

Verträge gut kennen

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 1

Die **Einsatzplanung** ist ohne Zweifel der Schlüsselprozess in der ambulanten Pflege. Hier entscheidet sich viel: ob die richtige Qualität eingesetzt ist, ob die Wegezeiten sinnvoll sind, ob die Einsätze aufeinander abgestimmt sind. Wer allerdings über das Instrument der „Erlösorientierten Einsatzplanung“ versucht, auch den finanziellen Erfolg eines Einsatzes zu steuern nach dem Motto: „Ich rechne aus was ich verdienen und dann plane ich, wie lange ich bleiben kann“, befindet sich auf einem mehrfachen Irrweg. Durch solch ein System werden falsche, weil seit Jahren nicht erhöhte Vergütungen ‚passend‘ gemacht zu Lasten der Qualität, eine Änderung der Vergütung mit dem Hinweis, diese würde nicht reichen, lässt sich am Ende gar nicht einmal beweisen, wenn man zuvor die Vergütung ‚passend‘ gemacht hat.

Entscheidungskriterien für den Einsatz sind nur die Qualifikation und der Pflegeauftrag:

Qualifikation

Im Bereich der Behandlungspflege wird in immer mehr Rahmenverträgen nach 132a (diese werden auf Landesebene abgeschlossen) dezidiert definiert, welche Behandlungspflegen welche Personalgruppe übernehmen darf. Leider erlebe ich es in der Praxis immer wieder, das PDL die für sie gültigen Bestimmungen nicht genau kennen und dann die Frage, ob sie auch eine Hilfskraft einsetzen können, mitunter falsch entscheiden. Oft geht es nicht um die tatsächliche Pflegekompetenz der Hilfskraft, die diese durch Fortbildung und Berufserfahrung erworben hat, sondern um Einhaltung von Verträgen. In Hessen darf nach den jetzigen Verträgen eine Hilfskraft nicht einmal die Kompressionsstrümp-

fe ausziehen. Tut sie dies und wird diese Leistung abgerechnet, kann dies (und wird) von den Krankenkassen nicht nur als Vertragsverstoß, sondern auch als Betrug ausgelegt werden.

Fazit: Die PDL bzw. alle Mitarbeiter, die Einsatzplanung machen, müssen den aktuell für ihre Einrichtung abgeschlossenen Rahmenvertrag kennen und vorliegen haben, denn sie sind in erster Linie für den sachgerechten (und damit vertragskonformen) Personaleinsatz verantwortlich. Diese Verantwortung geht aus meiner Sicht so weit, dass die PDL auch feststellen muß, ob sie ausreichend geeignetes Personal zur Verfügung hat. Stellt beispielsweise die Geschäftsführung Hilfskräfte ein, um günstigere Personalkosten zu haben, muss im Einzelfall geklärt werden, wie eine Vertragskonforme Einsatzplanung noch möglich sein soll. Spätestens ab 2002 mit den möglichen kombinierten Qualitätsprüfungen einschließlich der Abrechnungsprüfung werden solche Punkte noch genauer von den Krankenkassen überprüft werden (können).

Der Pflegeauftrag

Der Pflegeauftrag hat viele Gesichter: sei es ein Behandlungspflegeauftrag oder ein Pflegeversicherungsauftrag oder eine Kombileistung.

Der **Behandlungspflegeauftrag** beruht auf einer ärztlichen Verordnung, die der Pflegedienst als Erfüllungsgelhilfe des Arztes ausführt, wenn die Krankenkasse dies zuvor genehmigt hat bzw. bis zum Tag der Ablehnung. Ohne genehmigte Verordnung keine Behandlungspflege: Wenn beispielsweise die Krankenkasse eine Medikamenten-Gabe ablehnt, wird dies sowohl den Pflegedienst als auch dem

Arzt (für diesen mit Begründung) mitgeteilt. Dann darf der Pflegedienst diese Leistung nicht mehr weiter übernehmen. Achten Sie darauf, schon allein aus haftungsrechtlichen Gründen!

Der Pflegeversicherungsauftrag beruht auf einem Vertrag zwischen dem Versicherten und dem Pflegedienst. Hier ist eindeutig definiert (i.d.R. nach Leistungskomplexen/Modulen), was der Pflegedienst übernehmen soll. Formulierung wie „nach Bedarf“ dürften nicht mehr der geklärten Rechtslage durch das PQSG entsprechen, verhindern aber auch eine sinnvolle Einsatzplanung. Wenn die Dauer eines Einsatzes immer davon abhängt, ob der Pflegekunde vielleicht doch gebadet werden soll, ist keine verlässliche Einsatzplanung mehr möglich. Dauerhaft kann nur die vertraglich vereinbarte Leistung erbracht werden. Der Umfang an Ser-

viceleistungen sollte und dürfte keine Leistungslücken schließen, die beispielsweise durch den Kostendruck der Angehörigen entstehen, die noch Pflegegeld haben wollen: als tragendes Beispiel sei auf den Toilettenstuhl aus dem PDL-Praxis Betrag 8/00 hingewiesen.

Privatleistungen beruhen ebenfalls auf einem Vertrag, sind im Regelfall aber weniger problematisch.

Zusammengefasst: Pflegeaufträge sind konkret, sie beschreiben die einzelnen notwendigen Leistungen, ein Spielraum für „spontane Wunschleistungen“ ist im Regelfall nicht gegeben: Ausnahme sind Notfälle. Notfälle kommen aber nicht jeden Tag vor, sonst wären es Normalfälle.

Zeiten bestimmen

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 2

Nachdem im ersten Teil der Pflegeauftrag konkretisiert wurde, geht es nun weiter mit der Definition der Zeiten für die einzelnen Leistungen: Thomas Sießegger hat das sinnvollste Verfahren in der Feburarausgabe bereits beschrieben: gemeinsam mit den Mitarbeitern, unter genauer Kenntnis der einzelnen Leistungsdefinitionen werden die Zeiten konkret festgelegt und dauerhaft überprüft.

In der Praxis sind eine Reihe von anderen Wegen anzutreffen, um Zeiten zu ‚definieren‘: der falscheste ist sicherlich der Weg über die Einnahmen: Erlösorientierte Einsatzplanung. (siehe auch 11/2001 sowie 6/2001).

