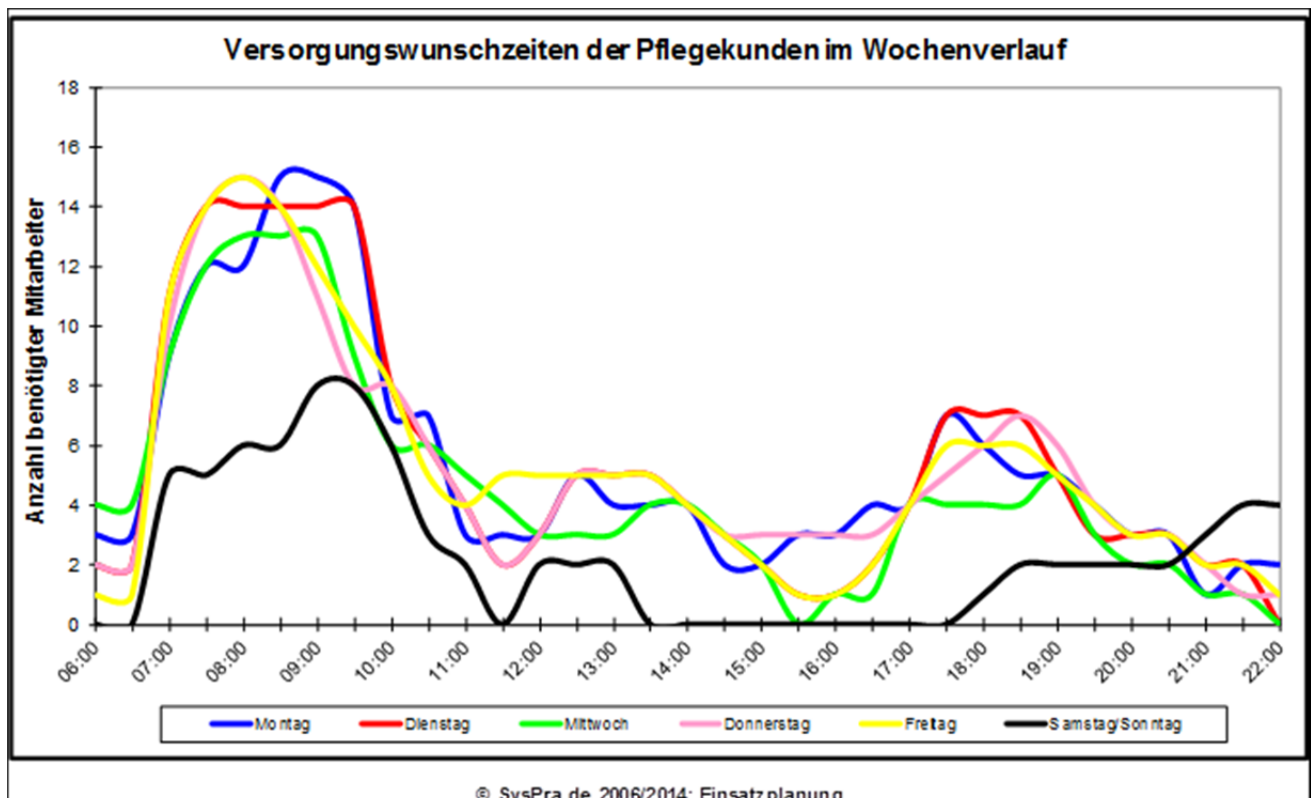


Paradigmenwechsel in der Tourenplanung!

Nicht erst die aktuelle Pflegestatistik 2015 zeigt es deutlich: die ambulante Pflege liegt im weiteren Aufwärtstrend. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat um ca. 9 % zugenommen, die Leistungsbezieher in Pflegeheimen aber nur um 2,5 %. Dafür hat die Anzahl der ambulant versorgten Pflegegeldbezieher um über 11 % zugenommen, die Kunden mit Kombi- und Sachleistungen jedoch um über 12 %. Übrigens: schon seit 2007 nimmt der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Verhältnis zu den stationär Versorgten ständig zu, das ist keine Folge der PSG-Gesetze, sondern schon eine länger zu beobachtende Entwicklung.

Für die ambulante Pflege heißt das: Kunden zu bekommen wird immer einfacher, aber gleichzeitig wird es immer schwieriger, die notwendigen Mitarbeiter in der richtigen Qualifikation zu finden und zu behalten. Das aktuelle und zukünftig noch kleinere ‚Nadelöhr‘ sind die Mitarbeiter. Früher drehte sich alles in der Tourenplanung um den Kunden: zu welcher Zeit soll er versorgt werden? Was kann man noch möglich machen. Da die Kundenwünsche im Tagesablauf stark schwanken (siehe Grafik) war eine Lösung, möglichst viel Mitarbeiter mit geringen Stundenanteilen anzustellen.

