

Position des DBfK zu ,Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe‘

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) befasst sich seit vielen Jahren mit der Frage der Sicherstellung pflegerischer Leistungen durch Pflegefachpersonen in der stationären Pflege. Bereits 2011 bezog der DBfK in seinem Positionspapier **Personalbemessung in der stationären Altenhilfe**¹ ausführlich dazu Stellung. Fragen wie Fachkraftquote und Personalschlüssel sind herausragende Steuerungsmechanismen, die bereits 2011 dargelegt wurden. In den Änderungen der einschlägigen Landesheimgesetze steht die Fachkraftquote von 50% immer wieder in Frage. Meist wird der Fachpersonalmangel als Problem der Einhaltung herangeführt. Die veränderte Situation in den stationären Einrichtungen allerdings erfordert längst deutlich mehr Fachpersonal. Insofern kann allenfalls von einer Untergrenze von 50% gesprochen werden. Auch hierzu hat der DBfK jüngst Stellung bezogen². Der Grundsatz ist unumstritten; die personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen ist seit langem ungenügend. Eines von vielen Handlungsfeldern zur Verbesserung der Situation stellt die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe dar.

In den Bemessungsgrundsätzen des § 84 SGB XI ist geregelt, dass **Pflegesätze** als Entgelte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die Leistungen für die **vollstationären Pflegeleistungen**, die **soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege** enthalten. Hierdurch wird die ansonsten scharfe Trennlinie der beiden Gesetzbücher SGB V und SGB XI verlassen. Leistungen, die üblicherweise durch das SGB V dargestellt sind, werden in Pflegesätzen subsummiert. Gravierende Veränderungen, die einerseits im System begründet sind, andererseits aber auch durch veränderte Bewohnerstrukturen, erfordern ein Umdenken innerhalb bzw. außerhalb der bestehenden Vergütungssystematik.

Als Standesvertretung von Pflegefachpersonen ist es Auftrag des DBfK, Zusammenhänge und Auswirkungen von Rahmenbedingungen auf die Berufsgruppe herzustellen. Dabei stehen für uns Fragen des beruflichen Ethos im Vordergrund. Der Zusammenhang zwischen Abwanderung aus dem Beruf, stetig steigenden Krankheitsquoten im Bereich der seelischen Erkrankungen und den knappen wirtschaftlichen Ressourcen ist durch Studien belegt.

Wir sehen in der Frage der Anrechnung von medizinischer Behandlungspflege eine mögliche Stellschraube zur Verbesserung der finanziellen Ausstattung – und damit einhergehend der personellen Ausstattung – der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen.

Der DBfK fordert die Akteure der Kranken- und Pflegekassen und die politisch Verantwortlichen auf, umgehend zu handeln. Systemfehler dürfen nicht länger auf dem Rücken von Pflegefachpersonen und Bewohnerinnen und Bewohnern ausgetragen werden. Folgende Handlungsoptionen können eine Verbesserung der Situation bedeuten, dabei unterstützt der DBfK auch die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege³:

- 1.** Der Gesetzgeber ändert die Bemessungsgrundsätze in § 84 SGB XI dahingehend, dass die medizinische Behandlungspflege analog zur ambulanten Versorgung individuell abgerechnet werden kann (siehe hierzu Beispielsberechnungen), d.h. im stationären Bereich werden auch kurzfristige pflegerische Leistungen systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert.
- 2.** Der Gesetzgeber sorgt dafür, dass sich die Bemessungsgrundsätze am neuen Begutachtungsinstrument (NBA) ausrichten. Im Punkt 3 „Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen“ der Strukturierten Informationssammlung sollen die notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege abgebildet werden (siehe hierzu Ausführung unter Schlussfolgerung).
- 3.** Die Einrichtungsträger fordern entsprechende Vergütungssätze ein, die dem tatsächlichen Aufwand entsprechen. Die Preise für eine umfassende pflegerische Leistung im stationären Bereich sind transparent darstellbar.

4. Alle Akteure sollten einen offenen Diskurs mit der Bevölkerung über die Wertigkeit von pflegerischen Leistungen führen.

