

Probleme der Pflegeleistungsbemessung in der ambulanten Pflege Alternativen zum Leistungskomplexsystem

Jörg Alexander Meyer

Beim gegenwärtig in Deutschland praktiziertem Vergütungssystem, dem sogenannten Leistungskomplexsystem, spielt der im Einzelfall tatsächlich erforderliche Zeitaufwand keine Rolle. In diesem Beitrag werden das Leistungskomplexsystem dargestellt und Kritikpunkte benannt. Schließlich wird für eine alternative Bemessung der Vergütung nach dem erforderlichen Zeitaufwand plädiert.

Übersicht

- Vorbemerkung
- Darstellung des Leistungskomplexsystems
- Vorteile des Leistungskomplexsystems aus der Sicht des Gesetzgebers und der Pflegekassen
- Vorteile des Leistungskomplexsystems aus der Sicht der Anbieter
- Grundsätzliche Kritik
- Immanente Kritik
- Immanente Alternativen zum gegenwärtigen Leistungskomplexsystem
- Wiesbadener Alternative zum Leistungskomplexsystem
- Eigene Alternative zum Leistungskomplexsystem

Vorbemerkung

Um keine Erwartungen zu enttäuschen: In diesem Beitrag geht es nicht um die Frage, welche Höhe der Vergütungssätze angemessen sein könnte. Hier geht es vielmehr allein um die unabhängig von der Vergütungshöhe existierenden Steuerungseffekte des Leistungskomplexsystems bzw. eines alternativen Vergütungssystems.

Darstellung des Leistungskomplexsystems

Das SGB XI läßt offen, ob sich die Vergütung nach dem erforderlichen Zeitaufwand oder aber unabhängig vom Zeitaufwand nach Einheiten oder Komplexleistungen bemißt (vgl. § 89 Abs. 3 SGB XI).¹ Im letzten Jahr wurde jedoch die Vergütung quasi

¹ Im Zusammenhang mit dem 1. ÄndG SGB XI beschloß zwar der Bundestag am 15. März 1996 die Eliminierung des Zeitkriteriums (BR-Drs. 228/96, S. 2), der Vermittlungsausschuß strich

bundesweit auf das Komplexleistungsprinzip umgestellt.

Die aktuellen Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen sehen die in Tabelle 1 dargelegten Leistungskomplexe vor.

Bereits bei oberflächlicher Betrachtung der Liste ist festzustellen, daß die Leistungskomplexe unterschiedlich „komplex“ sind. Selbst die einfachsten Leistungskomplexe aggregieren jedoch verschiedene Arbeitsschritte.

Erklärter Anspruch der Kassen ist es, solche Verrichtungen aus den von der Pflegeversicherung gemäß § 14 Abs. 4 SGB XI finanzierten Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft zusammenzufassen, die nach pflegefachlichen Erkenntnissen in einer Pflegesituation anfallen.

Die in den Erläuterungen zu den einzelnen Leistungskomplexen jeweils explizit aufgezählten Verrichtungen stellen nach Ansicht der Kassen keine „abschließenden Aufzählungen“ dar. Vielmehr sind im Rahmen eines Leistungskomplexes „alle Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation erforderlich sind, durchzuführen“ (vgl. Empfehlungen

aber die vorgesehenen Änderungen und beließ es insofern beim ursprünglichen Gesetzestext in der Fassung der Pflege VG 1994 (BT-Drs. 123/4688, S. 2; BR-Drs. 399/96).

Ziff. III.2). In jedem Fall beinhaltet jeder Leistungskomplex neben seinem im Titel angesprochenen Kern grundsätzlich noch die folgenden Verrichtungen:

- Beachtung und ggfs. Durchführung der Prophylaxen zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen
- Vor- und Nachbereitung, des Pflegebereichs einschließlich der benötigten Materialien, also ggfs. Säuberung des Pflegebereichs und Entsorgung verbrauchter Materialien
- Dokumentation der Pflegeleistungen.

Für die Abrechnung von Leistungskomplexen ist einzig entscheidend, ob eine definierte und mit einer bestimmten Punktzahl versehene Leistung erbracht wird oder nicht. Die tatsächlich für die Erbringung der Leistung aufgewendete Zeit spielt dagegen keine Rolle. Diese Feststellung gilt uneingeschränkt für die individuelle Betreuungssituation.

Deshalb ist es auch nur konsequent, wenn gemäß der gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen nach § 75 SGB XI die Zeiten, die für die Versorgung der Pflegebedürftigen im Einzelfall erforderlich sind, nicht dokumentiert werden müssen.

Aber auch über der Einzelfall hinaus abstrahiert das Komplexleistungssystem weitgehend vom Faktor

Zeit. Und zwar, obwohl die Punktzahlen erklärtermaßen „den durchschnittlichen Aufwand zur Erbringung der einzelnen Leistungskomplexe sowie das Verhältnis der Leistungskomplexe zueinander“ darstellen sollen (vgl. Empfehlungen, Ziff. III. 3).

Tatsächlich lagen den Punktzahlen ursprünglich einmal geschätzte Durchschnittszeiten in bezug auf die Durchführung der jeweiligen Leistungskomplexe zugrunde, auf die – mangels alternativer Daten – bisweilen sogar offiziell zurückgegriffen wird (z.B. hier in Nordrhein-Westfalen bei der Errechnung der Investitionskostenförderung für ambulante Dienste).

