

Wie steht es um die Pflege?

Das dip-Pflegethermometer 2004

Teil 1

Michael Isfort

Zum vierten Mal hat das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) im Bereich der Pflege eine umfassende Untersuchung vorgenommen. Im Rahmen des „Pflegethermometers 2004“ wurden Leitungskräfte in ambulanten Pflegediensten zu dem Leistungsangebot und zur derzeitigen Situation befragt. Zudem wurden sie darum gebeten, Erwartungen und Einschätzungen bezüglich der zukünftigen Entwicklung abzugeben. Die zentralen Aspekte der Untersuchung lesen Sie in einem zweiteiligen Artikel. Darüber hinaus werden Hintergründe beleuchtet und Entwicklungen sowie aktuelle politische Diskussionen aufgenommen.



Die Versorgungsprofis

Gäbe es Sabine Kaufmann und ihr Team nicht, die alte Dame wüsste nicht, wie sie zu Hause noch zu-rechtkommen sollte. Seit dem Tod ihres Mannes hat sie keinen mehr, der ihr hilft und zunehmend fällt ihr jeder Handgriff schwer. Viele Dinge sind ihr zur Belastung geworden und sie kann sich nicht mehr vollständig alleine versorgen.

Morgens und abends benötigt sie daher Unterstützung bei der Körperpflege und beim An- und Ausziehen. Da ist es gut, dass sie Hilfe von der Sozialstation hat, die sich nicht nur darum, sondern auch um die Versorgung des chronisch offenen Beins kümmert und ihr den Kontakt zu dem Essens-Service vermittelt hat, der sie täglich beliefert. Eigentlich ist sie zufrieden und dennoch ärgert sie sich hin

und wieder. Manchmal wartet sie länger auf den ambulanten Pflegedienst, der nicht immer zu der Uhrzeit kommt, wie man es ihr zugesagt hat. Und wenn sie sich an jemanden gewöhnt hat, dann kommt plötzlich jemand anderes bei ihr vorbei. So kommt es ihr jedenfalls vor. Und, so findet die alte Dame, nie hat irgendjemand mal wirklich Zeit für sie. An manchen Tagen würde sie sich ganz gerne mit der netten Frau vom Pflegedienst unterhalten, einfach so, ohne dass irgendetwas gemacht wird. Aber das werde halt nicht bezahlt, das hat sie im Gespräch erfahren. Und so versucht sie, so gut es eben geht mitzuarbeiten und hat immer alles vorbereitet. Dann bleibt meist doch noch etwas Zeit für einen kleinen Plausch. Schließlich sind die Besuche der Pflegekräfte meist der einzige Kontakt innerhalb eines Tages. Die Kladden mit ihrer Krankenakte und den Formu-

laren für die Abrechnungen liegen immer griffbereit auf dem Wohnzimmertisch, damit die Dokumentation schnell geht. Warum nur müssen die Pflegekräfte dort jeden Tag so viel eintragen, wo man ihr doch eigentlich immer auf die gleiche Art und Weise hilft? Das ist doch unnötig, findet die alte Dame und nicht nur sie. Dabei wissen die wenigsten der Hilfsbedürftigen, dass eine der Hauptschwierigkeiten für das Pflegepersonal in der Koordination und der Bewilligung der Pflegeleistungen liegt und nicht nur in den knappen Bemessungszeiten für die Leistungen oder deren aufwendige Dokumentation.

Feste Größe im Gesundheitssektor

So wie der alten Dame in dem konstruierten Beispiel ergeht es vielen Hilfebedürftigen in Deutschland. Jeder fünfte Pflegebedürftige

wird von einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Das sind immerhin etwa 435 000 der über zwei Millionen Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz.

Hinzu kommen noch die Menschen, die aufgrund einer Erkrankung kurz- oder mittelfristig Hilfe und medizinischer Unterstützung bedürfen. Doch nicht nur Hilfen bei der medizinischen Versorgung, der Mobilität, der Körperpflege, der Ausscheidung und der häuslichen Verrichtungen werden durch ambulante Pflegedienste erbracht. Sie leisten Arbeit im Bereich der Beratung, bieten Kurse für pflegende Angehörige an und vermitteln bei Fragen mit den Krankenkassen und Sanitätshäusern.