Die Entscheidungsgrundlage zur Erbringung von Leistungen in einer individualisierten, personenbezogenen Dienstleistung darf nicht länger fragmentiert an der Verortung im Leistungsrecht abgearbeitet werden. Eine Reihe von abgeschlossenen Vorarbeiten kann den Paradigmenwechsel auch im Leistungsrecht unterstützen. Zu nennen sind hier der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) zur Einstufen der Pflegebedürftigkeit oder auch das neue Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, das die pflegefachliche Begründung für die Leistungserbringung stärkt⁴. Die anstehenden Reformen und Anpassung im Rahmen des SGB XI bieten die einmalige Gelegenheit, den tatsächlichen Pflegeaufwand abzubilden und finanziell abzusichern.

Solange das Leistungsrecht eine Trennung des Pflegebedarfs von Menschen in zwei Systeme - Pflegekasse und Krankenkasse - vorsieht, sollten sich die Kostenträger mindestens darauf verständigen, dass notwendige Leistungen, die sich aus der Bedarfslage ergeben, in jedem Fall abrechenbar sind.

Bleibt man systemkonform innerhalb der bestehenden Abrechnungssystematik durch Pflegesätze nach § 84, SGB XI, muss konsequenterweise über eine stärkere Differenzierung oder eine deutliche Anhebung von Pflegesätzen nachgedacht werden. In jedem Fall geht es um eine deutliche Anhebung der Vergütung pflegerischer Leistungen. Nur so lassen sich qualitativ hochwertige Pflegeleistungen sicherstellen.

Berlin, Mai 2015

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Bundesverband | Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin
dbfk@dbfk.de , www.dbfk.de

LANGFASSUNG:

Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe

Einleitung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) befasst sich seit vielen Jahren mit der Frage der Sicherstellung pflegerischer Leistungen durch Pflegefachpersonen in der stationären Pflege. Bereits 2011 bezog der DBfK in seinem Positionspapier **Personalbemessung in der stationären Altenhilfe** ausführlich dazu Stellung. Fragen wie Fachkraftquote und Personalschlüssel sind herausragende Steuerungsmechanismen, die bereits 2011 dargelegt wurden. In den Änderungen der einschlägigen Landesheimgesetze steht die Fachkraftquote von 50% immer wieder in Frage. Meist wird der Fachpersonalmangel als Problem der Einhaltung herangeführt. Die veränderte Situation in den stationären Einrichtungen allerdings erfordert längst deutlich mehr Fachpersonal. Insofern kann allenfalls von einer Untergrenze von 50% gesprochen werden. Auch hierzu hat der DBfK jüngst Stellung bezogen. Der Grundsatz ist unumstritten; die personelle Ausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen ist seit langem ungenügend. Eines von vielen Handlungsfeldern zur Verbesserung der Situation stellt die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe dar.

In den Bemessungsgrundsätzen des § 84 SGB XI ist geregelt, dass **Pflegesätze** als Entgelte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die Leistungen für die **vollstationären Pflegeleistungen**, die **soziale Betreuung** und die **medizinische Behandlungspflege** enthalten. Hierdurch wird die ansonsten scharfe Trennlinie der beiden Gesetzbücher SGB V und SGB XI verlassen. Leistungen, die üblicherweise durch das SGB V dargestellt sind, werden in Pflegesätzen subsummiert. Gravierende Veränderungen, die einerseits im System begründet sind, andererseits aber auch durch veränderte Bewohnerstrukturen, erfordern ein Umdenken innerhalb bzw. außerhalb der bestehenden Vergütungssystematik.

Als Standesvertretung von Pflegefachpersonen ist es unser Auftrag, Zusammenhänge und Auswirkungen von Rahmenbedingungen auf die Berufsgruppe herzustellen. Dabei stehen für uns Fragen des beruflichen Ethos im Vordergrund. Der Zusammenhang zwischen Abwanderung aus dem Beruf, stetig steigenden Krankheitsquoten im Bereich der seelischen Erkrankungen und den knappen wirtschaftlichen Ressourcen ist durch Studien belegt.

Wir sehen in der Frage der Anrechnung von medizinischer Behandlungspflege eine mögliche Stellschraube zur Verbesserung der finanziellen Ausstattung – und damit einhergehend der personellen Ausstattung – der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen.