Ebenfalls anzutreffen ist die Umrechnung von Punktwerten in Minuten nach der Formel: 600 Punkte entsprechen 60 Minuten. Diese Formel stammt aus

der Frühzeit der Pflegeversicherung. Bei den ersten Leistungskatalogen und der Frage, wie man Leistungen bewerten kann, hat man sich am Prinzip der ärztlichen Gebührenordnung orientiert: auch hier wird nicht für jede einzelne Leistung ein Preis ermittelt, sondern den Leistungen werden Punktmengen zugeordnet, so dass man in einer Vergütungsverhandlung jeweils nur den Punktwert verhandeln muss. Der Stundenwert 600 Punkte stammt aus dieser Zeit, ist aber nach meinem Wissen in keinem Vertrag schriftlich fixiert worden. Weil man aber vor Einführung der Pflegeversicherung, also zur Zeit des alten § 55 SGB V, die Zeit (eine Stunde Grundpflege) als einzigen Qualitätsmaßstab kannte, schien es für alle Beteiligten einfach, solch ein Muster zu übertragen. So wurde aus einer nordrhein-westfälischen Ganzwäsche mit

410 Punkten eine Leistung, die angeblich 41 Minuten dauern durfte. Dies war und ist jedoch falsch, auch wenn noch heute Pflegekassenmitarbeiter vor Ort es so ihren Versicherten erklären wollen:

Der Pflegekunde hat seit Einführung der Pflegeversicherung das Recht auf eine bestimmte Leistungserbringung, nicht aber auf einen Zeitrahmen: die (wesentlichen) Inhalte der Ganzwaschung müssen erbracht sein, unabhängig vom benötigten Zeitrahmen. Benötigt der Pflegemitarbeiter 32 Minuten, ist die Leistung genau so richtig erbracht wie bei 55 Minuten. Die Dauer darf nur von der Pflegesituation abhängen. Der Pflegekunde hat nicht das Recht auf eine bestimmte Zeit, somit natürlich auch nicht der Pflegemitarbeiter!

Der Bewertungsmaßstab ‚Punkte‘ ist einzig und allein ein Hilfsmittel zur Vereinfachung von Vergütungsverhandlungen. Ein Blick in die verschiedenen Vergütungssysteme der Bundesländer macht dies ebenfalls deutlich: Die eben schon genannte Leistung Ganzwaschung ist in NRW mit 410 Punkten beschrieben, in Hessen mit 450 Punkten, in Niedersachsen (Wohlfahrtskatalog) mit 400 Punkten. Damit ist nicht gesagt, das im Bundesland mit der höchsten Punktzahl die Leistung am Teuersten ist.

Zusammengefasst: Punktwerte sind ein Verhandlungsinstrument, sie sagen nichts über die konkret notwendige Zeit aus.

Ein weiterer Irrweg ist der Versuch, über die bei der Einstufungsbegutachtung verwendeten Zeitwerte zu einer Pflegezeit zu kommen:

Als Beispiel wiederum eine Ganzwäsche oder Große Toilette.

Lt Zeitkorridor käme für die Schritte: Hilfe beim Verlassen des Bettes, Duschen, Ankleiden gesamt, Mund- und

Zahnpflege sowie Kämmen eine Zeit von 32 Minuten heraus. Aber: die Zeitwerte spiegeln nicht die notwendige Arbeitszeit eines Pflegeprofi's wieder, sondern sind für eine sehr spezielle und eingeschränkte Situation ermittelt: die Verrichtungen werden vollständig übernommen, der Pflegebedürftige ist (komplett) passiv, die Übernahme erfolgt durch eine nicht ausgebildete Pflegeperson (also beispielsweise eine Angehörige). Jede Abweichung von dieser Ausgangsbeschreibung bedingt andere Zeitwerte. Außerdem sind die Zeitwerte allein als Hilfsmittel für die Einstufung da, jeglicher Rückschluss auf eine mögliche Pflegezeit ist nicht möglich (so ausdrücklich in der Richtlinie!).

So bleibt der einzig sinnvolle und richtige Weg, die notwendige Zeit anhand der konkret zu erbringenden Leistung zu definieren, diese im Einzelfall anzupassen und Abweichungen zu begründen.

Ein wesentlicher Trick zur gleichmäßigeren Definition ist der von mir so genannte **LK '99**: Bei jedem Einsatz, unabhängig von der Anzahl der zu erbringenden Leistungen gibt es eine Reihe von Tätigkeiten, die immer gleich sind: das fängt an bei der Begrüßung, geht über das Ablegen der Kleidung, das abschließende „ist sonst alles in Ordnung“ bis zur Dokumentation und zum Anziehen/Gehen. Dieser Arbeitszeit ist in jedem Einsatz gleich aufwendig, unabhängig von der Menge der Leistungen. Definiert man mit den Mitarbeitern Leistungen, so sollte man die Leistung LK '99 hier ausklammern und jedem Einsatz dafür eine fixe Zeit zurechnen. So dauert die Ganzwäsche beispielsweise immer ca. 29 Minuten, der Einsatz allerdings dann + LK '99 vielleicht 33 Minuten.

Drei wesentliche Kriterien

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 3

Vorbemerkung: in der jüngeren Literatur wird inzwischen ausschließlich von Tourenplanung geredet, nicht im engen Sinne von Mitarbeiterplanung: der Unterschied ist einfach: bei einer Tourenplanung wird unabhängig von der tatsächlichen Person eine Planung vorgenommen, die dann von einer Reihe gleich qualifizierter MitarbeiterInnen gefahren werden kann.