Ambulante Pfleger sind somit Versorgungsprofis mit einem breiten Spektrum an Angeboten. Den ambulanten Pflegediensten kommt eine bedeutende Rolle in der Versorgung zu. Sie sind eine feste Größe im Gesundheitssektor und alle Experten sehen im ambulanten Pflegewesen einen Markt mit Wachstumstendenz.

Die Zahlen sprechen dabei für sich. Allein zwischen 1999 und 2001 kamen etwa 20 000 neue Pflegebedürftige hinzu, die durch ambulante Dienste versorgt wurden. Der Mikrozensus 2003 (1) zeigt zudem auf, dass von den Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, 40 Prozent alleinstehend sind. Sie sind somit bei steigendem Pflegebedarf auch sofort auf eine erhöhte Betreuung durch ambulante Pflegedienste angewiesen.

Hinzu kommt, dass vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Gesellschaft mit einem stetig steigenden Bedarf an Pflegeleistungen zu rechnen ist. Legt man Analysen und Prognosen zugrunde, so wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 30 Jahren mehr als verdoppelt haben (2).

Und nur durch eine massive Steigerung der Leistungen und einer damit verbundenen Personalerhöhung im Bereich der ambulanten Pflege können die Pflege- und Hilfsbedürftigen in den eigenen vier Wänden verbleiben und müssen nicht eine vollstationäre Versorgung in Anspruch nehmen. Eigent-

lich, so sollte man meinen, müsse es den ambulanten Diensten gut gehen. Aber die Situation vieler Pflegedienste ist äußerst schwierig, wie die Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip), das Pflege-Thermometer 2004, zeigt.

86 Prozent der befragten Dienste geben an, in ihrer Existenz bedroht zu sein, wenn sich längerfristig nicht dringend erforderliche Strukturveränderungen ergeben. Das ist eine erstaunlich hohe Zahl, die Anlass gibt, den Gründen für diese pessimistische Einschätzung nachzugehen.

Ein Slogan voller Widersprüche

„Ambulant vor stationär“ ist zu einem geflügelten Wort von Politik und Kostenträgern geworden. Immer wieder wird betont, wie wichtig die ambulante Versorgung sei. Denn nur dadurch kann ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Umfeld erhalten werden. Eigentlich müsste man also annehmen, dass die Leistungen in diesem Bereich besondere Beachtung erfahren und gefördert werden. Schaut man sich jedoch das zugrunde liegende Finanzierungssystem an, so entdeckt man Widersprüche. Ein wesentlicher Widerspruch ist beispielsweise darin begründet, dass sich ein Leistungsanspruch nicht aus dem Vorhandensein eines gesundheitlichen Risikos ergibt, sondern

eine Finanzierung erst greift, wenn eine Einschränkung oder Störung bereits vorliegt.

Das bedeutet, dass präventive Konzepte, die den Erhalt von Fähigkeiten und die Verhinderung von zunehmender Einschränkung zum Ziel haben, derzeit nicht vergütet werden. Ein Beispiel dafür ist die nicht geklärte und unzureichende Finanzierung der Prophylaxen. Hier gab es immer wieder die Problematik, dass beispielsweise eine Dekubitusprophylaxe keine finanzierte Pflegeleistung ist. Die Versorgung eines vorhandenen Dekubitus hingegen kann abgerechnet werden. „Ambulant vor stationär“ würde jedoch bedeuten, gerade auf der Seite der Aktivierung und des Erhalts Leistungen einzufordern und zu fördern.

So wundert es nicht, dass 91 Prozent der befragten Führungskräfte hier einen dringenden Handlungsbedarf und eine Nachbesserung einfordern. Denn sonst bleibt die Situation, wie sie ist: Genauso viele der Führungskräfte geben an, dass ihre Mitarbeiter Leistungen erbringen, die notwendig sind, aber nicht finanziert werden. Dem Pflege-Thermometer 2004 zufolge basieren 56 Prozent der erwirtschafteten Gelder der ambulanten Dienste auf Zahlungen, die aus der Pflegeversicherung finanziert werden. Damit sind sie zu einem erheblichen Anteil von diesen Vergütungen abhängig. Hier ergeben sich weitere Widersprüche. Der offensichtlichste liegt in der Höhe der Finanzierung der Leistungen. Im Rahmen der Erbringung von Leis-

**Anzeige
im Heft**

tungen der Pflegeversicherung gilt dieser Slogan jedenfalls nicht. Ambulante Anbieter bekommen nämlich für die Leistungen bei Pflegestufe I bis 384 Euro monatlich. Das sind 38 Prozent der Leistungen für die vollstationäre Versorgung.

