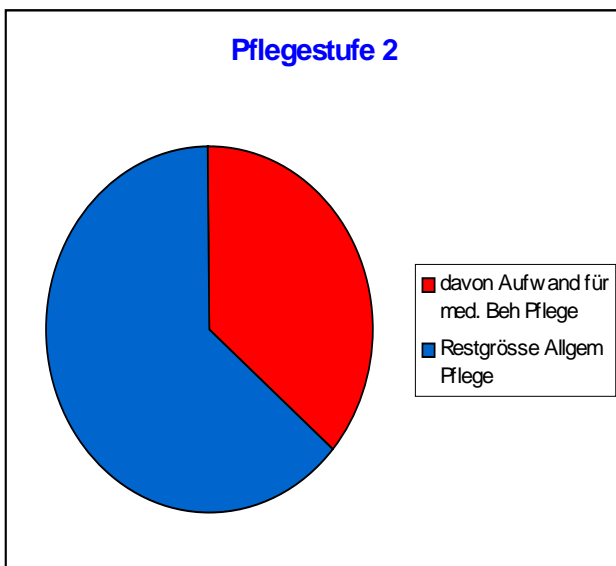


Abb. 5c

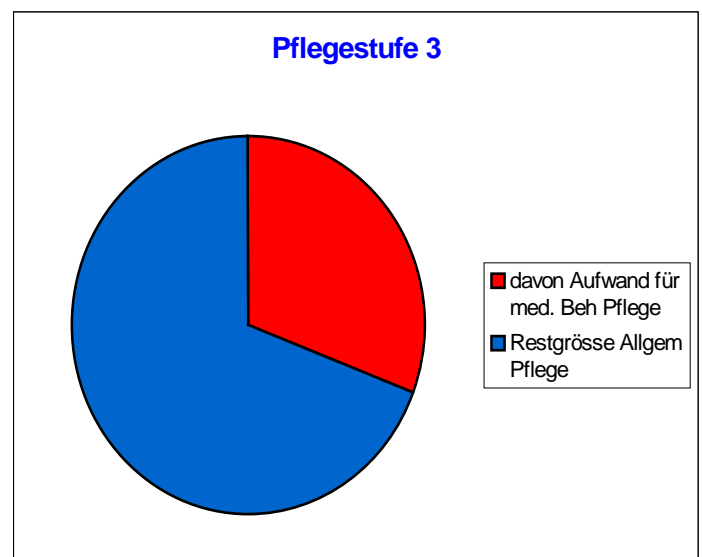


Abb. 5d

Die Abbildungen zeigen, welche Anteile die Behandlungspflege an den insgesamt zur Verfügung stehenden Pflegeminuten einnimmt. Die Anteile in Pflegestufe 3 sind natürlich geringer, weil insgesamt für Bewohner der Pflegestufe 3 mehr Personalbedarf in Form von Pflegeminuten anerkannt wird, als beispielsweise bei Bewohnern der Pflegestufe 0.

Da die Behandlungspflege aber nicht Bestandteil der Personalbedarfsberechnung ist, fehlen somit entsprechende Zeiten aus dem Bereich der allgemeinen Pflege. Dieses lässt sich den Abbildungen sehr gut nachvollziehen.

6. Konsequenzen für die Personaleinsatzplanung

Das Heimgesetz geht von einer 50% Fachkraftquote aus. Da bekanntlich medizinische Behandlungspflege ausschließlich von Fachkräften durchgeführt werden darf, hat dies natürlich gravierende Auswirkungen auf die Dienstplangestaltung. So sei im folgenden anhand einer Graphik dargestellt, wie die behandlungspflegerischen Tätigkeiten bezogen auf den Fachkraftanteil in der direkten Pflege innerhalb einer „normalen“ Planwoche aussehen. Angemerkt sei hier, dass die hier dargestellte Einrichtung über einen Fachkraftanteil von ca. 70% verfügt. Der Dienstplan war in der Einrichtung vor bekannt werden der Untersuchung bereits erstellt. Die Tätigkeiten werden hier in Stunden angegeben.