Bei der ‚Mitarbeiterplanung‘ erfolgt eine ‚enge‘ Zuordnung von Mitarbeitern zu Kunden nach dem Motto: „Das ist mein Patient“. Diese noch aus früheren Zeiten stammende Definition hat erhebliche Nachteile: schon aus dem Arbeitszeitgesetz heraus kann nicht immer ein Mitarbeiter einen Kunden betreuen. Pflergetheoretisch dürfte dies ebenfalls problematisch sein, zumal in der ambulanten Pflege. Der professionell notwendige Abstand kann dann schnell verloren gehen, die Gefahr, das die notwendige Beziehung zu eng wird („Sie sind ja wie meine Tochter“) ist erheblich größer als bei einer Tourenplanung, bei der der Pflegekunde von einem kleinen Team von drei bis vier MitarbeiterInnen im Wechsel betreut wird. Weiterhin spricht gegen eine eindeutige Mitarbeiterzuordnung, das dann mutmaßlich sinnvolle Fahrtwege dauerhaft nicht möglich sind: Erfahrungsgemäß verschieben sich im Laufe der Zeit die Kundengruppen auch geografisch innerhalb des Einzugsgebiets. Eine feste Mitarbeiterzuordnung erzeugt dann längere Fahrtwege.

Nach welchen Kriterien wird eine Tour zusammengestellt?

Drei wesentliche Kriterien sind zu nennen:

1. Qualifikation
2. Kundenwünsche nach Zeit
3. Fahrtwege

1. Qualifikation

Diese Frage ist nicht nur vor dem Hintergrund finanzieller Fragen wichtig, wobei die Frage erlaubt sei, ob denn die im Sinne des SGB XI sowie seiner Qualitätsanforderungen ausgebildeten Pflegekräfte so sehr viel günstiger sind als Pflegefachkräfte. In einigen Bundesländern ist diese Frage auch über die Rahmenverträge geregelt: so beispielsweise in Hessen (wie an dieser Stelle schon öfter beschrieben): kombinierte Einsätze können hier fast nur durch Fachkräfte erbracht werden. Was sich im Einzelfall rechnet, ist (siehe Sießegger in dieser Ausgabe) sicherlich interessant, aber nicht das wichtigste Kriterium. Die fachliche Einschätzung der PDL unter Berücksichtigung der im Bundesland gültigen vertraglichen Bedingungen ist das entscheidende Kriterium. Nicht vergessen, die PDL verantwortet die qualifizierte Einsatzplanung, auch juristisch nach Außen! Die Frage der Wirtschaftlichkeit hängt auch in nicht unerheblichem Maße von einer leistungsgerechten Vergütung der Leistung ab, was nicht immer gegeben ist!

2. Kundenwünsche nach Zeit

Wir dürfen in der Einsatzplanung nicht vergessen, um wen es eigentlich geht und wer uns bezahlt: das ist und bleibt der Kunde. Damit sind seine Wünsche möglichst weitgehend zu berücksichtigen. Natürlich kann leider nicht jeder Pflegekunde am Morgen um 8.00 Uhr aus dem Bett geholfen werden. Die wichtigste Stelle zum Steuern bzw. Besprechen dieser Kundenwünsche ist daher das Erst/Anamnesegespräch. Sagt die PDL hier eine bestimmte Zeit zu, dann muss sich der Kunde zukünftig auch darauf verlassen können. Auch wenn sich innerhalb ‚seiner‘ Tour etwas ändert, so sollte sich diese Än-

derung nicht auf seine eigentliche Wunschzeit auswirken. Falls doch, bedarf dies einer neuerlichen Absprache! Ziel muss immer ein zufriedener Kunde sein. Ist der Kunde von Beginn an mit der möglichen Versorgungszeit nicht einverstanden, hätte er ja (zumindest theoretisch) den Vertrag nicht unterschrieben. Zusagen, die hier gemacht werden (auch in Bezug auf spätere Änderungen) müssen in jedem Fall eingehalten werden.

3. Wege

Eine Reihe von Untersuchungen zeigen, wie hoch der Wegezeitaufwand pro Einsatz und pro Tag ist. Immerhin

im Durchschnitt ca. 23 % sind die MitarbeiterInnen auf dem Weg! Jede Optimierung dieser Zeit wirkt sich positiv auf das Gesamtergebnis aus! Dabei ist der kilometermäßig kürzere Wege nicht immer der Schnellere! Da die Arbeitsminute ca. 4 bis 5 mal teurer ist als ein Kilometer (aus Sicht der Pflegeversicherung), lohnt sich ein schnellerer Umweg fast immer. Gerade die Optimierung der Wege ist ein lohnender Ansatz, um noch unter Umständen vorhandene ‚Reserven‘ zu erschließen.

Im nächsten PDL Praxis: Tipps und Tricks zum besten Weg

Doppelte Wege

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 4

Thomas Sießegger hat in der letzten Ausgabe allein unter dem Gesichtspunkt „Betriebswirtschaft“ die Frage erörtert, ob es im Einzelfall sinnvoll sein kann, zwei Mitarbeiter zu einem kombinierten Einsatz zu schicken. Hier sollen nun ergänzend einige Aspekte beleuchtet werden, die Sießegger absichtlich bei seiner Betrachtung ausgelassen hat:

1. **Was ist eigentlich die Realität?** Wie hoch ist denn der Anteil der Kombileistungen? Beim Betriebsvergleich auf der Basis von Zeiterfassungen (den die System & Praxis Andreas Heiber durchführt und an der bisher fast 200 Pflegeeinrichtungen bundesweit teilgenommen haben) liegt der durchschnittliche Anteil an Kombieinsätzen bei knapp unter 20 %. Zwar gibt es länderspezifische Abweichungen, in Hessen ist dieser Wert erheblich niedriger (11 %), in Niedersachsen etwas höher (30 %): dies ergibt sich aus unter-

schiedlichen Rahmenverträgen und den damit bestimmten Möglichkeiten des Personaleinsatzes sowie aus unterschiedlichem Bewilligungsverhalten von Kostenträgern. Die Frage, ob man eine Reihe dieser Kombieinsätze in jeweils zwei Einsätze verändern kann, hängt aber wesentlich mit einem anderen Faktor zusammen:

2. **Was kostet das (mehr) für den Pflegekunden?** Werden in einem Einsatz Leistungen für zwei Kostenträger (Kranken- und Pflegeversicherung) erbracht, halbiert sich praktisch zunächst der tatsächliche Aufwand für die Wegekosten: man fährt nur einmal hin. In all den Bundesländern, in denen es in der Pflegeversicherung Fahrtkostenregelungen pro Einsatz gibt (die aus meiner Sicht leistungsgerechteste Form der Vergütung), würde der Pflegeversicherungskunde bei zwei Einsätzen mehr

bezahlen: Da bei einem gemeinsamen Einsatz im Regelfall eine reduzierte Fahrtpauschale abgerechnet wird (so zum Beispiel in Hessen oder Niedersachsen), ist der kombinierte Einsatz aus Sicht der Pflegeversicherung und damit eines begrenzten Budgets billiger, es können also mehr Einsätze erbracht werden. In Länder mit Tagespauschalen wie Baden-Württemberg oder Schleswig-Holstein macht sich dies nicht bemerkbar, da die Tagespauschale in der Pflegeversicherung gleich bleibt. Der Pflegekunde wird also je nach Bundesland schon ein finanzielles Eigeninteresse haben, das möglichst kombinierte Einsätze erbracht werden. Auch die Krankenkassen achten hierauf. Sie reduzieren Fahrtpauschalen bei Kunden, bei denen am gleichen Tag auch Pflegeversicherungseinsätze stattfinden mit dem Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit.

3. **Steht die Wirtschaftlichkeit immer im Vordergrund?** Nein! Es gibt sicherlich eine ganze Reihe von Pflegesituationen, wo Leistungen eben nicht kombiniert erbracht werden können: Der insulinpflichtige Pflegekunde isst morgens im Bett, benötigt also die Injektion vor dem Aufstehen. Erst um 10.00 Uhr steht er auf. Ein Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit ist hier Fehl am Platz: wir erinnern uns: **„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbe-**

stimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2, Abs. 1, SGB XI). Das bedeutet, unabhängig von der Vergütungssituation sind die Wünsche des Pflegebedürftigen entscheidend. Natürlich sollte er auf die eventuellen finanziellen Nachteile aufmerksam gemacht werden, er jedoch entscheidet. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben hier nicht das Recht, sich über das Selbstbestimmungsrecht hinweg zu setzen, schon gar nicht, wie es oft in Hessen passiert, ohne Prüfung des Sachverhaltes bzw. ohne Rücksprache mit dem Pflegedienst.

Trotz der unter Umständen rechnerischen betriebswirtschaftlichen Vorteile werden in den meisten Fällen die Leistungen in einem Einsatz erbracht, die Rahmenverträge, die Wünsche des Kunden und die Fahrtwege bedingen diese Realität. Lediglich in städtischen Ballungsräumen mit potentiell kürzeren Wege (falls dies so stimmt) könne eine parallele Behandlungspflegetur denkbar sein und sinnvoll sein, allerdings auch hier nach Absprache mit den Pflegekunden. Will der Kunde nicht die vollen Einsatzkosten tragen, kann gegen seinen Willen der kombinierte Einsatz auch nicht aufgeteilt werden bzw. nur, wenn die Mehrkosten der Pflegedienst trägt.

In der Gesamtbetrachtung (inklusive der Aspekte von Sießegger) reduzieren sich die Möglichkeiten von parallelen Einsätzen stark, was allerdings das vorhandene Fachkräfteproblem der gesamten Pflege nur noch verschärft.

Betriebsblindheit wird reduziert

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 5

In den meisten heute zu lesenden Artikeln und in den Fachdiskussionen wird selbstverständlich immer der Begriff Tourenplanung verwendet, wenn es um die Einsatzplanung in der ambulanten Pflege geht. Tourenplanung meint die Zuordnung von Pflegekunden zu einer (abstrakten) Tour, wobei noch nicht festgelegt ist, welcher Mitarbeiter diese Tour auch übernimmt. Aus der Geschichte der Sozialstationen bzw. ambulanten Pflege in Deutschland heraus gibt es aber auch eine andere Form: die mitarbeiterbezogene Planung: hier werden die Pflegekunden fest einem Mitarbeiter zugeordnet, der diese immer versorgt. Das klassische Bild ist die Gemeindeschwester, die allerdings auch oft allein arbeitete und daher keine Alternative zu dieser Zuordnung hatte. Aus Mitarbeitersicht erscheint die direkte Zuordnung von Pflegekunden erstrebenswert, schafft sie doch klare Verhältnisse: jeder weiß, wer für wen verantwortlich ist und um wen er sich kümmern muss. Aber sowohl inhaltlich als auch technisch entstehen in der ambulanten Pflege hiermit viele Probleme:

1. **„Mein Patient“:** Ist der Pflegekunde fest zugeordnet, wird aus einer anfangs sinnvollen Einsatzplanung nach und nach ein Flickenteppich, bedingt durch den Weg- und Neuzugang. Selbst in geografisch kleinen Räumen wie Stadtbezirken lassen sich Wegezeiten nur sinnvoll steuern, wenn die Pflegekunden nicht zwingend einem Mitarbeiter zugeordnet sind.
2. **„Meine Schwester“:** weiß der Pflegekunde, das er immer nur von seiner Schwester versorgt werden soll, wird er auch darauf

bestehen, selbst wenn es nicht sinnvoll ist, beispielsweise aufgrund veränderter Touren.

3. Ob die in den ersten beiden Punkten beschriebene Nähe auch pflegepraktisch sinnvoll ist, darf zumindest bezweifelt werden. **Professioneller Abstand** dürfte genauso wichtig sein wie professionelle Teilnahme und Nähe.

In der stationären Pflege gewinnt die Bezugspflege wieder zunehmend an Bedeutung, seit man (wieder) bemerkt hat, das nicht schon allein die fachliche richtige Versorgung über eine Funktionspflege ausreichende pflegerische Ergebnisse erzielt, sondern das Kontinuität und Beziehungen ebenfalls wichtig sind. Einfach übersetzt wäre dann Funktionspflege der Einsatz von zwei Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen. Diese Fragestellung wurde schon in den letzten Folgen hier (und bei Sießegger) diskutiert.