Der bereits in den Empfehlungen der Spitzenverbände fragile Zusammenhang zwischen Zeitaufwand und Punktzahlen ist freilich in den konkreten Vergütungsvereinbarungen fast bis zur Unkenntlichkeit strapaziert worden.

Vorteile des Leistungskomplexsystems aus der Sicht des Gesetzgebers und der Pflegekassen

Im Zusammenhang mit dem sich damals in der Diskussion befindlichen Ersten SGB XI-Änderungsgesetz wollten die Regierungsparteien im Frühjahr 1996 die explizite Nennung der Vergütungsvariante „Zeitaufwand“ aus § 89 SGB XI streichen. Dazu kam es dann zwar letztlich nicht, interessant ist hier immerhin, daß die beabsichtigte Streichung damit begründet wurde, daß die Vergütung nach dem Zeitaufwand die Gefahr einer Festschreibung und Zementierung „unflexibler“ und damit unwirtschaftlicher Personalstrukturen ohne konkreten Leistungsbezug in sich berge (vgl. Bundestagsdrucksache 13/3696, S. 17).

Entscheidend sei das Produkt, nicht die Zeit, die für dessen Produktion aufgewendet werde. Ein Abstellen allein auf Zeit könne einerseits dazu führen, daß die Pflegekraft ihre Arbeit auch dann beendet, wenn die versprochene Leistung noch gar nicht

Tab. 1: Von den Spitzenverbänden empfohlene Leistungskomplexe

Lfd. Nr.	Leistungskomplex	Punktwert
LK 1	Erstbesuch	500
LK 2	Kleine Morgen-/Abendtoilette I	180
LK 3	Kleine Morgen-/Abendtoilette II	200
LK 4	Morgen-/Abendtoilette III	250
LK 5	Große Morgen-/Abendtoilette I	340
LK 6	Große Morgen-/Abendtoilette II	400
LK 7	Große Morgen-/Abendtoilette III	450
LK 8	Spezielle Lagerung bei Bettlägrigkeit	100
LK 9	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – Hauptmahlzeit	250
LK 10	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – sonstige Mahlzeit	100
LK 11	Sondenkost bei implant. Magensonde	100
LK 12	Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen	100
LK 13	Kleine Hilfen/Unterstützung bei Ausscheidungen	40
LK 14	Hilfestellung bei Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	70
LK 15	Begleitung bei Aktivitäten (gemeint: Arzt- und Behördenbesuche, keine Spaziergänge oder kulturelle Veranstaltungen)	600
LK 16	Beheizen der Wohnung	90 (H)
LK 17	Reinigung der Wohnung	Woche 450 90 Tag (H)
LK 18	Waschen/Pflege der Wäsche und Kleidung	360 (H)
LK 19	Wechseln der Bettwäsche	50 (H)
LK 20	Vorratseinkauf	150 (H)
LK 21	Besorgung	90 (H)
LK 22	Zubereitung einer Hauptmahlzeit	270 (H)
LK 23	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit	60 (H)
LK 24	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI	30/50 DM

vollständig erbracht sei (einfach weil ihre Zeit um ist). Andererseits berge es die Gefahr, daß die Solidargemeinschaft für Leistungen zahlen müsse, die gar nicht Gegenstand der in § 14 SGB XI definierten Leistungen der Pflegeversicherung seien.

Insbesondere aus ihren Erfahrungen im Bereich der ambulanten kasernenärztlichen Versorgung haben die Kassen zudem den Schluß gezogen, daß die ordnungsgemäße Leistungserbringung einer intensiven Kontrolle bedarf. Da die Kontrolle der zweckgemäßen Mittelverwendung um so leichter möglich ist, je genauer diese

definiert ist, wird plausibel, warum die Kassen stärker strukturierte Leistungskataloge gegenüber einer pauschalen Vergütung nach Zeit oder Einsätzen vorziehen – wie dies heute noch im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) der Fall ist.

Allerdings haben die Erfahrungen im SGB V auch gezeigt, daß die Vorteile des Einzelleistungsvergütungssystems in puncto Kontrollierbarkeit dadurch konterkariert werden, daß auf Dauer die Leistungsmenge ausgeweitet wird. Vor allem deshalb sprechen sich die Kassen gegen ein Einzel-

Leistungsvergütungssystem aus.

Sie scheinen darüber hinaus auch begriffen zu haben, daß sich pflegerische Arbeitsabläufe – ausgehend von der Ganzheitlichkeit der Pflege – nicht beliebig zerlegen lassen (vgl. Empfehlungen, Ziff. III 2).

Zusammengefaßt: Das Komplexleistungssystem vereint nach Meinung seiner BefürworterInnen die Vorzüge einer marktnahen Steuerung mit den Vorzügen staatlicher bzw. korporativer Regulation:

- Es bietet Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung,
- ermöglicht eine vergleichsweise einfache Kontrolle der Dienstleistungsanbieter im Hinblick auf die zweckgemäße Mittelverwendung;
- pflegerische Arbeitsabläufe bleiben intakt.