Für Pflegestufe II werden bis 921 Euro (72 %) bezahlt. Erst bei Pflegestufe III erfolgt eine Gleichstellung der Leistungsansätze für ambulante und stationäre Versorgung. Die erbrachten Leistungen jedoch sind identisch. Doch auch das Gesamtsystem muss kritisch betrachtet werden.

Die Pflegeversicherung basiert auf einem Konzept der Teilfinanzierung besonderer Hilfebedürftigkeit. Es wird also dann mehr Geld „verdient“, wenn man Patienten mit einer höheren Bedürftigkeit versorgt. Schafft man es, durch besonders gute pflegerische Versorgung den Patientenzustand zu verbessern, so wird der Patient weniger Hilfebedürftigkeit haben. Bei einer erneuten Einstufung reduziert sich seine Pflegestufe und die Zahlungen sinken. Es wird demnach keineswegs die Verbesserung und somit die längere Versorgungsmöglichkeit zu Hause gefördert. Dies würde beispielsweise nur dann erreicht, wenn ein Pflegedienst eine „Gesundheitsprämie“ für die Patienten bekäme, deren Hilfebedürftigkeit sie tatsächlich erfolgreich reduziert haben. Das finanzielle Anreizsystem wird dem Anspruch des Slogans somit nicht gerecht.

Gleiches lässt sich auch für die erfolgreiche Anleitung pflegender Angehöriger aufzeigen. Gut angeleitete Laien sind in der Lage, auch komplexe und schwierige Pflegeleistungen für ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu erbringen. Heimdialyse und Heimbeatmung sind nur einige Beispiele, die mittlerweile auch schon von engagierten und gut angeleiteten Angehörigen erbracht werden.

Beratungsentgelt nicht angemessen

Doch auch die besondere Beratung und Anleitung werden nicht finan-

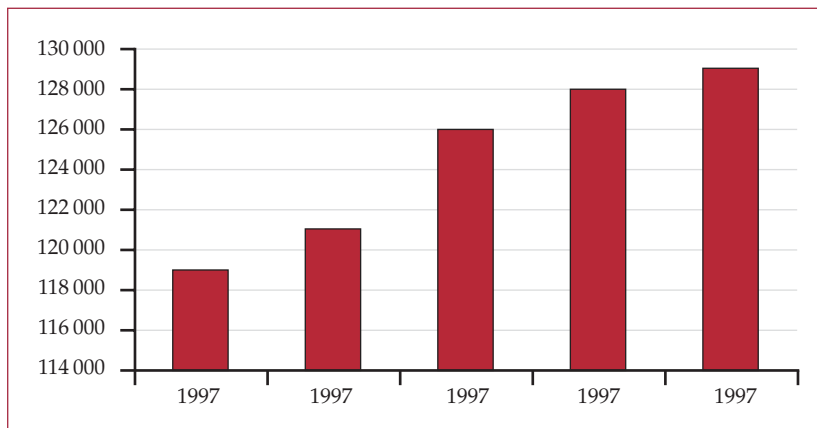


Abb. 1: Der Anstieg des Beschäftigungswachstums in der ambulanten Pflege. Erstellt auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Vollzeitzkräfte (Vollzeitzäquivalente) im Gesundheitswesen. Quelle: dip