Forderung

Der DBfK fordert die Akteure der Kranken- und Pflegekassen und die politisch Verantwortlichen auf, umgehend zu handeln. Systemfehler dürfen nicht länger auf dem Rücken und Pflegefachpersonen ausgetragen werden. Folgende Handlungsoptionen können eine Verbesserung der Situation bedeuten. Der DBfK unterstützt zudem die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege:

1. Der Gesetzgeber ändert die Bemessungsgrundsätze in § 84 SGB XI dahingehend, dass die medizinische Behandlungspflege analog zur ambulanten Versorgung individuell abgerechnet werden kann (siehe hierzu Beispielsberechnungen), d.h. im stationären Bereich werden auch kurzfristige behandlungspflegerische Leistungen systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert.
2. Der Gesetzgeber sorgt dafür, dass sich die Bemessungsgrundsätze am neuen Begutachtungsinstrument (NBA) ausrichten. Im Punkt 3 „Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen“ der Strukturierten Informationssammlung sollen die notwendige Leistungen der medizinischen Behandlungspflege abgebildet werden (siehe hierzu Ausführung unter Schlussfolgerung).
3. Die Einrichtungsträger fordern entsprechende Vergütungssätze ein, die dem tatsächlichen Aufwand entsprechen. Die Preise für eine umfassende pflegerische Leistung im stationären Bereich sind transparent darstellbar.

4. Alle Akteure sollten einen offenen Diskurs mit der Bevölkerung über die Wertigkeit von pflegerischen Leistungen führen.

Problem

Obwohl laut Bemessungsgrundlagen § 84 SGB XI die Finanzierung von medizinischen Leistungen inkludiert, zeigt die Praxis, dass die Pflegesätze dahingehend nicht mehr auskömmlich sind. Die stationären Pflegeeinrichtungen sind mit einer kontinuierlichen Veränderung der Bewohnerstruktur konfrontiert. Die Auswirkungen der verkürzten Liegezeiten in der Akutversorgung durch die Einführung der DRG's führen zu einer deutlichen Ausweitung personalintensiver Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Zudem zeigt sich – demographiebedingt – eine Zunahme von multimorbiden Bewohnerinnen und Bewohnern. Immer mehr Schwerstkranke müssen auch in den stationären Einrichtungen versorgt werden. Dies stellt höhere Anforderungen an die Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die medizinische Behandlungspflege bindet wesentliche Zeit, die für die Versorgung im Rahmen der allgemeinen Pflegeleistungen und für die psychosoziale Betreuung benötigt werden.

Eine Finanzierung dieser Leistungen erfolgt weder im Rahmen der vereinbarten Pflegesätze (Vergütungen nach SGB XI), noch werden sie (analog zur ambulanten Pflege) über die Krankenkasse des Bewohners (nach SGB V) abgerechnet. Es kommt dadurch zu einer Benachteiligung der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen, die somit keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung mehr haben, jedenfalls in dem Sinn, dass Leistungen nach dem SGB V dem Bewohner nicht in der Transparenz zur Verfügung stehen, wie Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege.

Zur Verdeutlichung wird beispielhaft aufgezeigt, von welchen Leistungen die Rede ist:

- Verabreichen von Medikamenten
- Medikamentenbestellung
- Kontrolle der Lieferung
- Richten der Medikamente
- Kontrolle der Medikamentengabe
- Überwachung und Beobachtung der Medikamentengabe und -wirkung

Anhand von Dokumentationen wurde in zwei Einrichtungen mit insgesamt 200 Bewohnerinnen und Bewohnern die Zeiterfassung ausgewertet und hochgerechnet. Die Berechnungen ergeben, dass von einem Mehrbedarf von annähernd 20 Minuten pro Bewohner und Tag auszugehen ist.

Hinzu kommen bei vielen Bewohnern Leistungen wie:

- Insulingaben
- Blutzuckerkontrollen
- An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe
- Wundversorgung
- Vorbereiten und Anlegen von Infusionen
- Pflege und Versorgung von Bewohnern mit Dauerkatheter
- Versorgung von PEG-Sonden
- Gewichtskontrollen
- Tracheostoma-Versorgung
- Intraport-Versorgung
- Pflege von dialysepflichtigen Bewohnern
- Vor- und Nachbereitung von Arztvisiten
- Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten
- Schutzmaßnahmen bei übertragbaren Erkrankungen (Isolierung)
- Sauerstoffversorgung

Praxisbeispiele

Beispiel 1: Aufwändige Wundversorgung

Bewilligt wurden bei einer Bewohnerin nach der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Leistungen der Pflegestufe 2.

