

Paradigmenwechsel in der Tourenplanung!

Angesichts dauerhaft fehlender Mitarbeiter müssen Wege gefunden werden, wie die vorhandenen Mitarbeiter mehr Kunden versorgen können. In dieser Serie werden Ideen zur Weiterentwicklung der Tourenplanung vorgestellt.

Leistungserbringung flexibilisieren

Wenn ein Kunde am Morgen eine Insulininjektion, eine Große Pflege sowie das Zubereiten des Frühstücks benötigte, wurde im Regelfall ein kombinierter Einsatz vereinbart, in dem die Fachkraft alle Leistungen übernahm. Das hatte den Vorteil, dass der Einsatz durch die Synergieeffekte (keine alleinige Behandlungspflege) etwas günstiger zu erbringen und alles gleich in einen Einsatz erledigt war, andererseits war die Pflegefachkraft mit diesem Einsatz ca. 45 Minuten gebunden. Aus Kundensicht war zwar alles auf einmal erledigt, aber dann war er wieder allein (was je nach Situation positiv oder negativ zu sehen ist). Aus Sicht der Kostenträger, insbesondere der Krankenkassen in Ländern mit geteilten Wegepauschalen wurde die Krankenversicherung um einen Teil des Wegeaufwandes entlastet.

Aber durch den langen Einsatz konnten andere Kunden, die auch durch Fachkräfte zu erbringende Behandlungspflegen benötigen, nicht mehr aufgenommen oder versorgt werden.

Was für Lösungsmodelle gibt es und welche Vor- und Nachteile haben sie für alle drei beteiligten Gruppen?

1. Getrennte Erbringung durch unterschiedliche Mitarbeiter

Die Fachkraft kommt nur allein für die Insulininjektion, eine (weitere) Pflegekraft kommt parallel oder später/früher für die Grundpflegeleistung

- Aus Pflegedienstsicht: zwar werden zwei Einsätze benötigt, aber dadurch können mehr Kunden mit

Behandlungspflege versorgt werden und die Fachkraft erbringt so mehr höherwertige Leistungen. Tendenziell geht das in Richtung Funktionspflege: aber wenn die Pflegekraft die Rolle der Kontaktperson und Bezugspflegekraft übernimmt, ist die Fachkraft ‚nur‘ noch als Experte unterwegs, der ähnlich wie der Arzt nur kurz da ist, während die Pflegekraft für die dauerhafte Beziehung ‚zuständig‘ ist.

- Aus Kundensicht: zunächst ist so überhaupt eine Versorgung anzubieten und sicherzustellen. Ob es schwierig ist, dass zwei Mitarbeiter kommen, hängt auch davon ab, wie die ‚Rollen‘ abgesprochen und kommuniziert sind. Wenn die Pflegekraft für die ‚Beziehung‘ zuständig ist und durch die Grundpflege die Zeit hat, sollte diese Lösung akzeptabel sein. Allerdings wird es in Ländern mit geteilter Wegepauschale etwas teurer, weil dann auch für die Pflegeversicherung die volle Wegepauschale zu finanzieren ist.
- Aus (Kranken-)Kassensicht: Die Krankenversicherung wird in Ländern mit geteilten Wegepauschalen behaupten, diese Einsatzplanung wäre unwirtschaftlich. Allerdings nur aus Sicht der Krankenkasse. Aber aus Sicht des Pflegedienstes ist diese Einsatzplanung wirtschaftlich, weil

die Versorgung nicht anders zu organisieren ist und angesichts der Personalkapazitäten nicht anders geplant werden kann. Da der Pflegedienst für die Einsatzplanung verantwortlich ist, dürfte eine Kürzung durch die Krankenkasse nicht statthaft sein.

2. Getrennte Erbringung durch gleiche Mitarbeiter

Die Fachkraft hilft dem Kunden morgens aus dem Bett, bereitet das Frühstück vor und verabreicht die Insulinspritze. Im Laufe des Vormittags kehrt sie für den Duscheinsatz zurück.

- Aus Pflegedienstsicht: Durch diese Verteilung wird die Pflege nur durch einen Mitarbeiter erbracht. Das am frühen Morgen nicht gleich alles fertig gemacht wird, sondern der Kunde erst den Morgen im Bademantel verbringt, könnte bei vielen Kunden auch den bisherigen Gewohnheiten entsprechen (erst nach dem Frühstück sich fertig machen). Erfahrungsgemäß werden nach ca. 10.00 Uhr viel weniger Kunden versorgt, so dass hier das typische Vormittagsloch auftritt, dass durch die Zweiteilung reduziert werden kann (was zu längeren Arbeitszeiten und weniger Teilzeitverträgen führen könnte).
- Aus Kundensicht: Evtl. muss der Kunde seinen Tagesablauf/Rhythmus umgestalten und ist nicht gleich am (frühen) Morgen komplett fertig. Ob das immer eine Umgewöhnung ist oder nicht sogar positiv angenommen wird, kommt auf den Einzelfall an. Durch die zeitliche Entzerrung erhält er aber

auch zu zwei verschiedenen Zeiten Besuch. Dazu kommt, dass die Mitarbeiter nach dem Frühmorgenstress am Vormittag eher weniger gehetzt sind. Wie aber bei der ersten Variante fallen auch hier (je nach Bundesland) etwas höhere Wegekosten an.

- Aus Kostenträgersicht: wie in der ersten Variante werden die Krankenkassen hier eine Unwirtschaftlichkeit unterstellen wollen, was nicht der Fall ist. Dazu kommt in dieser Variante durchaus auch das Argument, dass der Kunde erst später so versorgt werden will. Und andererseits die Versorgung gar nicht übernommen werden kann.

Gerade für eine kurze Morgenversorgung wie Transfer aus dem Bett und Frühstückmachen gibt es nicht in jedem Leistungskatalog der Bundesländer passende (kleine) Leistungen. Zumindest in Bezug auf die Hilfen bei der Mobilität, der Hauswirtschaft und Betreuung kann hier auch auf die Entlastungsleistung nach § 45b zugegriffen werden, da diese drei Inhalte einschließlich der Leistungen der Mobilität (siehe § 45b, Abs. 1) erbracht werden können. Die Leistung nach § 45b als Kostenerstattungsleistung ist relativ frei definierbar insbesondere in Bezug auf die Zeiteinheiten. Man könnte also für die Morgenversorgung 10 Minuten § 45b vereinbaren sowie der Insulininjektion nach SGB V.

Weitere Ideen in der nächsten Folge.

Literatur:

Heiber, Andreas / Nett, Gerd
Handbuch Ambulante Einsatzplanung

Grundlagen - Abläufe - Optimierung

2. völlig neu überarbeitete Auflage

Reihe PDL Praxis, Bd. 1

[Vincentz Network](#)

248 Seiten, kartoniert;

2. Auflage, Dezember 2014

ISBN-13: 978-3-86630-378-2

Zur Bestellung im [Vincentz Shop](#)

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,

Ausgabe 05/2017

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247,

Fax: 0521/801 8248

E-Mail: info.heiber@SysPra.de;

www.SysPra.de