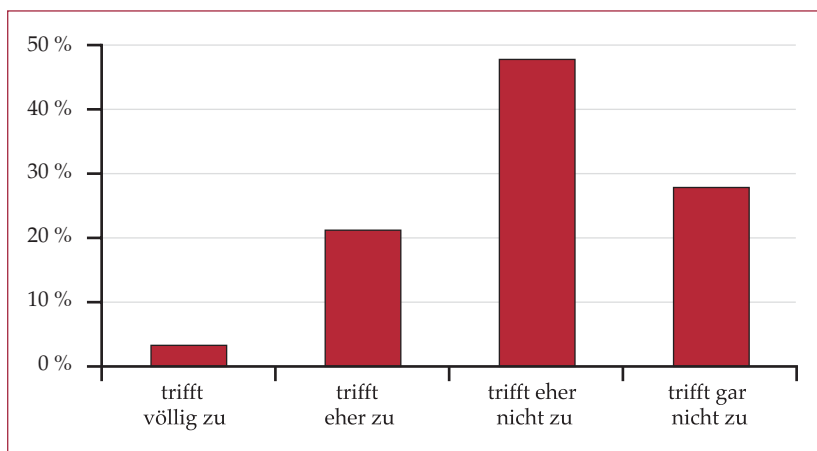


Abb. 2: Aufgrund frühzeitiger Krankenhausentlassungen werden zunehmend Patienten mit kurzzeitiger Krankenhausnachsorge betreut. Quelle: dip

ziert, obwohl man so eventuell kostenintensivere Krankenhausbehandlungen oder Unterbringungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgreich verhindern oder hinauszögern kann. Nicht einmal die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsbesuche bei den Patienten, die Gelder aus der Pflegeversicherung bekommen, aber keine professionelle Pflegekraft für die Erbringung in Anspruch nehmen, können kostendeckend erfolgen.

Bei einer Vergütungspauschale von 16 Euro für Patienten mit Pflegestufe I und II und bis zu 26 Euro bei Patienten mit der Pflegestufe III verwundert dies nicht. Kein therapeutischer Beruf wäre in der Lage, für diese Vergütungen einen aufwändigen Hausbesuch mit einer qualitativ hochwertigen Beratung vorzunehmen. Viele ambulante

Dienste übernehmen diese Tätigkeiten dennoch. Doch 68 Prozent der Befragten im Pflege-Thermometer 2004 sagen, dass die Pauschalen nicht reichen, um kostendeckend zu arbeiten.

Es gibt weitere Widersprüche, die den Slogan „ambulant vor stationär“ in Frage stellen. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit ihrem Bestehen nicht angepasst worden, obwohl alle anderen Kosten gestiegen sind. Im Klartext bedeutet dies, dass die gleichen Leistungen für das gleiche Geld bei steigenden Kosten für die Leistungserbringung erbracht werden sollen. Ökonomisch betrachtet eine Unmöglichkeit.

Das betrifft jedoch nicht ausschließlich den ambulanten Pflegektor. Hier stehen die stationären

Einrichtungen vor der gleichen Situation. Im Bereich der Kostenerhöhung lassen sich jedoch für den ambulanten Sektor spezifische Bereiche herausstellen. Das sind neben höheren Personalkosten sicherlich auch höhere Betriebskosten, beispielsweise im Bereich der Versicherungen oder – nicht zuletzt – der Benzinkosten im Alltagsbetrieb.

Der Slogan bleibt somit widersprüchlich und ist nur dann konzeptionell einlösbar, wenn sich Strukturen und intelligente Finanzierungsansätze entwickeln lassen, die vor allem den Fokus der Prävention aufnehmen und stärken. Jenseits dieser strukturellen Bedingungen lassen sich weitere Faktoren ausmachen, die zu der insgesamt kritischen Einschätzung bezüglich der Existenzsicherung geführt haben könnten.

Unordnung der Verordnung

Strukturell ist mit Einführung der Pflegeversicherung eine Teilung der Versorgungssysteme erfolgt. So sind Leistungen aus der Pflegeversicherung dann anspruchsgerecht, wenn ein Gutachten gemäß der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes vorliegt. Dies wird von einem Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen erstellt. Erst dann können Leistungen nach SGB XI gegeben und ein Pflegedienst mit der Erbringung beauftragt werden.

Voraussetzung für die Finanzierung der Leistungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Verordnung durch einen Hausarzt. Erst mit Vorlage der Verordnung kann die erbrachte Leistung bei der Kasse eingereicht werden.

