

Einsatzplanung:

der erlösbringende Einzelfall ist ein schlechter Ratgeber

Was erst unter dem eher harmlosen Begriff "Erlösorientierte Einsatzplanung" anfang, wird inzwischen in Form einer erlösdefinierter Einsatzplanung in einer ganzen Reihe von Softwareprogrammen als Standard und als Verkaufsargument erhoben. Schon bei der Erstellung des Leistungsplanes für den einzelnen Kunden zeigen solche Programme, wie viel Zeit man für diesen Kunden planen kann, damit er sich vom Ertrag her rechnet. Auch in der Tourenplanung selbst wird man permanent darauf hingewiesen, ob sich die Tour rechnet (schwarze Zahlen gleich positiver Ertrag) oder nicht (rote Zahlen gleich negativ).

Zunächst ging der Ansatz der "erlösorientierten Einsatzplanung" davon aus, dass man nicht mehr Geld ausgeben kann als man erhält. Diesem an sich vernünftige Gedankengang folgend sollte man in der Einsatzplanung überprüfen, ob denn die Einsatzkonstellation (Personal und Leistungen) im Einzelfall oder zumindest innerhalb einer Tour einigermaßen kostendeckend sei. Falls nicht müsste man entscheiden, ob die Tour umgestellt, Personal verändert, Leistungen verändert oder die Pflegezeiten verändert würden. Schon dieser Ansatz verkennt die gesetzliche Wirklichkeit der Kranken- und Pflegeversicherung. Die Einsatzzeit kann nicht davon abhängen, ob die eingesetzten Kosten gedeckt sind, sondern wird allein bestimmt von den pflegerischen Anforderungen des Einsatzes. Während dies in der Behandlungspflege weitgehend unstrittig ist

(ein aufwendiger Verbandswechsel kann nicht 'schneller' durchgeführt werden, es kann auch weder etwas anderes zusätzlich abgerechnet werden oder günstigeres Personal eingesetzt werden), bietet die Pflegeversicherungsleistung hier ein weites Feld: zwar muss die Pflegeleistung immer als aktivierende Pflege erbracht werden (§§ 11, 28, 69 SGB XI), aber aktivierende Pflege ist als Tatbestand nicht klar zu definieren.

Eine solche kostendefinierte Einsatzplanung beachtet nicht individuelle Besonderheiten, auch keinen kalkulatorischen Ausgleich im Gesamtumsatz, im Gegenteil:

Der Parkinson-Fall wird als unwirtschaftlich entweder abgelehnt (was rechtlich nicht zulässig ist), es werden weitere, aber inhaltlich nicht notwendige Leistungen verkauft: Große Pflege statt Kleiner Pflege (was zumindest ebenfalls ein Vertragsverstoß wäre) oder es wird einfach schneller gearbeitet, also es erfolgt keine aktivierende Pflege: diese Möglichkeit ist die Wahrscheinlichste, zumal eine externe Überprüfung des Vertragsverstoßes schwierig ist.

Der Fokus bei der kostendefinierten Einsatzplanung liegt nur auf dem Einsatz oder der Tour: eine klassische Leistungsmischung (80 % in der Normalzeit und 20 % abweichend nach oben und unten) wird von den bekannten Softwaresystemen nicht berücksichtig.

sichtigt bzw. kann auch technisch nicht berechnet werden.

Tatsächlich spielt es kurzfristig keine Rolle, ob ein Einsatz oder eine Tour nicht kostendeckend ist, vielmehr stellt sich die Frage, ob alle Touren eines Monats oder des Vergütungszeitraums (1 Jahr oder länger) insgesamt kostendeckend sind. Erst über eine größere Gruppe und einen längeren Zeitraum kann oft der Ausgleich stattfinden. Erst wenn danach die Erträge noch zu niedrig sind, stellt sich die Frage, ob die Vergütungen nicht zu niedrig oder die Kosten nicht zu hoch sind.

Controlling- und Planungsinstrumente, die von Beginn an nur den Einzelfall oder nur eine kleine Gruppe (Tour) betrachten können, führen klassisch zu Fehlsteuerungen:

- Einsätze, die fachlich wenig Pflegezeit benötigen, werden eher mehr Zeit bekommen (es rechnet sich ja)
- Einsätze, die fachlich mehr Pflegezeit benötigen, werden diese eher nicht bekommen: man will ja kein Minus machen.

Eine Ausgleichsbetrachtung über einen längeren Zeitraum 6 Monate bis ein Jahr findet faktisch nicht statt, ist technisch auch nicht einfach möglich.

Fazit

Die Kostendefinierte Einsatzplanung führt zu folgenden Effekten

- Einfache Pflegen, die gut finanziert sind, erhalten proportional mehr Zeit und damit mehr Leistung als diese benötigen und als vertraglich zugesagt sind.

- Komplexere Pflegen, die nicht gut finanziert sind, erhalten proportional weniger Zeit und damit weniger Leistung als diese benötigen und als vertraglich zugesagt sind.
- Bezogen auf die Kostendeckung hat der Pflegedienst am Jahresende bei konsequenter Umsetzung der kostendefinierten Einsatzplanung keine Probleme. Aus dieser Sicht müssten die Kostenträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung sowie Sozialhilfe) diese Art der Planung begrüßen und unterstützen, zumal dann eine Preiserhöhung prinzipiell nicht mehr nötig ist: bei steigenden Kosten wird einfach die Leistungszeit verändert, der Preis kann gleich bleiben.
- Bezogen auf die Leistungsqualität hat der Pflegedienst permanent akute Probleme: die Möglichkeit, bei Anlass- oder Stichproben-Qualitätsprüfungen des MDK und bei damit verbundenen Abrechnungsprüfungen zumindest Probleme zu bekommen, ist systemimmanent. Es könnte sich die spannende Frage stellen, ob Pflegekassen die Prüfaufträge beim Einsatz bestimmter Einsatzplanungssoftware eher forcieren müssten.

Abschließend sei festgestellt, dass man mit vielen der hier nur latent angesprochenen Softwareprodukten eine gute Einsatzplanung erstellen kann,

meist sogar ohne Nutzung und (An-)Sicht der kostenorientierten Werkzeuge.

Veröffentlicht in:

Häusliche Pflege, 1/2005
auszugsweise: **CAREkonkret**

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber
Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld
Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248
Email: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de