In diesem Sinne wäre ja die Schwesterntour die optimale Lösung, ist es aber im ambulanten Bereich nicht. Durch die sehr unterschiedlichen Wegezeiten ist eine mitarbeiterbezogene Planung weder sinnvoll zu organisieren noch durchzuhalten. Es würde zwangsläufig immer wieder zu Verschiebungen kommen, wenn der Mitarbeiter einen neuen Patienten bekommt. Dies ist bei einer Tourenplanung ohne festen Mitarbeiterbezug viel weniger oft der Fall. Die Tourenplanung berücksichtigt die schon beschriebenen Kriterien: Qualifikation, Zeitwünsche und Wege. Viele Pflegedienste haben die Touren nach Qualifikation geordnet: Fachkräftetour oder Schwesterntour und Pflegekräftetour.

Ein wichtiger Punkt bleibt in Bezug auf die Personalzusammensetzung festzuhalten: nur weil die Touren nicht mehr auf einen Mitarbeiter hin geplant werden, bedeutet das nicht, das die Tour nun ständig von einem anderen Mitarbeiter gefahren wird: Beispiel: der Pflegedienst hat 5 Touren und 15 Mitarbeiter (Köpfe). Im Laufe eines Monats haben die Pflegekunden so die Möglichkeit, jeden zweiten Tag einen anderen Mitarbeiter kennen zu lernen!

Das Beispiel beschreibt das Gegenteil von dem, was eine gute Tourenplanung ausmacht. Kontinuität ist ein wichtiges Kriterium in der Versorgung, aus Sicht des Pflegekunden eines der wichtigsten. In der Praxis hat sich gezeigt, das 4 Mitarbeiter gut 3 Touren dauerhaft übernehmen können (da ein Mitarbeiter rechnerisch immer im Frei, Urlaub, etc. Ist). Innerhalb eines sol-

chen kleinen Teams würden die Pflegekunde im Sinne von Verantwortungszuweisung fest verteilt:

Beispiel: Mitarbeiter A ist verantwortlich für Herrn Meyer. Durch die Teampflege wird er alle 3 bis 4 Tage von Mitarbeiter A versorgt. Mitarbeiter A ist zuständig für die ‚Überwachung‘ und Fortentwicklung der Pflegedokumentation, für die Koordination zu anderen Berufsgruppen (Ärzte, ...), konkreter Ansprechpartner bei Problemen, etc..

Durch den regelmäßigen Wechsel ist es möglich, im kleinen Team gemeinsam die Lebenssituation von Herrn Meyer zu beobachten. Durch dies Mehr-Augenprinzip wird auch die klassische Betriebsblindheit in einer dauerhaften Pflegebeziehung reduziert.

Der Dominoeffekt

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 6

Jeder kennt ihn, jeder fürchtet ihn, aber er ist kaum zu vermeiden: der **Dominoeffekt**: gemeint ist nicht die jährliche Spielsteinshow bei RTL, wo Millionen Dominosteine um die Wette fallen, sondern der Dominoeffekt in der Tourenplanung: Da hat man die ideale Tour geplant, und dann dauert es beim dritten Pflegekunden ausnahmsweise erheblich länger. Was passiert: bei allen anderen 10 weiteren Kunden kommt die Pflegekraft sehr viel später an: sie kann sich also schon mal auf 10 lange Geschichten, 10 x dumme Sprüche, etc. einstellen. Welche Vermeidungsstrategien gibt es denn nun, diesen Dominoeffekt zu vermeiden oder zumindest zu verringern?

Was heutzutage im Rahmen von kundenorientierten Pflegeleitbildern nicht mehr geht: „Wir sagen jedem Kunden,

das es auch später werden kann, das wir auch schon mal eine halbe Stunde später kommen können, wenn es einen Notfall gibt.“ Was sich so praktisch und logisch anhört, wird in der einzelnen Pflegesituation durchaus als unzumutbar erlebt: Herr Meyer soll morgens um 9.00 Uhr versorgt werden, er ist inkontinent, bettlägerig und lebt allein. Am Morgen hat die Windel einen ansehnlichen Umfang erreicht, einschließlich des morgendlichen Stuhlgangs. Aber Herr Meyer weis: gleich, um 9.00 Uhr, kommt die Schwester. Aber sie kommt nicht, scheinbar ewig lang nicht. Subjektiv und objektiv ist es für Herrn Meyer sehr schlimm, wenn die Schwester wegen eines anderen Notfalls erst um 9.30 Uhr kommt. Auch die Aussage:“ Das wussten Sie doch, das es auch mal später werden kann“ hilft dann nicht mehr viel.

Grundsätzlich sollte es mehrere Bausteine geben, um diese Situationen zu entschärfen bzw. zu vermeiden:

1. Jede Verspätung von mehr als **15 Minuten wird telefonisch** angekündigt: der Mitarbeiter meldet seine Verspätung an die Station, die das weitere veranlasst. Dazu benötigt nicht jeder Mitarbeiter ein Handy, eine kostenfreie 0800er Nummer der Sozialstation tut es auch und ist ungleich günstiger.
2. Wie werden Dominoeffekte im Dominospiel vermieden: indem man einige Steine herausnimmt, indem man also **Sollbruchstellen** schafft, die die Auslösekette unterbrechen. Auf die Pflege übertragen kann das heißen: Die Tourenplanung mit 13 Kunden am Vormittag beinhaltet eine **Pause** nach dem 6. Kunden von einer Viertel Stunde. Dies ist arbeitsrechtlich möglich und auch notwendig, um Mitarbeitern im anstrengenden Pflegealltag auch Zeit zum Luftholen (oder auch zum Rauchen) zu geben. Tritt im ersten Block ein Notfall und damit eine Zeitverzögerung auf, wird der zweite Block davon nicht berührt. Spannend sind für mich dann immer die Pausendiskussionen: Mitarbeiter wollen eigentlich lieber schnell fertig werden und die Pausen dann am Ende machen, zumal Pausen keine bezahlte Arbeitszeit sind. Im Sinne des Arbeitszeitgesetzes, also zum Schutz und zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter, sind Pausen notwendig. Wer von uns kann schon pausenlos durcharbeiten. Und Auto-

fahrten zwischen den Pflegen sind keine Pausen, können sogar anstrengender/aufregender sein als Pflegen. Pausen benötigen auch keine firmeneigenen Pausenräume, sonst müsste jede Firma mit Außendienstmitarbeitern an jeder Straßenecke Pausenräume aufstellen. Zur Pause fährt man auch nicht in die Station zurück. Pausen kann der Mitarbeiter für den persönlichen Einkauf, für einen Kaffee beim Bäcker oder für die ruhige Zigarette nutzen. Für die Einsatzplanung sind Pausen unverzichtbare Pufferzonen, um Dominoeffekte eingrenzen zu können. Auch kurzfristige Ausfälle (Pflegekunde ist im Krankenhaus, ist nicht da) dürfen nicht dazu führen, dass der Pflege Mitarbeiter dann bei allen Pflegekunden eine halbe Stunde früher auftaucht. Herr Meyer aus dem Beispiel würde sich freuen, wenn er auf einmal schon um 8.30 Uhr versorgt würde, sich allerdings auch ärgern, wenn dies sich nach drei Tagen schon wieder ändert.

