

- Rechtsgedankens des § 37 Abs. 3 SGB V nicht zumutbar. Nicht vorstellbar ist, wie eine Betreuungsperson es faktisch leisten sollte, bei mehreren Demenzkranken ggf. gleichzeitig bspw. vor den Mahlzeiten und mehrmals pro Tag medizinisch erforderliche Maßnahmen wie vorliegend die Medikamentengabe oder zusätzlich die Blutzuckermessen durchzuführen, auch wenn diese grundsätzlich einfach sind und keine medizinische Sachkunde erfordern. Dazu kommt, dass Demenzkranke pflegerische Maßnahmen zum Teil ablehnen, laut Pflegegutachten der Beigeladenen wird auch die Klägerin als teilweise aggressiv, uneinsichtig und unkooperativ eingestuft. Damit können und müssen die Pflegeleistungen im Rahmen der Leistungsverpflichtungen aus dem vorliegenden Betreuungsvertrag des ambulanten Pflegedienstes möglicherweise anders als in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII nicht erbracht werden.

Die Bewohner haben sich mit dieser Form der Betreuungsverträge darauf geeinigt, individuell benötigte Leistungen nicht gemeinschaftlich zu organisieren, sondern durch Einzelverträge abzuwickeln.

Kein Anspruch ableitbar

Aus der Konstruktion einer ambulanten Wohngruppe nach dem Baukastensystem unter (Aus-)Nutzung der gespaltenen Finanzierungsverantwortung und der unterschiedlichen Finanzierungslogiken der Krankenkassen und Pflegekassen kann kein Anspruch der Bewohner auf Übernahme der häuslichen Krankenpflege aus einer „Gesamtverantwortung“ der Wohngemeinschaft abgeleitet werden. Der Einkauf von Einzelleistungen durch privatrechtliche Verträge, die teilweise durch die Sozialver-

sicherungsträger finanziert werden, mag dazu führen, dass aufgrund des Bedarfsdeckungsprinzips des SGB V durch die Kranken- und Pflegekassen insgesamt höhere Leistungen zu gewähren sind als bei der Wahl einer vollstationären Einrichtung nach § 43 SGB XI. Die Wohnform der selbst organisierten pflegerischen Versorgung auf der Grundlage eines Baukastensystems ist jedoch nicht nur erlaubt, sondern gewünscht und durch den Gesetzgeber mit Zuschlägen nach § 38a SGB XI gefördert. ➤

ORGANISATION

Transparenz der Leistungen: Wer kommt wann? (4)



Foto: Fritz Stockmeier

Andreas Heiber

Inhaber von System & Praxis
in Bielefeld,
info.heiber@syspra.de

Ein Thema von großer Bedeutung darf in keiner Broschüre über die Abläufe in der ambulanten Pflege fehlen: Welche Pflegekraft kommt, wie lange bleibt sie und was macht sie. Auf den Punkt gebracht erwarten die Kund:innen eigentlich immer eine

hochqualifizierte Pflegefachkraft, die pünktlich auf die Minute ist und dann alle Zeit der Welt hat und selbstverständlich (wie die eigene Tochter) auch noch den Müll mitnimmt und schnell noch einen Tee kocht. Dass ein solches Idealbild schon beim nächsten Kunden

in Bezug auf die Pünktlichkeit nicht mehr funktioniert, ist zwar logisch, wird aber gern vergessen: Denn wer den einen Kunden wegen vieler Extrawünsche nicht pünktlich verlassen kann, kann auch nicht pünktlich beim nächsten sein!

Korridore benennen

Daher sollte das Thema Pünktlichkeit immer mehrere Aspekte umfassen, die klarzustellen sind:

- Auf die Minute kann man allein schon wegen des Verkehrs kaum pünktlich sein. Daher sollte man Korridore benennen wie plus/minus 15 oder 20 Minuten. Wenn die Pflegekraft vermutlich außerhalb dieses Zeitrahmens eintreffen wird, wird der Kunde vorab benachrichtigt/angerufen. Gleichzeitig sollte man bitten, erst dann nachzufragen, wenn der Korridor überschritten wurde.

Wer den einen Kunden wegen vieler Extrawünsche nicht pünktlich verlassen kann, kann auch nicht pünktlich beim nächsten sein.

- Bei Rufbereitschaftseinsätzen außerhalb der geplanten Einsätze beträgt die Reaktionszeit mindestens 45 Minuten oder mehr, alles andere wäre nur mit Sonderrechten zu schaffen, die der Pflegedienst nicht hat (und für Notfälle ist deshalb der Rettungsdienst zuständig und nicht die Pflegekraft!). Das heißt auch, für Notfälle kann man nicht davon ausgehen, dass der Pflegedienst dann schnell genug ist, um die Tür aufzuschließen, auch wenn er einen Schlüssel hat. Daher sollte man für Notfälle immer noch einen Schlüssel im unmittelbaren Umfeld deponieren, wenn man nicht auf Schlüsseltresore oder auf elektronisch steuerbare Schließanlagen setzt.