Zur Vorgeschichte: Die Bewohnerin stürzte in der häuslichen Umgebung und zog sich einen Oberschenkelhalsbruch zu. Dieser wurde in der Klinik mit einer Hüft-TEP versorgt. In der Folge kam es zu schwerwiegenden Komplikationen, die mehrfache Operationen bis hin zur Amputation des Beines nach sich zogen. Bei zunehmender Immobilität entwickelte sich ein Dekubitus bis zur Größe von 5 x 20cm mit tiefliegender Taschenbildung. Die Wundversorgung muss täglich durchgeführt werden und erfordert einen Zeitaufwand von 60 Minuten. Der Verbandswechsel muss von zwei Pflegepersonen, davon eine Pflegefachperson durchgeführt werden. Die Koordination und Kontrolle des Bestellwesens zur Wundversorgung ist erschwert und zeitaufwändig, da nicht alle benötigten Materialien rezeptiert werden.

Praxisbeispiel 2: SAPV Versorgung (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) in der vollstationären Pflegeeinrichtung

SAPV-Versorgungen durch ambulante Pflegedienste werden in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dabei werden Leistungen der Behandlungspflege erbracht. Die Leistungen umfassen unter Umständen folgende Bereiche:

- Applikation eines BtM-Pflasters (BtM: Abkürzung für ‚Betäubungsmittel‘)
- Ermittlung der Atemfrequenz
- Schmerzeinschätzung

Die Leistungen werden im Rahmen des SGB V abgerechnet.

Diskussion der Praxisbeispiele

Da keine Refinanzierung dieser Maßnahmen stattfindet und der erhöhte Personalbedarf nicht dargestellt wird, muss dieser Mehraufwand (siehe Fall 1) notwendigerweise kompensiert werden. Die Pflegesätze im Rahmen des SGB XI sind derzeit so eng berechnet, dass eine Mischkalkulation die Höhe des Zusatzaufwands nicht abbilden kann. Lediglich verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind, oder objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen, können bei der Pflegeeinstufung berücksichtigt werden.

Darüber hinaus kann medizinische Behandlungspflege im Rahmen eines außergewöhnlich hohen Bedarfs berücksichtigt werden, wenn diese bei einem Antragssteller mit der Pflegestufe III auf Dauer (mindestens 6 Monate) festgestellt wird⁵. Entsprechend werden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege - wie z.B. eine Wundversorgung - im Rahmen der Pflegeeinstufung nicht berücksichtigt, da diese häufig nur für einen begrenzten Zeitraum notwendig sind. Der durch die Behandlungspflege entstehende Mehraufwand führt zu einer vorübergehenden und zusätzlichen Arbeitsverdichtung, die eine Belastung in dem ohnehin angespannten Arbeitsalltag darstellt. Dadurch ist die Sicherheit der Bewohner gefährdet (Vernachlässigung der anderen Bewohner, Sturzrisiko...).

Da Behandlungspflegemaßnahmen ausschließlich von ausgebildetem Fachpersonal übernommen werden, findet eine hohe zeitliche Bindung der Pflegefachperson statt. Andere Tätigkeiten bleiben liegen oder werden dann an angelerntes Personal delegiert. Eine ausreichende Fachaufsicht ist oft nicht möglich, Zeit für Soziale Betreuung durch die Pflegefachperson bleibt zu wenig (s. Position des DBfK zur Fachkraftquote in stationären Pflegeeinrichtungen 2011). Die Pflegefachpersonen werden in diesem Moment mit der ethischen Entscheidung zur Rationierung von notwendigen Maßnahmen konfrontiert und alleine gelassen (die Folgen sind Burnout, Coolout, Dropout – mehr dazu siehe u.a. bei Karin Kersting⁶).