Vorteile des Leistungskomplexsystems aus der Sicht der Anbieter

Die Anbieterseite hat sich in das Leistungskomplexsystem gefügt – und zwar auf der Verbändeebene ohne größere Proteste, teilweise sogar gerne. Dies ist so überraschend nicht, da ja die mit dem Komplexleistungssystem transportierte Effektivierungslogik mit der betriebswirtschaftlichen Zielsetzung, den durchschnittlichen wirtschaftlichen Ertrag pro Einsatz zu erhöhen, absolut kompatibel ist. Zudem wurde den Dienstleistungsanbietern ihre Zustimmung zum neuen Vergütungssystem dadurch „versüßt“, daß die von den Kassen zugestandenen Vergütungssätze verhältnismäßig großzügig bemessen waren und zunächst einmal zu einer teilweise recht deutlichen Erhöhung der Einnahmen geführt haben.

Grundsätzliche Kritik

(1) *Mit der weitgehenden Abstraktion vom Zeitfaktor wird zugleich von einer Grundbedingung effektiven Pflegehandelns abstrahiert:* Das Komplexleistungssystem ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht sehr kritisch zu betrachten. Und zwar, weil mit der

weitgehenden Abstraktion vom Zeitfaktor nicht etwa von einer Randbedingung, sondern von einer Grundbedingung effektiven Pflegehandelns abstrahiert wird.

Denn wie bei allen Dienstleistungen, in denen das *uno-actu*-Prinzip gilt, wo also Produktion und Konsumption räumlich und zeitlich zusammenfallen (vgl. Herder-Dorneich 1981: 31), ist die Ergebnisqualität der Leistung eng mit dem Faktor Zeit verbunden. Auch die Befürworter des Leistungskomplexsystems wissen natürlich, daß sich die „Preisbildung“ im Bereich „Pflege“ nicht hundertprozentig wie in anderen Wirtschaftsbranchen vollziehen kann (sonst wären ja paternalistische Vergütungsvereinbarungen überflüssig). Trotzdem übertragen sie tendenziell die Logik materieller Güter-Produktion (bei der allein das fertige Produkt interessiert, nicht aber, wieviele Arbeitsstunden für dessen Produktion erforderlich waren) auch auf die Produktion des „Gutes“ Pflege.

Die Qualität der face-to-face- bzw. body-to-body-Beziehung (Wittneben 1991: 56) ist stark vom Faktor „Zeit“ abhängig. Zwar sind die Erwartungen der Patienten an eine Pflegekraft individuell höchst unterschiedlich – es gibt Pflegebedürftige, die sich gut aufgehoben fühlen, obwohl oder gerade weil eine Pflegekraft die notwendigen pflegerischen Verrichtungen in rekordverdächtiger Zeit erledigt. Die Regel ist das allerdings nicht.

Die meisten Pflegebedürftigen, mir fallen hier zuerst alleinstehende alte Menschen ein, erwarten von ihren Betreuern ein bestimmtes Maß an Caring, an (Für)Sorge, das sich schlecht mit einer Pflege im Minuten-takt verträgt. Care/Caring stellt nach Ansicht prominenter Pflegewissenschaftler/innen sogar die Essenz der Pflegekunde dar (vgl. z.B. Benner und Wrubel 1997, Schnepf 1996).

Am Rande erwähnt sei, daß die Sozialhilfeträger seit Jahren schon ein Dienstleistungsangebot finanzieren, bei dem die Begleitung, also das Da-Sein und Zur-Verfügung-Stehen für eine bestimmte Zeit, untrennbarer Bestandteil der Leistung und der Ergebnisqualität ist: Gemeint sind die

Angeote „Individuelle Schwerbehindertenbetreuung“, „Persönliche Pflegeassistenz und/oder „Pflegebereitschaft“²

Nun ist die Zeit der Pflegekräfte zwar tendenziell immer knapp, da stets betriebswirtschaftlich begründete Vorgaben mit den Anforderungen aus der Lebenswelt der Pflegebedürftigen zur Deckung gebracht werden müssen. Das Leistungskomplexsystem erhöht jedoch den Zeitdruck extrem – und zwar gerade durch die Abkoppelung der Vergütung von der tatsächlich aufgewendeten Zeit. Wo die ökonomischen Anreize so gesetzt sind, daß die Steigerung des durchschnittlichen wirtschaftlichen Ertrags pro Einsatz betriebswirtschaftlich sinnvoll wird, werden die Pflegeleistungen auch in möglichst kurzer Zeit erbracht. Falls nicht moralische Erwägungen das betriebliche Gewinnmaximierungsprinzip aufweichen, dürfte die Grenze für die Zeitverknappung erst dort liegen, wo diese so unübersehbar auf die Pflegequalität durchschlägt, daß die „Kunden“ zur Wahl eines anderen Anbieters veranlaßt werden.

(2) *Unstimmiges Verhältnis marktlicher und korporativer Steuerungsselektante:* Dieser Ansicht war zwar offensichtlich auch der Gesetzgeber. Seine Reformen im Zusammenhang mit dem Ersten SGB XI Änderungsgesetz haben allerdings das Verhältnis marktlicher und korporativer Elemente keineswegs optimiert, sondern ein unausgeglichenes Gemisch angerichtet.