Das ging nicht mit den klassischen stationären Schichtsystemen, sondern mit einer möglichst hohen Flexiquote (Anzahl Mitarbeiter pro Stelle). Das Ergebnis war/ist, dass es in der ambulanten Pflege nur wenige Vollzeitstellen, aber viele Teilzeitstellen gibt. Da man von Teilzeit auch leben können muss, war die Folge, dass gerade junge Mitarbeiter die ambulante Pflege schnell wieder verlassen haben in Richtung Vollzeitstellen oder das Mitarbeiter dann noch einen Zweitjob benötigen.



Angesichts der steigenden Nachfrage und der abnehmenden verfügbaren Mitarbeiter müssen die Pflegedienste anfangen, andere Prioritäten zu setzen: vordringlich ist es, 1. Mitarbeiter zu gewinnen, 2. ihnen auskömmliche Arbeitsverhältnisse anzubieten (angemessene Vergütung bei genügend Stunden) und sie 3. zu halten (auch mit Kindern, im Alter, etc.).

Bei diesen Fragestellungen sollte es keine gedanklichen und praktischen Tabus geben, insbesondere bei der Frage, wie flexibel man auf Kundenwünsche (noch) reagieren kann und ob die bisherigen Leistungskataloge und Abrechnungsregelungen hier hilfreich oder evtl. sogar kontraproduktiv sind.

Schon allein die Frage, welche Aufgaben nur allein Pflegefachkräfte übernehmen dürfen und welche Aufgaben auch geringer qualifizierte Pflegekräfte übernehmen können, hat wesentlichen Einfluss auf die Angebotspalette, die Möglichkeiten der Tourenplanung und damit zwangsläufig auf die Arbeitsplatzsituation:

Ein schönes und schräges Beispiel ist Niedersachsen mit seiner Regelung zur Behandlungspflege (Vertrag nach § 132a Niedersachsen)

- Zunächst können nur die Pflegekräfte auch Maßnahmen der Behandlungspflege erbringen, „für die sie nach ihrer Ausbildung qualifiziert“ sind: das bedeutet aber praktisch, dass eine spätere Nachqualifikation zwar möglich ist, aber nicht mehr anerkannt werden kann.
- Pflegekräfte ohne formale Qualifikation können nur dann bestimmte Leistungen der Behandlungspflege (insbesondere Medigabe, Kompressionsstrümpfe) erbringen, wenn sie dazu materiell qualifiziert sind **und** nur wenn die Leistung zeitgleich in einem Einsatz mit SGB XI-Leistungen erfolgt (faktisch ist die Formulierung im Niedersachsenvertrag nicht so eindeutig, wird aber oft so

interpretiert). Das heißt aber ganz praktisch: wenn morgens ein Kunde gewaschen wird und dann die Medikamente bekommt, kann dies eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft übernehmen, aber abends zur reinen Medikamentengabe darf sie nicht kommen, sondern es muss eine Fachkraft übernehmen.

Solche Regelungen sind nicht nur in sich widersprüchlich und wenig verständlich (die Qualifikation der Pflegekraft ist ja praktisch vorhanden), sie führen ganz praktisch nicht nur zu Funktionspflege, sondern auch zur vertragsmäßig falschen Erbringung oder zur Erbringung ohne Abrechnung; alles keine sinnvollen Alternativen. Die Diskussionen zur Veränderung werden zwar geführt, aber auf so vielen verschiedenen Ebenen (Verlust der Fachlichkeit, Kürzung der Vergütung etc. sind einige Stichworte), das kurzfristig keine Lösung sichtbar ist.

Was soll ein Pflegedienst machen, wenn er faktisch nicht mehr genügend Fachkräfte hat, um solche Vertragsregelungen einzuhalten? Sie sollten die Versorgungsaufträge dann an die Krankenkassen zurückgeben, denn diese sind für die Sicherstellung verantwortlich und diese müssen dann den Versicherten sagen, wo sie Pflegedienste finden, die für eine vertragskonforme Erbringung noch genügend Personal haben.

In den nächsten Folgen: welche Ideen und Konzepte können helfen, diese Ziele zu erreichen? In dieser und weiteren Ausgaben von PDL Praxis sollen Ideen, Möglichkeiten und Probleme verschiedener Ansätze beschrieben werden.

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 04/2017

© **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