Pausen sind ein wichtiger Bestandteil einer professionellen Tourenplanung. Unter Umständen kann die Pflegeeinrichtung durch Absprachen mit Bäckern, etc. sogar geeignete ‚Pausenräume‘ mit günstigen Kaffeekonditionen aushandeln.. Da die beste Tourenplanung die ist, in der sich nichts ändert und bei der zuverlässig die zugesagten Planzeiten eingehalten werden, ist es im Zweifelsfall ist es unter Umständen sogar günstiger, Pausen zu bezahlen, als unzufriedene Kunden zu haben.

Pakete packen

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 7

Die beste Tourenplanung ist die, die nie verändert werden muss. Aber davon kann man in der Wirklichkeit nur träumen. Also stellt sich die Frage, wie man Veränderungen so vornehmen kann, das sie die geringsten Auswirkungen auf die gesamte Tour haben. Fallen kurzfristig einzelne Einsätze aus, sollte sich die Einsatzplanung nicht dazu verführen lassen, gleich die gesamte Tour nach vorn zu verschieben. Spätestens wenn der Kunde wieder da ist, geht alles von vorne los bzw. nach hinten zurück. Also lieber hier eine Pause einplanen oder die Lücke anderweitig stopfen. Vermieden werden sollte, dass die Mitarbeiter dies allein entscheiden, denn diese wollen im Regelfall schneller mit der Arbeit fertig werden, erscheinen also überall deutlich früher. Auch auf Aussagen der Mitarbeiter: „Das macht den Kunden doch gar nichts aus, die freuen sich doch, wenn sie mal früher dran sind“, sollte man sich nicht zu sehr verlassen. Kontinuität ist mitunter wichtiger als frühere (und dann schließlich wieder) spätere Versorgungszeiten. Soll trotzdem ein ‚Loch‘ gestopft werden, ist es unter Umständen besser, den letzten Kunden vorzuziehen als bei allen Kunden zu früh zu erscheinen. Dabei ist aber auch hier immer zusätzlich der Fahrzeitaufwand zu beachten. In einem städtischen Ballungsgebiet lassen sich solche Veränderungen einfacher umsetzen als in ländlichen Gebieten.

Richtig spannend wird es, wenn ein Mitarbeiter ausfällt und dann eine komplette Tour anders besetzt werden muss. Die erste und idealste Lösung wäre ein **Springer**. Jemand, der nicht in den normalen Pflgetouren eingeplant ist, aber kurzfristig einspringen kann. So schön die Springer die Tourenplanung retten können, so selten

sind sie, es sei denn, die PDL übernimmt ausnahmsweise die Funktion. Dies geht aber nur, wenn die Ausnahme nicht die Regel ist. Pflegedienstleitungen benötigen einen regelmäßigen Arbeitstag, sie haben täglich kontinuierliche Arbeiten wie Einsatzplanung, VO-Überwachung, Kostenklärung, Kundengespräche, u.v.m.. Da sie je nach Stationsgröße in der Pflege mitarbeiten können, benötigen sie dann Touren, die mit ihren Aufgaben in Einklang zu bringen sind: also beispielsweise Touren, die nicht gleich um 6.00 oder 7.00 Uhr beginnen. In dieser Zeit ist die PDL eher in der Station für Umplanungen, etc. gefragt.

In den meisten Gegenden sind die Fachkräfte, die sinnvollerweise als Springer eingesetzt werden, inzwischen knapper, und jemand zu finden, der nur gelegentlich und dann aber voll arbeiten will, kann ist sehr schwierig. In größeren Einrichtungen oder Organisationsformen ist es schon erheblich leichter, ein Springerteam zu formieren, also Mitarbeiter, die zeitweise keine festen Touren fahren, sondern je nach Situation die Vertretung übernehmen können. Springer muss auch kein Dauerzustand sein, diese Funktion könnte reihum innerhalb des Jahres gewechselt werden, so das alle Mitarbeiter auch eine Zeit lang Springerfunktionen übernehmen. Wenn dadurch eine Tour nicht aufgelöst werden muss, die Kunden also zu ihren angestammten Zeiten versorgt werden können, ist schon sehr viel Kontinuität erhalten. **Springerteams** könnten auch regional gebildet werden, beispielsweise durch die Kooperation befreundeter Einrichtungen eines oder verschiedener Träger. Durch ein gemeinsames Springerteam wäre allen geholfen, auch wenn die Springer dann je nach

Einsatzort eine weitere Anreise haben und die Tourenpläne mit genaueren Stadtplänen versehen werden müssen.

Müssen Touren dennoch aufgelöst werden, kann ein anderer Trick die Arbeit erleichtern und zumindest einen Teil der vorher optimalen Planung retten: Innerhalb einer Tour werden eine Reihe von Kunden ‚fest‘ miteinander verbunden, **sie bilden Pakete**: beispielsweise alle Kunden in einer Straße, in einem Ortsteil, in einem Dorf. Wird die Straße, der Ortsteil oder das Dorf dann angefahren, werden auch

alle Kunden hier versorgt, ohne das eine zweite Anfahrt erfolgt (es sei denn aus medizinischen Gründen oder weil die Kunden feste Zeitvorstellungen haben, die auch nicht in Ausnahmefällen verändert werden dürfen).