Diese Teilung macht jedoch die Koordination der unterschiedlichen Versorgungssysteme durch die ambulanten Dienste notwendig. Es erhöht den Aufwand für das Abrechnungswesen in erheblichem Maße, denn viele Aspekte müssen zugleich betrachtet werden. Eine klare Teilung der Zuständigkeiten der unterschiedlichen Versorgungssysteme für einzelne Leistungen ist

zudem nicht immer gegeben und nach wie vor strittig.

Die Frage, ob die Versorgung eines Patienten mit einem Antithrombosestrumpf durch eine Verordnung nach SGB V finanziert wird oder aber Teil einer pflegerischen Grundversorgung mit Finanzierung aus SGB XI ist, überfordert die Pflegebedürftigen, die dafür wahrscheinlich kein Verständnis aufbringen können.

Sie erleben Leistungen, die im Krankenhaus erbracht und als notwendig befunden wurden, die ihnen dann aber zu Hause verwehrt werden, weil sie sich in einem anderen Finanzierungsbereich der sozialen Absicherung befinden. Der empfundene und tatsächliche Bedarf jedoch hat sich aus ihrer Sicht nicht geändert.

Dies erfordert viel Vermittlungs- und Beratungskompetenz, sollen die ambulant Pflegenden nicht als die Personen dastehen, die Leistungen verwehren. Es überfordert sicherlich nicht nur Patienten und Angehörige, sondern auch viele Mitarbeiter in den ambulanten Pflegediensten. Solange nicht eindeutig geklärt ist, welche Art der Leistungen durch welche Art der Finanzierungsgrundlage sichergestellt ist (3), solange sind es vor allem die ambulanten Dienste selbst, die dadurch ein finanzielles Risiko und den erhöhten bürokratischen Aufwand tragen.

Doch dies ist nur ein Problemfeld im Dschungel der Verordnungen. Die ambulanten Dienste haben vor allem zunehmend damit zu kämpfen, dass ärztliche Verordnungen seitens der Krankenkassen in der Dauer gekürzt (74 %) oder nicht ohne weiteres anerkannt werden (64 %), obwohl sie verordnet sind. Das bedeutet nicht, dass die Krankenkassen prinzipiell Unrecht haben, denn oftmals fehlen auch den Hausärzten die genauen Kenntnisse, welche Behandlungsmethoden und Maßnahmen überhaupt verschreibungsfähig sind. So werden mancherorts Leistungen erbracht, die nicht oder nur nach erheblichem Koordinierungs- und Verhandlungsaufwand überhaupt akzeptiert und finanziert werden.

Den insgesamt erhöhten Koordinierungs- und Dokumentationsaufwand belegt eindrucksvoll die folgende Zahl aus der Untersuchung: 99 Prozent der befragten Dienste geben an, dass zunehmend bürokratischer Aufwand geleistet werden muss. Einfache Schlagworte, wie „Entbürokratisierung“ und anscheinend einfache Lösungen werden an dieser Stelle so lange unwirksam bleiben, wie sie nicht die strukturellen Bedingungen mit einbeziehen. Es geht demnach nicht um die Vereinfachung von Dokumentationsbögen und die Reduzierung von einigen wenigen Handkürzeln.

Vielmehr müsste es um die systematische Betrachtung und Vereinfachung der Gesamtvorgänge und der Genehmigungspraxis gehen. Dies erscheint einerseits schwierig vor dem Hintergrund der immer noch nicht erreichten Teilhabe an Entscheidungsprozessen. Nach wie vor ist es, anders als in anderen Ländern, hierzulande nicht möglich, dass Pflegende in begrenztem Maße Pflegebedürfnisse selbst diagnostizieren und Pflegeleistungen verschreiben.

Zudem wirken hier unterschiedliche Ansprüche an Dokumentationsprozesse einer einfachen Lösung entgegen. Die Pflege zu planen, erfordert andere Instrumente als die juristische Absicherung der Tätigkeitsnachweise oder aber der Sammlung notwendiger Informationen für ein Qualitätsmanagement. Erst eine Gesamtschau könnte tatsächlich nachhaltig zu einer Erleichterung führen.