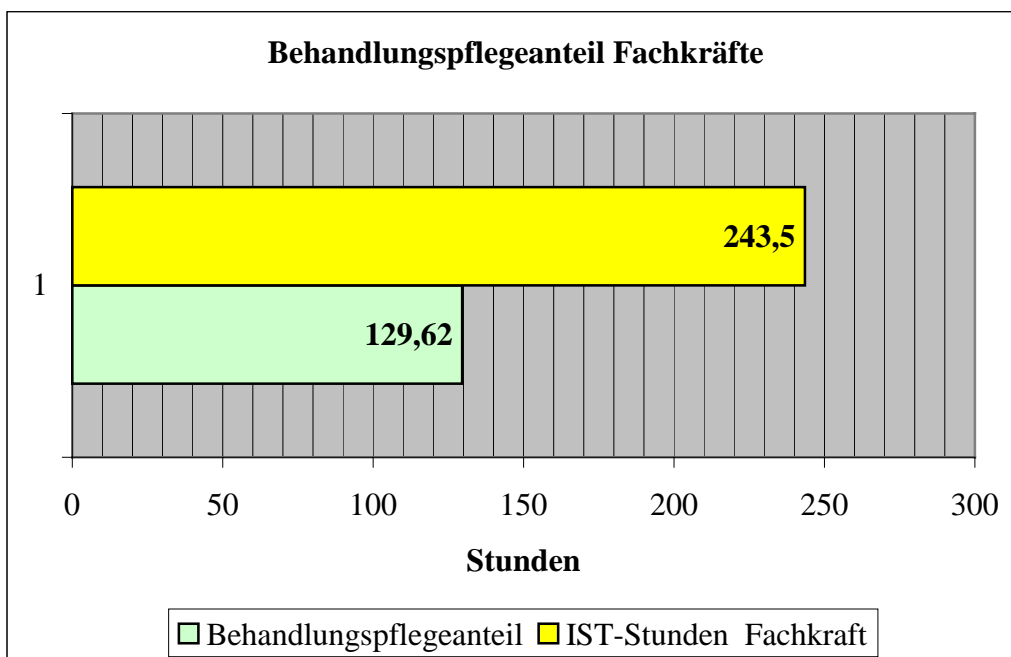


Abb. 6

Diese Darstellung macht deutlich, dass immerhin 53% der Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der betroffenen Einrichtung behandlungspflegerischer Natur sind. Es stellt sich hier nun die Frage, wo die Zeit für eine Fachkraft bleibt ihren originären Aufgaben nachzukommen, z. B. Pflegeassistenten und Schüler fachlich anzuleiten, den Pflegeprozess zu steuern und zu prüfen, Angehörigenarbeit zu leisten, Entwicklung mit zu initiieren. Es bleiben hier gerade bezogen auf eine 38,5 Stunden Stelle nur 18,1 Stunden um diesen Aufgaben nachzukommen. An dieser Stellen seien einige Begriffe aus dem Qualitätspapier des MDK genannt: *ganzheitliche Pflege und Versorgung, Bezugspersonenpflege, Kontinuität der Versorgung gewährleisten* Eine Tatsache wird bei diesen Zahlen ist allerdings ebenso sehr deut-

lich: Der Funktionspflege wird erheblicher Vorschub geleistet ! Glaubte man diese Zeiten hinter sich gelassen zu haben, sprechen diese Zahlen und die damit verbundene Logik leider für sich.

7. Die Anteile der Leistungen für medizinische Behandlungspflege wachsen

In einer der beteiligten Einrichtungen wurde bereits 1998 auf der gleichen Basis und mit den gleichen Instrumenten eine Erhebung durchgeführt. In dieser Einrichtung ist deutlich zu erkennen, dass der Aufwand für medizinische Behandlungspflege in diesen 2 ½ Jahren im Durchschnitt um 19% gestiegen ist.

Tab.5

	Erhebung 1998 Minuten pro Bewohner	Erhebung 2001 Minuten pro Bewohner	Veränderung in Prozent
Pflegestufe 0	26,6	25,5	- 4%
Pflegestufe I	26,7	34,7	30 %
Pflegestufe II	43,4	57,9	33 %
Pflegestufe III	97,6	103,5	6 %
Gesamtdurchschnitt	46,27		19 %

Bei der Veränderung in Pflegestufe 0 ist allerdings zu beachten, dass sich der Bewohneranteil in der Pflegestufe 0 von 1998 auf 2001 erheblich reduziert hat und der aktuellen Erhebung daher nur wenige Bewohner (insges. 6) zugrunde liegen.

Insgesamt gesehen ist aber eine signifikante Steigerung zu erkennen. Diese entspricht auch völlig dem Trend im Gesundheitswesen.