Die Situation, die im Fallbeispiel 2 (SAPV) dargestellt wird, stellt keine anzustrebende bzw. zu verallgemeinernde Lösung dar. Es soll nicht dazu kommen, dass ambulante Pflegedienste in den stationären Einrichtungen alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen und im Rahmen des SGB V abrechnen. Die Angebote einer hochspezialisierten Betreuung und Pflege (Fachärzte & Pflegeexperten) sind ausgesprochen sinnvoll. Die Steuerung des gesamten Pflegeprozesses und somit die Entscheidung eine Pflegeexpertin (zum Beispiel Wundmanagement, Palliativpflege) einzuschalten, sollte die Bezugspflegerperson (bzw. das therapeutische Team) in Abstimmung mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen treffen. Darüber hinaus muss auf eine professionelle Kommunikation und Kooperation (Schnittstellenmanagement) beiderseits geachtet werden. Wenn die Einrichtung über die entsprechende Expertise verfügt, sollte sie die Möglichkeit erhalten, diese auch abzurechnen.

Schlussfolgerungen

Die Entscheidungsgrundlage zur Erbringung von Leistungen in einer individualisierten, personenbezogenen Dienstleistung darf nicht länger fragmentiert an der Verortung im Leistungsrecht abgearbeitet werden. Eine Reihe von abgeschlossenen Vorarbeiten kann den Paradigmenwechsel auch im Leistungsrecht unterstützen. Zu nennen sind hier der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit oder auch das neue Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, das die pflegefachliche Begründung für die Leistungserbringung stärkt. In den „Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen“ der SIS kann hier für den Patienten die notwendige Leistungserbringung dargestellt werden. Die anstehenden Reformen und Anpassungen im Rahmen des SGB XI bieten die einmalige Gelegenheit, den tatsächlichen Pflegeaufwand abzubilden und finanziell abzusichern.

Solange das Leistungsrecht eine Trennung des Pflegebedarfs von Menschen in zwei Systeme - Pflegekasse und Krankenkasse - vorsieht, sollten sich die Kostenträger mindestens darauf verständigen, dass notwendige Leistungen, die sich aus der Bedarfslage ergeben, in jedem Fall abrechenbar sind.

Bleibt man systemkonform innerhalb der bestehenden Abrechnungssystematik durch Pflegesätze nach § 84 SGB V, müsste konsequenterweise über eine stärkere Differenzierung oder eine deutliche Anhebung von Pflegesätzen nachgedacht werden. Beide geschilderten Praxisbeispiele stellen längst keine Sonderfälle mehr dar und zeigen auf, dass deutlich höhere Pflegesätze notwendig sind. In jedem Fall geht es um eine deutliche Anhebung der Vergütung pflegerischer Leistungen. Nur so lassen sich qualitativ hochwertige Pflegeleistungen auch in Zukunft sicherstellen.

¹ DBfK (2011): Personalbemessung in der stationären Altenhilfe – DBfK Position, Berlin.

(<http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Fachkraftquote-Altenpflege-2011-03-03.pdf> zuletzt aufgerufen am 04.05.2015)

² DBfK (2014): Position des DBfK zur Fachkraftquote in stationären Pflegeeinrichtungen.

(<http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Fachkraftquote-2014-11-26.pdf> ; zuletzt aufgerufen am 04.05.2015)

³ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2013): Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege vom 11. Juni 2013 (http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2013/DV-10-13-Pflegesystem-den-gesellschaftlichen-Strukturen-anpassen zuletzt aufgerufen am 26.02.2015)

⁴ Beikirch E., Breloer-Simon G., Rink F., Roes M. (2014): Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege; Abschlussbericht: Berlin, Witten April 2014.

(http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicHer.pdf zuletzt aufgerufen am 26.02.2015)

⁵ MDS / GKV Spitzenverband (Hrsg.): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 08.06.2009 geändert durch Beschluss vom 16.04.2013, S.88 ff. (http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi-Pflege_2013-08-07_-_mit_Deckblatt.pdf , zuletzt aufgerufen am 26.02.2015)

⁶ Kersting, Karin

• 1999: "Coolout im Pflegealltag" in Pflege und Gesellschaft. Zeitschrift des Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft. Heft 4/1999 S. 53-60.

• 2000: "Die ethisch legitimierte Verwaltung des Mangels in der Pflege", in: Pflege & Gesellschaft, Zeitschrift des Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft Heft 3/2000, S. 67-75.

• 2002: Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Verlag Hans Huber, Bern.