Vom Stoppuhrstress zum Leistungskomplex

Die alte Dame im Beispiel ärgerte sich darüber, dass nie jemand mal ausgiebig Zeit hat. Zudem ärgerte sie sich darüber, dass der Pflegedienst nicht immer zu der Zeit kommt, die man ihr zugesichert hat. Das Phänomen dürfte den meisten Pflegenden in den ambulanten Diensten aus der Praxis bekannt sein. Dauernd gibt es Zeitdruck. Die Frage ist daher, woher dieser Zeitdruck kommt.

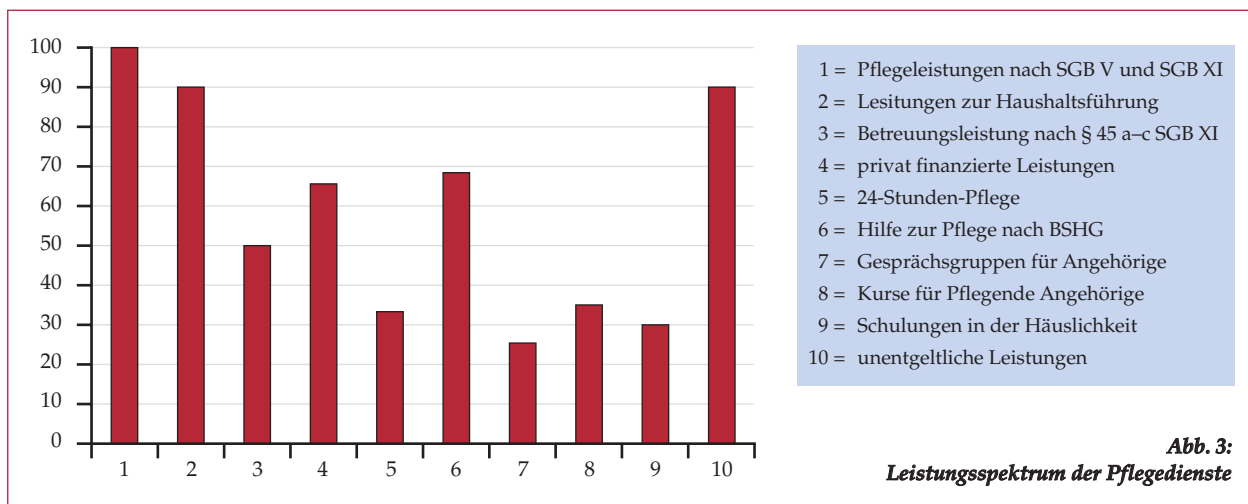


Abb. 3:
Leistungsspektrum der Pflegedienste

Ist der Zeitaufwand bei der Pflege festlegbar?

Innerhalb des Artikels wurde schon auf eine Zentralkritik bezüglich des Vergütungssystems eingegangen – der mangelnden Orientierung an pflegepräventiven Ideen. In diesem Abschnitt soll nun eine weitere Kritik aufgezeigt werden. Sie bezieht sich auf den Sinn oder Unsinn der Leistungskomplexe und der Zeitkorridore nach denen gearbeitet wird. Wie kommt es, dass man an manchen Tagen bei den Patienten gut mit der Zeit hinkommt, an anderen aber so ins Hintertreffen kommt, dass die nachfolgenden Patienten warten verspätungen in Kauf nehmen müssen. Das liegt an einer systematischen Fehleinschätzung bezüglich der Möglichkeit, Zeiten in der Pflege zu messen.

Es wird davon ausgegangen, dass man, wenn die Handlung genau beschrieben wurde, auch eine durch-

schnittliche Zeit ermitteln kann. So wird davon ausgegangen, dass es ausreicht zu bestimmen, dass eine Ganzkörperpflege ausgeführt wird. An dieser Stelle wird ein Handlungsverständnis deutlich, das weder konzeptionell mit einer Zieldimension der Pflegehandlung verknüpft ist, noch von einer wechselseitigen Abhängigkeit der Handlungsdurchführung mit dem Patientenzustand ausgeht.

Dabei ist es ein großer Unterschied, ob man eine Körperpflege unter einem Reinigungsaspekt betrachtet oder unter dem Aspekt einer Aktivierung oder vor dem Hintergrund einer Basalen Stimulation vornimmt.