Die ursprüngliche Steuerungsabsicht der Pflegeversicherung hat Vollmer (1994: 40) einmal so bestimmt, daß die Leistungsanbieter bei weitgehend gegebenen Preisen vor allem um die Qualität ihres Angebotes miteinander konkurrieren sollten. Durch das SGB XI-Änderungsgesetz ist diese Logik nun fast in ihr Gegenteil verkehrt worden. Offenbar ausgehend von der Annahme, daß die zu erbringenden Leistungen inzwischen

² Die Kosten für die besagten zeitintensiven Hilfen werden in der Regel auch heute noch von den örtlichen Sozialhilfeträgern übernommen, obwohl die Sozialhilfe zur Pflege nach der diskussionswürdigen Auffassung der kommunalen Spitzenverbände keine wesentlichen „anderen“ Leistungen als das Leistungsspektrum der Pflegekasse vorsieht.

hinreichend vergleichbar und kontrollierbar wären, hat das Erste SGB-Änderungsgesetz die Preiskonkurrenz verschärft bzw. überhaupt erst eingeführt.

Das Erste SGB XI-Änderungsgesetz verlangt explizit, daß die Vergütungsvereinbarungen für jeden Dienst gesondert abzuschließen sind (§ 89 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Außerdem müssen die Pflegekassen den Pflegebedürftigen Preisvergleichslisten über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen (§ 72 Abs. 5 SGB XI).

Die Annahme, daß die Leistungen hinreichend vergleichbar und kontrollierbar wären, ist überaus blauäugig und wird durch das bereits kritisierte Drehen an den Punktzahlen nicht überzeugender. Der Gesetzgeber hat m.E. mit der Weichenstellung für einen gleichzeitigen Qualitäts- und Preiswettbewerb (bei klarer Dominanz des letzteren) die Kontrollmöglichkeiten und -notwendigkeiten der Pflegekassen soweit konterkariert, daß man sich ernsthaft fragen muß, warum im ambulanten Sektor überhaupt noch Vergütungsvereinbarungen zwischen Pflegeanbietern und Kostenträgern abgeschlossen werden müssen. Frage: Was hätte denn ein ambulanter Anbieter heute davon, wenn die Pflegekassen ihm aufgrund seiner betrieblichen Spezifika einen Preisaufschlag von 100% auf alle Leistungskomplexe gewährten? (Etwas polemische) Antwort: Eine wunderbare Vergütungsvereinbarung, aber keine Kundschaft.

(3) *Über-Standardisierung der Leistung:* Mir scheint, daß die AutorInnen des Leistungskomplexsystems das Kunststück versucht haben, trotz der in der Höhe gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung eine im Prinzip bedarfsdeckende Pflege zu ermöglichen. Kehrseite dieses an sich hehren Zieles ist eine überzogene Standardisierung der Leistungen. Diese birgt nun allerdings die Gefahr, daß die Wünsche der Betroffenen und ihre realen Bedarfslagen verfehlt werden.

Ein Indiz für diese Gefahr sehe ich in der vergleichsweise geringen Inanspruchnahme professioneller Hilfen.

Wenn trotz der vielfach belegten Überlastung der pflegenden Angehörigen rund 80 Prozent der Pflegebedürftigen völlig auf die Dienstleistungen verzichten, wird man kaum von einer Paßgenauigkeit des existierenden Hilfestandards sprechen dürfen.

Immanente Kritik

Angesichts des beschränkten Leistungsversprechens der Pflegeversicherung und der auch sonst begrenzten finanziellen Mittel, nützt es Pflegewissenschaftler/innen wenig, aus einem Elfenbeinturm heraus, Ansprüche an eine optimale Strukturqualität zu stellen. Es geht nicht um theoretische Ideallösungen, sondern darum, die unter den jeweiligen Rahmenbedingungen bestmögliche Problemlösung zu finden.

Obwohl das Leistungskomplexsystem aus pflegewissenschaftlicher Sicht so grundsätzliche Konstruktionsfehler aufweist, steht gegenwärtig nicht zu erwarten, daß dieses in absehbarer Zeit abgeschafft werden könnte. Deshalb macht es Sinn, hier auch systemimmanente Kritikpunkte anzusprechen (und sich insoweit an dessen Optimierung zu beteiligen), als da sind:

(1) *Mißverhältnis zwischen Aufwand und Punktzahlen:* Die Spitzenverbände der Pflegekassen behaupten zwar, daß die Punktbewertungen den durchschnittlichen Aufwand zur Erbringung der einzelnen Leistungskomplexe zueinander darstellen – dies scheint jedoch nicht immer überzeugend gelungen. So wird etwa seitens der Dienstleistungsanbieter auf das Mißverhältnis in der Punktbewertung von Teil- und Volleinstellungen hingewiesen (vgl. Kettler/Berger 1996: 21).

In der Tat wäre zu bezweifeln, daß Teilwaschungen wesentlich weniger Zeit in Anspruch nehmen als Vollwaschungen. Die Dauer einer Körperwaschung – Pflegekundige werden dies bestätigen können – hängt nur unwesentlich von der Größe der von der Pflegeperson zu waschenden Körperfläche ab. Frau Bartholomeyczik hat in ihrem Beitrag auf das Faktorenbündel hingewiesen, das dafür wesentlich entscheidender sein dürfte:

Gemeint ist ihr Item „Orientierung“.

