

Nicht alles muss sich rechnen.

Der strategische Umgang mit Kosten und Erlösen.

Eine Veröffentlichung im Rahmen von PDLpraxis in der Fachzeitschrift „Häuslichen Pflege“ des Vincentz-Verlag, Hannover - von Thomas Sießegger

Bei dem hier vorgestellten Beitrag handelt es sich um die „Rohversion“ des Beitrags, d.h. der Text wurde von der Redaktion Häusliche Pflege noch überarbeitet. Insofern muss dieses Manuskript nicht exakt mit der Veröffentlichung übereinstimmen: Die Titel sind anders und in den meisten Fällen wurden die Beiträge etwas gekürzt. Die Original lesen Sie bitte in der Häuslichen Pflege.

1] Nicht jede Leistung muss sich rechnen	1
2] Nicht jeder Patient muss sich rechnen	2
3] Nicht jede Mitarbeiterin muss sich rechnen.....	2
4] Nicht jede Tour muss sich rechnen	3
... und selbst: nicht jeder Pflegedienst muss sich rechnen	3

Schon einmal wurde in PDL-Praxis [März 2002] erörtert, ob man fragen darf „ob sich ein Patient rechnet“ oder nicht? Die Antwort lautete: Ja, wenn man richtig damit umgeht. Diese Aspekte werden hier tiefergehend in neuen Dimensionen betrachtet.

1] Nicht jede Leistung muss sich rechnen

Seit Einführung der Pflegeversicherung gelten in den meisten Bundesländern Leistungskataloge mit Leistungskomplexen. Ursprünglich haben hochkarätige Laien Zeiten für diese Leistungen festgelegt, nach dem Motto „eine Leistung mit 400 Punkten entspricht 40 Minuten“¹.

Selbst wenn dieser weit verbreitete Irrtum immer noch in der Praxis behauptet wird, ist der tatsächliche Durchschnittswert wahrscheinlich weit darunter.

Die hinterlegten Punktwerte [oder die relative Zeit, die im Durchschnitt dahinter steht] entsprechen nicht den Relationen in der Praxis: Für manche Leistungen bedürfte es mehr an Punkten [bzw. noch besser: mehr an Zeit], während andere Leistungen relativ großzügig ausgestattet sind.

Gleichzeitig ist dem Patienten die Qualität und Zeit der Leistung zu gewähren, die tatsächlich im Rahmen des Angemessenen und Notwendigen liegt. Hiermit liegt es auf der Hand, dass sich nicht jede Leistung mit ihrer zugehörigen Vergütung rechnen muss².

Im Rahmen der Krankenversicherung wurden in den letzten Jahren massiv Leistungen eingeschränkt und oft sogar im Preis reduziert. Auch hier stimmte nie die vergütete Leistung mit dem Aufwand überein.

¹ Der zugrunde gelegte Preis müsste allerdings wesentlich höher sein - ein total pervernes mathematisch falsches System wird seit 7 Jahren fast kommentarlos hingenommen - ein Skandal !

² Mangelnde Qualität kann es im Sinne der Pflegeversicherung nicht geben, sie kann zum Verlust des Versorgungsvertrages führen.

Bestes Beispiel: In NRW gibt es im Rahmen des SGB V drei Leistungsgruppen. Innerhalb dieser Leistungsgruppen haben alle darin befindlichen Leistungen den gleichen Preis, obwohl die Leistungen unterschiedlicher Art sind. Auch im SGB V muss sich nicht jede Leistung rechnen³.

2] Nicht jeder Patient muss sich rechnen

Patienten sind sehr unterschiedlich in ihren Bedürfnissen, ob wohl sie teilweise die gleichen Leistungspakete bekommen oder die gleichen Leistungen.

Einige benötigen aktivierende Pflege [worauf sie ein Anrecht haben] und sind damit zeitintensiv, manche sind „sehr kommunikativ“, andere haben lange Anfahrtswege, manche sind so schwer an Gewicht, dass sie von zwei Personen versorgt werden müssen [wofür es aber meist keine zusätzliche Vergütung gibt].

Andererseits gibt es Patienten, die zügig zu versorgen sind, wo schon alles vorbereitet ist - und die durch die hohe Anzahl an kombinierten Leistungen Synergie-Effekte bei den Pflegediensten erzeugen.

Viele Beispiele, die belegen dass es gar nicht sein kann, dass sich jeder Patient rechnet. Wer dies als PDL über die Personal-Einsatz-Planung versucht [und „defizitäre Patienten“ zeitlich drückt], handelt grob fahrlässig im Sinne einer gesicherten Qualität und im Sinne der Rechte der Patienten auf eine angemessene Versorgung.