Somit besteht eine Tour aus mehreren Paketen. Muss die Tour aufgelöst werden, wird nicht jeder Kunde einzeln verschoben, sondern nur noch die Pakete. Das erleichtert außerdem die Arbeit. Unbewusst machen das viele PDL tagtäglich.

Der Frühjahrsputz

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 8

Ein **Frühjahrsputz** ist eine schöne Sache: mal endlich in jede Ecke gucken, überall den Staub entfernen, vor allem da, wo man nicht immer hin kommt. Dann dies und das verändern, was man schon immer wollte, aber nie im Alltag geschafft hat. Einiges wegwerfen, was schon lange überfällig war, wozu man aber bisher weder die Zeit noch den Mut gefunden hat. Und am Ende, nach der dann doch sehr anstrengenden Arbeit stolz sein über das Erreichte, sich über die neue Ordnung freuen, über das Mehr an Platz.

Ja, so ein Frühjahrsputz, den man nicht unbedingt nur im Frühjahr machen kann, hat schon viele Vorteile: auch in der Einsatzplanung!

Im Regelfall bestehen die Einsatzplanungen in den Einrichtungen in dieser Form schon seit vielen Jahren. Sie werden zwar an allen Ecken und Enden ständig verändert, aber die Grundstrukturen bleiben. Keiner stellt sich die Frage, ob eine Reihe von Grundannahmen noch stimmen oder richtig sind wie zum Beispiel: Herr Heiber darf nur von Schwester Claudia versorgt

werden, Frau Mayer will immer um 8.15 Uhr aufstehen, zu Frau Schmidt dürfen nur blonde Frauen kommen,Die Liste der scheinbar feststehenden Grundbedingungen ist im Zweifelsfall unendlich lang. Das führt dann dazu, das die Einsatzplanung ein gewaltiges gedankliches Puzzle wird, bei dem man neben den formalen Kriterien wie medizinisch notwendige Zeiten, Qualifikation, Wunschzeiten und Fahrwege noch alle anderen historisch gewachsenen Parameter berücksichtigen muss. Grundsätzlich wird hier jeden Tag von den Einsatzleitungen hervorragende Arbeit erbracht, vor allem, wenn man bedenkt, das ein Computer gar nicht so krumm denken kann, bzw. unendlich viele Informationen erst bekommen müsste, bevor er auch nur ansatzweise so ein Ergebnis zu Stande brächte.

Aber: muss das alles immer so sein?

Was wäre, wenn Sie einmal im Jahr einen Frühjahrsputz machen? Einmal die berühmte Stecktafel von der Wand nehmen und umdrehen: aus dem riesigen Haufen der Stechkarten eine völlig

neue Tourenplanung aufbauen, zunächst nur nach den klassischen Kriterien einer Einsatzplanung: Medizinisch notwendig, Qualifikation, Wunschzeiten, Wege? Käme dann ein identisches Ergebnis heraus wie bisher oder etwas völlig anderes?

Eine **radikale Neuplanung** hat den Vorteil, das man auf völlig neue und im Regelfall auch viel bessere Tourenkonstellationen kommt. Erstaunlicherweise stellt sich bei der Umsetzung dann oft heraus, das der Herr Heiber es viel besser findet, nun nicht mehr von Schwester Claudia versorgt zu werden, Frau Meyer schon immer lieber um 7.00 aufstehen wollte und es Frau Schmidt im Grunde genommen egal ist, wer kommt. Am Besten gelingt diese zugegebenermaßen große Sisyphusarbeit zusammen mit dem gesamten Team, mit Kaffee und Kuchen, als Workshop. Mit der geballten Kompetenz der Kollegen entstehen im Regelfall die besten und die am meisten akzeptiertesten Einsatzpläne. Der Aushandlungsprozess, welche Tour nun welche Kunden ‚verliert‘ oder ‚bekommt‘ nehmen die betroffenen Mitarbeiter selbst vor, nicht die PDL, die sonst immer an allem ‚Schuld‘ ist. Die Akzeptanz für die Veränderungen ist dann im Team wesentlich größer. Grundlage für jede Umplanung müssen natürlich verbindlichen Vorgabe oder Richtzeiten sein, die für jeden Kunden im Einzelfall angepasst sind. Davon war in dieser Reihe schon ausführlich die Rede, auch von den Heimlichen Leistungen bzw. den Serviceleistungen, die in der Planung eben-

falls nicht fehlen dürfen. Auch sollte bei der Neuplanung auf standardisierte Vorgabezeiten für die Fahrtzeiten verzichtet werden zugunsten von Echtzeiten. Die Mitarbeiter, die täglich diese Wege fahren, können hier sehr genau Auskunft über den tatsächlichen Weg geben, vor allem, wenn sie es gemeinsam erarbeiten.

Um auch in größeren Einrichtungen erfolgreich einen Frühjahrsputz durchführen zu können, bietet es sich an (falls nicht schon vorhanden), größere Tourenpläne in regionale oder anders definierte Teams einzuteilen, so das dann immer Arbeitsgruppen mit vier bis sechs Mitarbeiter entstehen, die die Planung erarbeiten.

Wichtig bei einer kompletten Veränderung ist nur, die Kunden persönlich und ausführlich vor der Umstellung zu informieren. Das für die meisten auch nachvollziehbare Argument ist sicherlich die Wirtschaftlichkeit, bzw. die kürzere Fahrtwege. Hilfreich ist, die Kunden über die Pflegedienstleitung, deren Stellvertretung oder über den Geschäftsführer (falls vorhanden) zu informieren. Die Kunden fühlen sich dann stärker wahrgenommen, wenn der ‚Chef‘ sie informiert, als wenn dies der Mitarbeiter nebenbei bemerkt. Dies kann sicherlich bei vielen Kunden telefonisch geschehen, bei einigen auch durch kurze Besuche.

Wagen Sie den Frühjahrsputz, zumindest einmal im Jahr, die Ergebnisse sind erstaunlich positiv. Viel Spaß dabei!