(2) Den Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen liegen *keine empirisch ermittelten Durchschnittszeiten*, sondern lediglich Schätzungen zugrunde.

(3) *Quantitative Abrufempfehlungen verletzen den Grundsatz der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen:* In den Empfehlungen der Spitzenverbände wie auch in den Vergütungsvereinbarungen vor Ort wird die Abrufbarkeit einiger Leistungskomplexe quantitativ beschränkt; beim Leistungskomplex „Reinigung der Wohnung“ sind dabei keine individuellen Ausnahmemöglichkeiten zugelassen. Der besagte Leistungskomplex ist entweder als großer Block einmal pro Woche abrufbar, oder in kleinen Portionen bis zu 5x pro Woche. Zumindest solche rigiden Abrufregelungen konterkarieren den von den Kassen hoch gehaltenen Grundsatz, daß sich die Pflegebedürftigen ihr „individuelles Leistungsprogramm aus dem Hilfeangebot selbst zusammenstellen sollen“ (vgl. SpiK-Empfehlungen, Ziff. I). Denn mit welchem Recht wird eigentlich einem Pflegebedürftigen verweigert, zweimal in der Woche den großen Block „Reinigung der Wohnung“ in Anspruch zu nehmen und dafür gegebenenfalls auf eine andere Leistung zu verzichten?

(4) *Die universelle Gültigkeit des Leistungskomplexsystems wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen selbst unterminiert:* Den Spitzenverbänden der Pflegekassen ist es zwar in der Vergangenheit ohnehin nicht gelungen ist, ihre Empfehlungen für ein einheitliches Modulsystem im gesamten Bundesgebiet durchzusetzen. Wie es scheint, teilen die Empfehlungen Spitzenverbände vom 8. Nov. 1996 das Schicksal ihrer am 21. März 1995 verkündeten Vorgängerin.

Wo die Spitzenverbände dies beklagen, müssen sie sich allerdings entgegenhalten lassen, daß sie selbst zu einer Aufweichung des Leistungskomplexsystems beitragen. Denn nach ihren Vorstellungen sollen zwar die Vertragspartner vor Ort das von ihnen vorgeschlagene Leistungskomplexsystem übernehmen und lediglich die geldmäßige Bewertung der Punkt-

zahlen vornehmen. Gleichzeitig durchkreuzen die Spitzenverbände aber diese Linie, indem sie selber anregen, in bestimmten Fällen die Punktzahlen abzusenken – z.B. bei Einrichtungen, in denen keine Wegekosten anfallen (vgl. Empfehlungen, Ziff. III. 3).

Es ist unverständlich, warum man an den Punktzahlen dreht, da man alle Besonderheiten der einzelnen Pflegeeinrichtungen ja durchaus mit Ab- oder Aufschlägen bei der geldmäßigen Punktbewertung berücksichtigen könnte.

Wenn für jeden einzelnen Pflegedienst nicht nur unterschiedliche Preise bzw. Vergütungssätze, sondern auch eine je spezifische Vergütungsstruktur vereinbart werden, sind die Leistungen unterschiedlicher Anbieter nur noch schwer vergleichbar. Das Drehen an den Punktzahlen wirkt deshalb den Bemühungen entgegen, die Marktübersicht der Kunden, und die Leistungskontrolle und die Kostenträger zu verbessern.

Immanente Alternativen zum gegenwärtigen Leistungskomplexsystem

Keine Kritik ohne Alternativen! Die Verbesserungsvorschläge zum Leistungskomplexsystem ergeben sich logisch aus der oben geäußerten Kritik:

- Empirische Ermittlung der fiktiven Durchschnittszeiten und Neufestlegung der Punktzahlen
- Streichung definitiver quantitativer Abrufvorgaben
- Anwendung desselben Leistungskomplexsystems in einer Region (besser noch: In ganz Deutschland)
- keine individuellen Anpassungen der Punktzahlen, sondern nur individuelle Anpassungen bei der geldmäßigen Punktbewertung.

Wiesbadener Alternative zum Leistungskomplexsystem

In Wiesbaden wird auf der Grundlage von festen, vertraglich ausgehandelten Stundensätzen die real verbrauchte und in Minuten-Intervallen gemessene Zeit (plus Hausbesuchspauschale) abgerechnet (vgl. Weber

o.J.). Die Vergütungsstruktur beinhaltet die folgenden Punkte:

- Vergütung nach tatsächlich verbrauchter Zeit
- feste Stundensätze
- Abrechnung in „Minuten-Intervallen“
- Hausbesuchspauschalen
- Erstgespräch mit standardisiertem Kostenvoranschlag

Möglich wurde dieser Sonderweg, weil in Hessen die Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene gescheitert sind, so daß die Vergütungsvereinbarungen auf lokaler Ebene geführt wurden.

Treibende Kraft bei der Einführung dieser Vergütungsvariante war der örtliche Sozialhilfeträger, der allerdings hauptsächlich deshalb Anstoß am Leistungskomplexsystem genommen hat, weil sich mit dessen Einführung die Pflegeleistungen erheblich verteuert haben. Die Kostenträger traten vor allem deshalb für eine Abrechnung auf der Basis der tatsächlich verbrauchten Zeit ein, weil sie vermuteten, daß die für die Durchführung angesetzten fiktiven Durchschnittszeiten zu hoch angesetzt seien.