Zudem bleibt bei den Zeitkorridoren unberücksichtigt, dass die Stimmungs- und Motivationslage des Patienten viel entscheidender ist als die Bestimmung, ob eine Teil- oder eine Ganzwaschung vorgenommen wird.

So kann bei einem depressiven Patienten die Verrichtung der Hand-

lung selbst weniger Zeit in Anspruch nehmen als die davor stattfindende Motivationsphase. Vor dem Hintergrund der rapiden Zunahme an demenziell veränderten und an gerontopsychiatrischen Patienten wird der Zeitkorridor beziehungsweise dessen Einhaltung immer mehr zu einem Lotteriespiel. 90 Prozent der Befragten gaben in der Untersuchung an, dass sie eine deutliche Zunahme an demenziell veränderten Personen beobachten. Gerade bei diesen Personengruppen kann die Handlungsbeschreibung nur sehr unzuverlässig vorhersagen, wie lange man für die Pflege braucht, weil sich der Zustand und auch die Stimmung schnell ändern.

Das der derzeitigen Finanzierung zugrunde liegende Verständnis ist an dem eines industriellen Fertigungsprozesses angelehnt, wie er in der Realität einer komplexen Handlungsabfolge in sozialen Situationen nicht vorkommt. In einer Zeitstudie im ambulanten Feld konnte aufgezeigt werden, dass die Annahme, mittels einer Tätigkeit auch differenzierte Zeitwerte bestimmen zu können, als wissenschaftlich nicht haltbar verworfen werden müssen (4).

So kamen die Forscher zu der Erkenntnis, dass in meist weniger als 50 Prozent der Fälle die tatsächlich aufgewendete Zeit innerhalb des Zeitkorridors lag. Die Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten, Bedingungsfaktoren des Handelns, Umgebungsfaktoren (Größe des Ba-

Bibliomed-Speci@l

Bestellen Sie unser Bibliomed-Special, eine informative Vorschau auf die kommenden Ausgaben von:

Senden Sie Ihre E-Mail-Adresse mit Ihrer Kundennummer und Ihrer Anschrift bitte an: petra.volk@bibliomed.de <small>(Selbstverständlich können Sie den kostenfreien Service jederzeit kündigen)</small>	@ f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus @ Die Schwester Der Pfleger @ PflegenIntensiv @ Pflegen Ambulant @ PKR Pflege- & Krankenhausrecht
--	--

des), Motivation der Pflegekräfte und weitere Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf den Zeitverbrauch der Handlung selbst. Die Handlungen alleine erklären demnach nur unzureichend die aufgewendete Zeit.

Gleiche Ergebnisse, wie sie im Bereich der ambulanten Pflege ermittelt werden konnten, gelten auch für den stationären Krankenhausbereich. Hier konnte in einer umfangreichen Zeitmessreihe des dip mit über 41 000 Pfl egetätigkeiten aufgezeigt werden, dass die Abweichungen der Tätigkeitszeiten sehr groß sind und die Standardabweichungen der Mittelwerte teilweise über den Mittelwerten selbst liegen (5).

Statistisch bedeutet diese Erkenntnis, dass es nicht möglich ist, aus einer Handlungsbeschreibung einen sinnvollen mittleren Zeitaufwand beschreiben zu können.

Es muss daher von einem stark schwankenden Zeitaufwand ausgegangen werden. Auf der Basis einer solchen unpräzisen Beschreibung eine Finanzierung aufzustellen, erscheint mehr als fragwürdig.

Ein weiterer Aspekt muss grundsätzlich angefragt werden: Wenn die Stimmung und die Bedürfnislage eines Patienten so stark schwankt, wie ist es dann möglich, für jeden Tag die gleiche Bedürftigkeit vorherzusagen? Aber die einzelnen Leistungen haben genau diesen

gleichförmigen Charakter. Nicht einmal bei gesunden Menschen ist jeden Tag eine solche Gleichförmigkeit gegeben.