Von „Teampflege“ sprechen

Eine weitere Frage bzw. ein berechtigter Wunsch ist, dass möglichst immer der gleiche Mitarbeiter kommt, was schon wegen Urlaubszeiten und Krankheiten nicht zu realisieren ist. Auch aus pflegfachlichen Gründen ist eine zu enge Beziehung, bei der dann der professionelle Abstand zum Pflegekunden verloren geht, nicht wünschenswert. Andererseits ist es weder sinnvoll noch wirtschaftlich, jeden Tag einen anderen Mitarbeiter zu schicken. Daher sollte man von einer Teampflege durch ein überschaubares Team von x Mitarbeiter:innen sprechen, die sich in der Versorgung abwechseln.

Offener formulieren

Auch die Berufsbezeichnung kann eine schwierige Rolle spielen, wenn man in der eigenen Werbung immer mit dem Begriff „Pflegefachkräfte“ etc. arbeitet, aber dann praktisch eine „Hilfskraft“ schickt. Die Pflegeversicherung unterscheidet begrifflich nur zwischen Pflegefachkräften mit dreijähriger Ausbildung sowie Pflegekräften (alle anderen). Alle Mitarbeitenden sind für die Aufgaben qualifiziert, für die sie eingesetzt werden. Wenn also eine Pflegekraft, die von der Ausbildung eine Pflegehilfskraft ist, zum Einsatz kommt, ist sie für die durchzuführenden Tätigkeiten genauso geeignet wie andere, ansonsten darf die Pflegedienstleitung sie nicht einsetzen. Daher sollte man auch in den Darstellungen und in der Ablaufbeschreibung nicht immer auf die Pflegefachkräfte abstellen, sondern dies offener formulieren. Selbst wenn der eigene Dienst zur Zeit einen sehr hohen Anteil an Pflegefachkräften hat, dürfte sich dieser Anteil in der Zukunft mangels Nachwuchs kaum halten lassen, aber auch in Vergütungsverhandlungen SGB XI wird es schwierig, diesen einseitigen Personal mix angemessen zu verhandeln.

Keine spontanen Mehrleistungen

Um die Pünktlichkeit für die gesamte Tour zu gewährleisten, sollte man auch klar darstellen, wie die Mitarbeiter:innen mit Sonderwünschen oder kurzfristigen Absagen umzugehen

Praxis-Tipp

Überprüfen Sie Ihren Pflegevertrag, ob bei den Regelungen zur kurzfristigen Absage immer nur der (komplette) Einsatz benannt ist oder auch die Absage von einzelnen Leistungen. Wenn nur die Komplettabsage vertraglich geregelt ist, kann bei einer Leistungsreduzierung nichts privat weiter berechnet werden: Sind z.B. ein Transfer ins Bett über die Pflegeversicherung sowie das Ausziehen von Kompressionsstrümpfen als Krankenversicherungsleistung geplant und die Tochter hat schon die Strümpfe ausgezogen, dann kann im Einsatz nur noch die Pflegeversicherungsleistung abgerechnet werden, aber die nicht abgesagte Leistung der Krankenversicherung kann nicht privat in Rechnung gestellt werden.

haben. Sonderwünsche nach mehr oder anderen Leistungen, die zu einem längeren Einsatz führen, sollten nicht spontan möglich sein – ausgenommen, es geht um gesundheitlich bedingte Notfälle bzw. Änderungen. Denn jeder erfüllte Sonderwunsch, der zehn Minuten Zeit kostet, führt dazu, dass andere Kund:innen sich über die Unpünktlichkeit des Mitarbeiters ärgern (Dominoeffekt)! Und ein wesentlicher Faktor bei der Beurteilung der Zufriedenheit eines Pflegedienstes ist die Frage der Zuverlässigkeit = Pünktlichkeit. Daher sollte schon in der Ablaufbroschüre beschrieben werden, warum die Mitarbeiter:innen nicht immer spontan alle möglichen Mehrleistungen erbringen können. Aber auch spontane Absagen von einzelnen Leistungen können die Planung durcheinanderbringen. Dabei ist vertraglich im Regelfall vereinbart, dass die Leistungen oder Einsätze am Vortag oder 24 Stunden vorher abzusagen sind, ansonsten muss und kann die nicht erbrachte Leistung oder der nicht durchgeführte Einsatz privat in Rechnung gestellt werden.