Mit dieser Kritik bleibt der Wiesbadener Sonderweg allerdings prinzipiell der Logik des Leistungskomplexsystems verhaftet. Man kann fast vermuten, daß er nie beschritten worden wäre, wenn die Punktzahlen niedriger bewertet worden wären.

Eigene Alternative zum Leistungskomplexsystem

Mein Vorschlag läuft auf eine Änderung des Mischungsverhältnisses von marktlichen und staatlichen Instrumenten in der Pflegeversicherung hinaus, und zwar konkret auf eine weitere Stärkung der marktlichen Elemente. Wir brauchen an dieser Stelle nicht in die ideologischen Schützengräben zu klettern. Grundsätzlich finde ich den Ansatz des Gesetzgebers richtig, auf der Leistungsseite der Pflegeversicherung neben marktlichen, auch auf staatliche Steuerungsprinzipien und -instrumente zu setzen.

Für verfehlt halte ich z.B. den in der Diskussion um die Einführung der

Pflegeversicherung vorgetragenen Standpunkt, den Pflegedürftigen einfach einen Geldbetrag in die Hand zu geben (Oberender 1986). Denn im Gegensatz zu Oberender ist es mir nicht egal, ob Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld Dienstleistungen oder eine Flasche Wein kaufen. Meiner Ansicht nach ist das paternalistische Instrumentarium der Pflegeversicherung gemäß § 80 SGB XI – angefangen bei der Unterscheidung von Geldleistungen für informelle Hilfen und Sachleistungen, über die Zulassungsbestimmungen zum Pflegemarkt bis hin zu den Qualitätskontrollen notwendig. Wo Pflegebedürftige pflegerische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sollen sie auf qualitätsgeprüfte Pflegeeinrichtungen zurückgreifen.

Ich bin allerdings der Ansicht, daß die auf den einzelnen Dienst heruntergebrochene Kostenvereinbarung in der Sache zu wenig einbringt. Wie bereits dargestellt, unterminieren die durch das Erste SGB XI-Änderungsgesetz weiter gestärkten Wettbewerbsbedingungen die Gründe für die Kostenvereinbarungen zwischen den Dienstleistungsanbietern und den Kostenträgern. Anbieterdominanz und ungenügende Marktübersicht der Verbraucher sind zwar nach wie vor reale Gefahren. Die Vergütungsvereinbarungen ändern daran aber so wenig, daß man fast sagen möchte: Außer bürokratischen Spesen nichts gewesen. Ich meine, es müßte ausreichen, wenn man sich in Vergütungsvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI nur über bestimmte „Verbraucherschutz-Regeln“ verständigt.

Wie können diese Regeln aussehen? Wenn es denn richtig ist, daß Pflege auch und manchmal sogar gerade Da-Sein und Für-Sorge bedeutet, macht ein Vergütungssystem keinen Sinn, das vom Zeitfaktor abstrahiert. Von daher ist eine Vergütung auf der Basis tatsächlich verbrauchter Zeit anzustreben.

Auch die übrigen Punkte des Wiesbadener Modells (feste Stundensätze, Abrechnung in kleinen Intervallen, Hausbesuchspauschalen, Kostenvoranschlag) sind sinnvoll.

Was die Höhe der Stundensätze

Was die Höhe der Stundensätze angeht, sollten die Vereinbarungen nach § 89 SGB XI sich darauf beschränken einen breiten Stundensatz-Korridor, markiert durch Höchst- und Mindestvergütungssätze festzulegen. Innerhalb des Korridors kann die Pflegeeinrichtung dann ihre Preise selbst festlegen.

Dauer und Verteilung der Anwesenheit sollten direkt zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und Dienstleistungsanbietern ausgehandelt werden, da es den Pflegebedürftigen überlassen bleiben müßte, ob sie die Hilfe nun in kleinen oder in großen Zeitblöcken abrufen.

Den direkten Vereinbarungen könnte man auch die Pflegeverrichtungen überantworten, die in der vergüteten Zeit von den Pflegeeinrichtungen erbracht werden sollen. Ich räume zwar ein, daß dieses Verfahren keine Garantie dafür bietet, daß a) die richtigen Prioritäten gesetzt und b) die Mittel immer zweckentsprechend genutzt werden (also eben nicht für intensive psychosoziale Betreuung „mißbraucht“ werden). Es ist auch klar, daß die Kostenträger damit Probleme haben. Ich gebe aber zu bedenken, daß die gedeckelten Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung (die ja bekanntermaßen nicht ausreichen, um

auch nur die im Sinne von § 14 SGB XI notwendige Pflege ohne Mithilfe von Angehörigen oder ohne andere Kostenträger sicherzustellen) die wirksamste Barriere gegen „Leistungsmißbrauch“ durch Pflegebedürftige/Angehörige darstellen. Denn wo die von den Pflegekassen finanzierte professionelle Pflegeleistung (Zeitressource) nicht zur Deckung des Bedarfs im Sinne von § 14 SGB XI genutzt wird, müssen Pflegebedürftige und Angehörige den dann nicht gedeckten Bedarf selbst absichern (im Regelfall durch Einsatz der Angehörigen).