An Wochenenden bleibt man im Pyjama, nimmt nur eine Katzenwäsche vor, an anderen Tagen nimmt man ein Vollbad und pflegt sich ausgiebig und vielleicht sogar etwas übertrieben. Auf diese unterschiedlichen Bedürfnisse können die ambulanten Pflegekräfte nur unzureichend reagieren, da ihnen in den Verordnungen vorgegeben ist, was sie zu tun haben. Nehmen sie Handlungen aus Leistungskomplexen nicht vor, dann werden diese im Falle einer Kassenprüfung aus der Finanzierung gestrichen. Eigenmächtige Änderungen können nicht vorgenommen werden.

Damit wird strukturell eine verrichtungsorientierte Pflege festgeschrieben, die einem modernen, auf Individualität basierenden Pflegeverständnis entgegensteht. Entweder muss man also die Dokumentation schönigen, oder aber eine individuelle Versorgung ist nur begrenzt möglich. Dies führt auf die Dauer vielleicht zu einer Arbeitsunzufriedenheit, denn mitunter arbeitet man gegen sein eigenes Wissen und sein Verständnis von richtiger und guter Pflege.

Lösungsansätze

Was bislang nur wenig ermutigend klingt, hat dennoch eine große und positive Bedeutung. Mitunter ist das Erkennen von Problemen der erste Schritt zur Verbesserung. Schaut man hinter die Verhältnisse, analysiert und erkennt man systematisch die Fehler im System, so können Forderungen überhaupt erst formuliert werden.

Das Pflege-Thermometer nimmt diese Perspektive mit auf. Ein wichtiger Aspekt für die politische Arbeit der pflegerischen Verbände. Die aufgezeigten Probleme spiegeln sich auch in der Untersuchung wider und es zeigte sich, dass seitens der Leitungskräfte auf dieser Basis Forderungen gestellt wurden. Entsprechend der weiter oben aufgeführten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wurde der Verringerung der Komplexität und Umständlich-

keit der Verordnungs- und Genehmigungspraxis von den ambulanten Diensten die höchste Priorität bescheinigt. 38,5 Prozent sehen hier den dringendsten Handlungsbedarf. Die Forderung nach einer Verringerung des Dokumentationsaufwandes steht mit insgesamt 35,9 Prozent an zweiter Stelle der Entwicklungswünsche beziehungsweise -forderungen. Die Bezahlung von bislang nicht berücksichtigten Doppelleistungen in einem Leistungskomplex belegt den Platz drei.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit auf die Forderungen reagiert wird und wie die Lösungen dann aussehen. Aber ein Anfang ist bereits gemacht. Derzeit werden beispielsweise in zwei Projekten personenbezogene Budgets getestet, auf deren Basis die Patienten und die Pflegenden dann einen größeren Handlungsspielraum bei der Erbringung der Leistungen haben. Das dip wird im Rahmen der Pflege-Thermometer-Reihe Veränderungen beobachten und die Auswirkungen aus Sicht der ambulanten Pflegedienste begutachten lassen.

Anmerkungen

1 Statistisches Bundesamt: Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003. Bonn, 2004

2 DIW (Hrsg.): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Berlin 2002

3 vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverchiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz PKG) des Freistaats Bayern. Bundesrat. Drucksache 424/03

4 Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V., Zegelin-Abt, A.: Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt. Mabuse-Verlag, 2001

5 Isfort, M., Weidner, F., Katholischer Krankenhausverband Deutschland (Hrsg.): Pflegeleistungen und Pflegequalität II. Köln, Freiburg, 2000 (www.dip-home.de, 20. 12. 2004)

Weitere Informationen: www.metrik.org

Anschrift des Verfassers:

Michael Isfort
Krankenpfleger, Dipl. Pflegewissenschaftler (FH). Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)
Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
E-Mail: info@dip-home.de

Der Artikel stützt sich im Wesentlichen auf die Untersuchung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) im Bereich der ambulanten Pflege. Im Rahmen der so genannten Pflege-Thermometer-Reihe wurden im Frühjahr 2004 knapp 4 900 Inhaber und Mitarbeiter ambulanter Dienste zur Einschätzung ihrer Situation befragt.

Das dip ist ein gemeinnütziges Institut und untersucht unter anderem regelmäßig Rahmenbedingungen und Personalsituation in der Pflege. Die vollständige Untersuchung kann im Internet kostenlos heruntergeladen werden: www.dip-home.de.