Spontane Pflege

Die Einsatzplanung in ambulanten Diensten, Teil 9

Frage an den Pflegedienst: „**Können Sie auch spontan kommen, wenn bei meiner Mutter die Windel ge-**

wechselt werden muss?“ Diese klassische Frage ist Alltag in der ambulanten Pflege. Liest man die Artikel von

Heiber und Sießegger zum Thema Einsatzplanung, muss man den Eindruck gewinnen: **es gibt nichts schlimmeres als ungeplante Einsätze**. Dies ist in der Theorie auch richtig: die beste Einsatzplanung ist die, die bewusst geplant und danach nicht mehr verändert wird. Die Praxis sieht jedoch anders aus, neben einplanbaren Veränderungen (Ausfall wg. Krankenhaus, etc.) kommen spontane Anfragen dazu. Wie sind diese zu managen? Sind die Pflegedienste dafür eigentlich zuständig, wo doch die Pflegeversicherung ausdrücklich eine Teilkaskoversicherung ist?

1. Die Pflegedienste sind verpflichtet, den beauftragten Versorgungsumfang zu übernehmen, dazu schließen sie Pflegeverträge ab. Schon um einen Kostenvoranschlag und einen aussagekräftigen Pflegevertrag abzuschließen, kann man nicht mit **„Bei Bedarf“-Leistungen** arbeiten. Spätestens bei den neuen Qualitätsprüfungen mit Abrechnungsprüfung wird das Prüfteam die Frage stellen, warum mehr Einsätze abgerechnet werden als im Pflegevertrag beauftragt sind (Verdacht des Abrechnungsbetruges). Da der Pflegedienst auch nur für den beauftragten Umfang zuständig ist, könnte er die spontane Anfrage (s.o.) eigentlich ablehnen (bitte beachten Sie den Konjunktiv!!!)
2. **Pflege ist nicht normierbar, das Leben ist spontaner als die dazu gehörigen Finanzierungssysteme.** Ohne eine spontane Hilfe beim Toilettengang wird das Leben zu Hause dauerhaft unmöglich. Die meisten Pflegedienste leisten dies auch, zu Ungunsten der Wirtschaftlichkeit, zum Teil auch

zum Leidwesen der anderen Pflegekunden, deren Einsatzzeiten sich dadurch wiederum verschieben.

Wie kann man spontane Einsätze organisieren, ohne gegen den eigenen Pflegevertrag zu verstoßen, ohne zu große wirtschaftliche Verluste und mit möglichst geringen Auswirkungen auf die anderen Touren/Pflegekunden?

1. Je größer der Pflegedienst, um so einfacher ist es, Springerfunktionen durch zusätzliches Personal zu besetzen. Je kleiner die Einrichtung, um so schwieriger die Organisation, ohne vorhandene Touren zu unterbrechen. Teilweise kann vielleicht die PDL, so sie denn zeitweise im Büro ist, diese Einsätze übernehmen. Allerdings nur, wenn gleichzeitig ihr Büroarbeitsplatz optimal organisiert ist und gerade Routine – und Standardarbeiten automatisiert bzw. einfach geregelt sind. Immer da, wo es viele Wettbewerber gibt, könnten auch andere Organisationsformen angedacht werden: beispielsweise ein gemeinsamer Rufdienst, der nicht nur nachts und am Wochenende greift, sondern auch tagsüber: Mehrere Pflegedienste leisten reihum die Rufbereitschaft am Tage im Sinne eines Kooperationspartners. Die dienstfreien Pflegedienste geben den Spontaneinsatz an die Rufbereitschaft weiter, die übrigen Touren bleiben weiterhin optimal geplant. Auf dem sprichwörtlichen „platten“ Land ist dies erheblich schwieriger zu organisieren. Unter Umständen könnten für solche spontanen Dienste MitarbeiterInnen im Ruhestand, Kindergartenmütter usw. erschlossen werden. Auch

- Kooperationen mit weiteren Wegen sind nicht auszuschließen. Lieber zwanzig Kilometer fahren lassen als die komplette Tourenplanung zu verändern, diverse Telefonate zu führen und trotzdem unzufriedene Kunden(die Anderen) zu bekommen. Selbst in Gebieten mit geringem Wettbewerb wird die Kundenzufriedenheit (und die Zuverlässigkeit ist einer der wichtigsten Faktoren dazu) immer wichtiger als Qualitätsmaßstab.
2. Im Einzelfall kann eine geschickte Einsatzplanung auch planbare spontane Einsätze berücksichtigen: ein Beispiel: Frau Meyer benötigt unregelmäßig am Vormittag gegen 10.00 Uhr Hilfe bei Toilettengang. Mal jeden Tag, dann mal wieder jeden zweiten Tag, dann auch mal nur alle drei Tage. Grundsätzlich könnte Frau Meyer in die Tour eingeplant werden, sie wird jedoch immer vorher, also um ca. 9.45 Uhr angerufen, ob ein Einsatz notwendig ist (oder sie ruft an). Wenn nicht, hat der Mitarbeiter in dieser Zeit seine planmäßige Pause (zu Pausen und deren Funktion siehe PDL-Praxis Nr. 5/02).
 3. Findet ein spontaner Einsatz statt, sollte dieser nicht nur durch das übliche Handzeiten auf dem Leistungsnachweis dokumentiert werden, sondern es sollte auch festgehalten werden, dass dieser Einsatz zusätzlich zum bisher vereinbarten Rahmen erfolgte (zumindest im Pflegebericht). Aus dem zusätzlichen Einsatz resultieren ja auch zusätzliche Kosten, die unter Umständen zu einem (höheren) Eigenanteil führen. Einfach und klar wird es, wenn man ein Formular wie die **„Zusätzliche Kostenübernahmeerklärung“** aus der Formulareammlung „Häusliche Pflege“, Vincentz Verlag 1996: (siehe Downloadbereich) benutzt. Hier kann die Leistung sowie das Abrechnungsverfahren einfach und für alle Parteien nachvollziehbar festgehalten werden. Es erscheint zwar etwas bürokratisch, für jeden spontanen Einsatz ein Formular zu verwenden, schafft aber für alle Seiten Transparenz und Sicherheit (siehe oben).

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgaben 12/2001 - 08/2002

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld
Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248
E-mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de