Fazit: Dem Grundsatz der Pflegekassen, daß sich die Pflegebedürftigen ihr individuelles Leistungsprogramm aus dem Hilfeangebot (qualitätsgeprüfter Pflegeeinrichtungen) zusammenstellen können, sollte mehr Gewicht beigemessen werden, als den letztlich doch zahnlosen Regularien zur Verhinderung von Leistungsmißbrauch.

Dr. Jörg Alexander Meyer,

Dipl.-Politologin
und Krankenpfleger,
Redaktion „Pflege und Gesellschaft“,
BMA-Modellprojekt
„Pflegeversicherung und
Pflegemarkt“ der Stadt Münster

Literatur

Benner, Patricia und Judith Wrubel (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. (Orig. 1989: The Primary of Caring, Stress and Coping in Health and Illness). Huber-Verlag, Bern etc.

Herder-Dorneich, Philipp (1981): Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie. In: Ders. Günter Sieben, Theo Thiemeyer (Hrsg.), Wege zur Gesundheitsökonomie. Bleicher, Gerlingen S. 11-45

Kettler, Gisela und Silke Berger (1996): Vergütungssystem Nordrhein-Westfalen – Erst rechnen dann pflegen. In: Forum Sozialstation, Bonn. 20. Jg., Nr. 80 (Juni), S. 20-23

Oberender, Peter (1986): Ökonomische Aspekte des Pflegefallrisikos – Eine ordnungspolitische Alternative. In: Ders. und Wolfgang Gitter: Pflegefallrisiko. P.C.O Verlag, Bayreuth, S. 27-37

Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Pflege und Gesellschaft. 1. Jg. Nr. 2, S. 13-16

Spitzenverbände der Pflegekassen (o.J.): Empfehlungen der für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI vom 21. März 1995. Überarbeitete Version vom 8. Nov. 1996

Vollmer, Rudolph (1994): Externe Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege. In: Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe. (Forum, Bd. 25). Köln: KDA. S. 33-48

Weber, Johannes (o.J.): Zeit ist Geld – Vergütung häuslicher Pflegeleistungen nach SGB XI. Hektgr. Manuskript, Landeshauptstadt Wiesbaden, Abteilung Altenhilfe.

Wittneben, Karin (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft – Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. (Europäische Hochschulschriften, Bd. 473). Peter Lang, Frankfurt am Main

Diskussion

Workshop 2: Kritik der Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI vom 8. November 1996

Eine kleine ExpertInnenrunde von 12 Personen diskutierte die Vergütungsempfehlungen der Pflegekassen sowie die von Herrn Meyer in diesem Zusammenhang vorgetragene immanente und grundsätzliche Alternativen. Ausgeklammert blieb in dieser von Herrn Meyer moderierten Diskussion die Frage, ob die Höhe der Vergütungssätze angemessen ist.

Ingrid Drolshagen, Mitarbeiterin in der Abteilung Pflege des VDAK (Verband der Angestellten-Kranken-

kassen, Siegburg), verteidigte das Leistungskomplexsystem gegen die grundsätzliche Kritik. Diese Vergütungsvariante sorgte eher als die Abrechnung nach der tatsächlich erbrachten Zeit dafür, daß Pflegebedürftige die notwendige Pflege erhielten.

Die unter anderem von Petra Weber, Professorin für Pflegewissenschaft an der FH Hamburg, und von Eva Maria Weber, Professorin für Pflegewissenschaft an der FH Frank-

furt, vorgetragene Kritik, daß die fiktiven Durchschnittszeiten keine sichere Pflege zuließen (Frau Weber: „Mir ist ein Rätsel, wie in durchschnittlich 4 Minuten eine Unterstützung bei Ausscheidungen inklusive Kontinenztraining durchgeführt werden soll“), prallte an Frau Drolshagen ebenso ab, wie der Einwand einer in einem ambulanten Pflegedienst tätigen Krankenschwester, daß die Zeit so knapp bemessen sei, daß in der Praxis bestimmte Verrichtungen weggelassen werden müßten (z.B. indem man

die Angehörigen bäte, das Badezimmer selber aufzuräumen). Frau Drolshagen stellte noch einmal klar, daß die Pflegebedürftigen in jedem Fall ein Recht darauf hätten, die im Leistungskomplex niedergelegten Leistungen zu erhalten. Es sei Aufgabe der Pflegedienstleitung bei der Tourenplanung, die individuell voraussichtlich notwendige Zeit einzuplanen. Da das Leistungskomplexsystem vom Zeitfaktor völlig abstrahiere, kalkuliere nicht etwa die Pflegekasse die Zeiten zu knapp, sondern die Pflegeeinrichtung.

Der Vorschlag von Herrn Meyer, die Vergütungsvereinbarung auf der Basis von Zeit abzuschließen und im Übrigen zu deregulieren, lehnte Frau Drolshagen mit dem Hinweis auf die dadurch eröffneten Spielräume für Leistungsmissbrauch ab. Die Pflegeversicherung könne und dürfe nur solche Leistungen finanzieren, die aus § 14 SGB XI folgerten. Das Leistungskomplexsystem garantiere am ehesten, daß (nur) die vom Gesetzgeber vorgesehenen Leistungen in Anspruch genommen werden können.