3] Nicht jede Mitarbeiterin muss sich rechnen

Zusätzlich zu oben genannten Aspekten kommt in Tarif-gebundenen Einrichtungen hinzu dass z.B. eine ledige kinderlose 23-jährige Pflegefachkraft wesentlich niedrigere Personalkosten verursacht als eine 44-jährige, schon seit 21 Jahren beschäftigte, 3-Kindrige Mitarbeiterin.

Mitarbeiter können nicht verantwortlich gemacht werden für ihr Alter, ihre Betriebszugehörigkeit und die Anzahl ihrer Kinder, bzw. sie können nichts dafür, dass dieses ungerechte System der Tarif-Entlohnung sie in vielen Pflegediensten zu ungeliebten [weil teuren] Mitarbeitern macht.

Die Erlöse dürfen niemals mit den individuellen Kosten der Pflege-Mitarbeiterin verglichen werden, allenfalls die durchschnittlichen Personalkosten [und Sachkosten] aller Mitarbeiter sollten mit den durchschnittlichen Erlösen aller Mitarbeiter verglichen werden.

Außerdem steht die Höhe der Erlöse [hoffentlich !!] nicht in der Autonomie der Pflege-Mitarbeiter, sondern sollte durch die Pflegedienstleitung gesteuert werden. Auch aus diesem Grund kann es sein, dass es ganz bewußt zu verschiedenen Erlös-Situationen bei Mitarbeitern kommen kann.

³ *es kann aber inzwischen sein, dass sich keine Leistung rechnet ! ;-)*

4] Nicht jede Tour muss sich rechnen

Die Personal-Einsatz-Planung liegt in der Autonomie der PDL. Es kann sich [durch Zufall oder mit Absicht) durchaus als sinnvoll erweisen, Touren so zu planen, dass sich die eine rechnet, die andere aber nicht.

Hauptsache, die PDL hat alles im Griff - und: Sie darf die Ergebnisse der Touren nicht als Anlaß nehmen, Druck auszuüben, nur weil sich z.B. eine Tour nicht rechnet.

Maßstab sind vielmehr die Bedürfnisse der in den Touren geplanten Patienten.

Die Lösung:

Die PDL hat im Prinzip dafür zu sorgen, dass sich der Pflegedienst mittel- und langfristig insgesamt rechnet.

Für die Verhandlung leistungsgerechter Entgelte ist die PDL allerdings nicht [alleine] zuständig, sondern bedarf der Unterstützung der Geschäftsführung bzw. des Träger und der Verbände.

... und selbst: nicht jeder Pflegedienst muss sich rechnen

a] Wenn nach mehreren Jahren [bei gleichbleibenden Vergütungen, aber steigenden Kosten] sich das Betriebsergebnis von Jahr zu Jahr verschlechtert, dann ist das eine logische und hinzunehmende Entwicklung.

Die Lösung läge in der Verhandlung höherer Vergütungen für die Leistungen. Wenn sich allerdings das Betriebsergebnis nicht verschlechtert oder gar verbessert, kann dies zwei Ursachen haben:

1) Die Qualität der Leistungen hat sich verschlechtert (auch im Sinne von weniger Zeit für die Leistungen und für die Patienten)

2) Wirtschaftlichkeitsressourcen wurden entdeckt und in der Praxis von Jahr zu Jahr abgebaut.

Ich möchte hoffen, dass der zweite Fall die Regel war⁴.

b] Hat ein Verband mehrere Pflegedienste mit unterschiedlichen Strukturen, so könnte es sein, dass der eine Pflegedienst ein Plus erzielt [weil er junge Mitarbeiter hat], der andere Pflegedienst aber ein Defizit erzielt [trotz wirtschaftlicher Betriebsführung ist das möglich!]. Dieser „negative“ Pflegedienst ist z.B. entstanden aus der Fusion dreier Pflegedienste, die im Rahmen eines Sozialplanes v.a. die jungen Mitarbeiter entlassen mussten - und somit durch die älteren Kolleginnen und deren hohe Kosten nie auf einen grünen Zweig kommen können.

Unter strategischen Gesichtspunkten im Sinne von Marktanteilen und Marktmacht, wäre es suboptimal, den zweiten Pflegedienst zu schliessen.

Mittelfristig müssen sich natürlich beide Pflegedienste zusammen tragen, die Meßlatten für die beiden Pflegedienste sind also unterschiedlich hoch anzulegen.

Die hohe Kunst für eine PDL ist es, diese Aspekte - neben ihren kalkulatorischen Kenntnissen - und teilweise unter dem zusätzlichen Druck der Geschäftsführung nicht zu Lasten der Mitarbeiter und nicht zu Lasten der Pflegequalität und der Pflegezeit im Rahmen der Personal-Einsatz-Planung zu berücksichtigen.

⁴ *glaube aber nicht daran!*