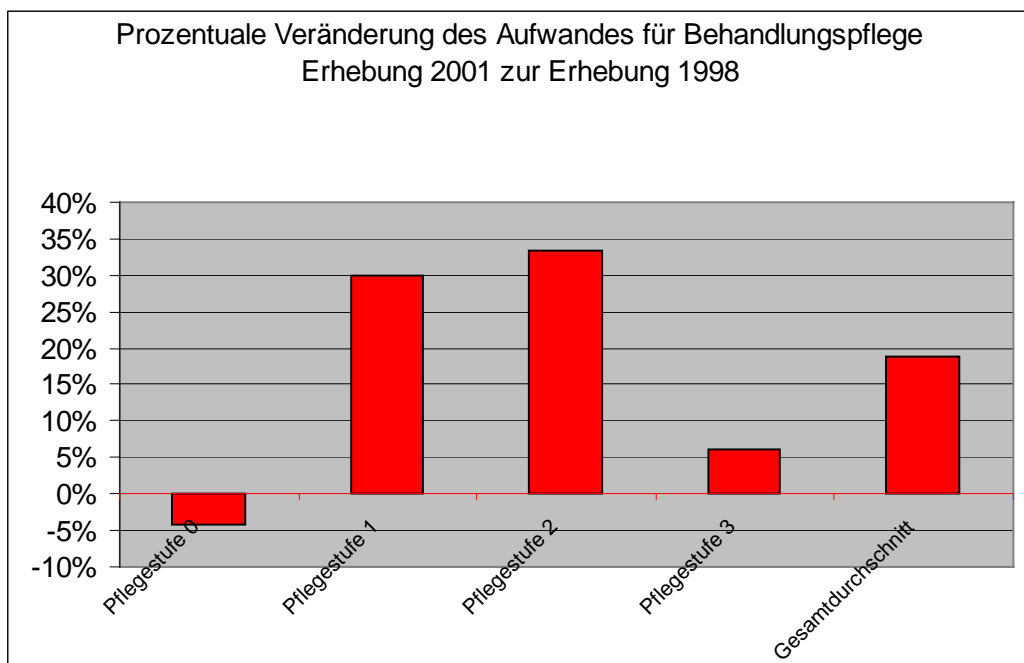


Abb.7

8. Diskussion

Die erhobenen Daten und Auswertungen zeigen unverkennbar, dass das Thema medizinische Behandlungspflege zum Nulltarif öffentlich breiter und mit Nachdruck diskutiert werden muss. Den politisch Verantwortlichen muss klar werden, dass hier letztlich die Krankenkassen Gelder einsparen. Dieses geht zu Lasten der Menschen, die in stationären Altenpflegeeinrichtungen leben und vor allem aber auch auf Kosten der Mitarbeiter die diese Menschen pflegen. Zu fordern ist daher eine angemessene Vergütung behandlungspflegerischer Leistungen durch die Krankenkassen in den Altenheimen.

Ganz sicher gibt es auch zu dieser Erhebung noch verschiedene Diskussionspunkte. Ganz sicher ist es so, dass die von uns ausgewählten Zeiten für die Einzelleistungen nicht zu 100% auf die Situation der stationären Altenpflege übertragbar sind. Dieses ist jedoch eine der Prämissen, der Untersuchung. Für eine genaue Zeiterhebung wäre eine umfangreichere wissenschaftliche Studie notwendig. Die Leistungskomplexe müssten in Einzelleistungen unterteilt und bei fachlich einwandfreier Durchführung müssten auf breiter Basis durchschnittliche Echtzeiten ermittelt werden.⁵

Eine solche Studie würde aber längere Zeit in Anspruch nehmen. Sie scheint angesichts der Dringlichkeit einer Entscheidung nicht mehr realisierbar. Dieser Artikel soll aber dazu anregen, dieses Thema auch in der Fachpresse weiter zu diskutieren.

Der schleichende Anstieg der medizinischen Behandlungspflege ist sicher ein Grund dafür, dass dieses Thema nicht schon eher in das Blickfeld greifbar gerückt ist. Angesichts der Entwicklung im Gesundheitswesen wird aber ganz sicher eine weitere erhebliche Steigerung zu erwarten sein. Daher ist eine entsprechende Anrechnung in den Pflegesätzen oder ein gesonderte Vergütung unumgänglich, damit auch die Einrichtung der Altenpflege in die Lage versetzt werden, diesen neuen Anforderungen Rechnung zu tragen. In diesem Zusammenhang muss auch die Fachkraftquote neu in den Blick genommen werden. Es ist sicher unstrittig, dass ein Großteil der Leistungen von Fachkräften erbracht werden muss, oder aber zumindest die Ergebnisse dieser Leistungen, (z.B. Blutzuckermessung) von Fachkräften überprüft werden müssen. Auch dieses ist ganz sicher ein Punkt, dem in Pflegesatzgesprächen deutlicher Rechnung getragen werden muss.

⁵ Risse, Ludger : „Die Erfassung und Auswertung pflegerischer Leistungen“ Abschlussarbeit kath.Fachhochschule Norddeutschland

Abschließend sein an dieser Stelle noch einmal aus so sei aus der Begründung zum ersten Änderungsgesetz zitiert: „ *Die Zuordnung der Aufwendungen für Behandlungspflege und der sozialen Betreuung im Pflegeheim zu den von den Pflegekassen zu übernehmenden Aufwendungen in den §§ 42 und 43, SGB XI macht eine Anpassung der Regelungen über das Vergütungsverfahren erforderlich. Durch die Anfügung in § 84, Absatz 1 wird sichergestellt, dass die Aufwendungen für Leistungen der Behandlungspflege als Bestandteil der Pflegesätze von den Parteien der Pflegsatzverhandlungen nach § 85 oder § 86 ausgehandelt werden.* “⁶

Sicherlich ein Lichtblick, den es forcieren, aber vor allen Dingen zu realisieren gilt!

Ludger Risse
Dipl. Pfliegewirt (FH)

Magnus Beck
PDL, QMB

Anschrift der Verfasser:

Ludger Risse
St. Elisabeth-Stift gGmbH
Westtor 7
48324 Sendenhorst
risse@st-josef-stift.de

Magnus Beck
St.-Josef-Haus
Königstrasse 1
59329 Liesborn
magnus.beck@t-online.de

Erstveröffentlichung: ALTENHEIM (Vincentz- Verlag)

⁶ Klie, Thoas: Pflegeversicherung