Herr Meyer wiederholte dagegen seine Ansicht, daß a) der erkennbar unrealistische Anspruch der Pflegekassen, mit ihren gedeckelten Leistungen eine im Prinzip bedarfsdeckende Pflege zu ermöglichen, zu einer überzogenen Standardisierung der Leistungen führe, und daß b) der Spielraum für Leistungsmissbrauch auch in dem von ihm vorgeschlagenen Vergütungssystem denkbar gering sei; jedenfalls was den Part anbelangt, der von den Pflegekassen zu finanzieren sei. Er räumte allerdings ein, daß sein Vorschlag von den Sozialhilfeträgern, die ja bei Vorliegen der sozialhilfrechtlichen Voraussetzungen zu einer bedarfsdeckenden Aufstockung der SGB XI-Leistungen verpflichtet sind, nicht ohne weiteres übernommen werden könne. Die Sozialhilfeträger könnten nicht wie die Pflegekassen darauf vertrauen, daß die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen schon aus wirtschaftlichem Eigeninteresse lediglich wirklich benötigte Leistungskomplexe bei den Pflegeanbietern „einkaufen“, da im Bereich des BSHG marktconforme Korrekture zu den Verkaufsstrategien der Anbieterseite fehlten. Denn a) ist der zur Ver-

fügung stehende Betrag festgelegt ist und b) schmälert jede in Anspruch genommene Sachleistung den Pflegegeldanteil. Deshalb müßten die Sozialhilfeträger die zweckgerichtete Verwendung der Mittel viel penibler prüfen als die Pflegekassen. Die Sozialhilfeträger hätten allerdings diese Prüfungen vor Einführung der Pflegeversicherung stets nach Zeit vorgenommen, so daß eine Zeitvergütung lediglich den Status quo ante wiederherstelle. Herr Cappell berichtete allerdings in diesem Zusammenhang, daß das Leistungskomplexsystem von der Hamburger Sozialbehörde inzwischen positiver als bei dessen Einführung beurteilt würde (wobei die ursprünglich harsche Ablehnung des Leistungskomplexsystems wohl vor allem auf die anfängliche Kostensteigerung zurückzuführen gewesen ist).

Etwas näher als in der Diskussion der grundsätzlichen Alternative kamen sich die Vertreterin der Pflegekassen und die übrigen WorkshopteilnehmerInnen bei der systemimmanenten Kritik des Leistungskomplexsystems. Frau Drolshagen wies zwar Meyers These, daß die universelle Gültigkeit des Leistungskomplexsystems von den Spitzenverbänden der Pflegekassen durch das individuelle Drehen an den Punktzahlen unterminiert würde, mit dem Argument zurück, daß man sich endlich vollständig von der Annahme lösen müsse, daß die Punktzahlen überhaupt irgendeinen empirischen Bezug zur Zeit hätten. Vielmehr seien sie als ein Preisäquivalent, sozusagen als eine Art „inflationssichere Buchwährung“, anzusehen. Sie räumte jedoch zweierlei ein, nämlich:

- daß die Relation der Punktzahlen unterschiedlicher Leistungskomplexe möglicherweise korrekturbedürftig sei und
- daß noch einmal darüber nachgedacht werden müsse, ob die Abrufempfehlung beim Leistungskomplex „Reinigung der Wohnung“ nicht doch das Wahlrecht der Pflegebedürftigen zu sehr einschränke.

Ebenfalls vermittelnd wirkte der Vorschlag von Martin Kamps-Link (Koordinationsstelle Ambulante Pflegeangebote in Ahlen), der sich dafür

stark machte, schon jetzt im Rahmen der Pflegeversicherung vorhandene Spielräume für eine Zeitvergütung zu nutzen. Er sprach damit bereits existierende Modellversuche an, in denen die Häusliche Pflege bei Verhinderung gemäß § 39 SGB XI auch für die Finanzierung von regelmäßiger Kleingruppenbetreuung eingesetzt wird.

Wie schon die Diskussion im Workshop 1 machte diejenige in Workshop 2 deutlich, daß Fragen der Pflegebedarfs- und Pflegeleistungserfassung bislang erst zu wenig von der Pflegewissenschaft bearbeitet wurden. Einer Antwort harrt u.a. noch die Frage, die – entgegen der ursprünglichen Planung – im Workshop nur angerissen werden konnte, nämlich: Sind fiktive Durchschnittswerte für die Dauer bestimmter pflegerischer Verrichtungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht überhaupt vertretbar?

(Red.)

Neuerscheinung

Ruth Schröck,
Elisabeth Drerup (Hrsg.)
**Pflegetheorien in Praxis,
Forschung und Lehre**
Materialien zur Pflegewissenschaft,
Band 1, 1997, ca. 2350 Seiten, kart.
lam., ISBN 3-7841-0940-3,
ISSN 0949-1570.

Im ersten Band seiner Schriftenreihe greift der Deutsche Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung e.V. eine im englischsprachigen Raum beliebte Publikationsform auf: Dieser Reader legt rund 40 aktuelle Beiträge aus englischsprachigen Zeitschriften als Übersetzung vor.

Ausgewählt wurden Veröffentlichungen, die sich mit der Frage der Umsetzung von Pflegetheorien in Praxis, Lehre und Forschung beschäftigen. Ein Werk, das die pflegewissenschaftliche Literatur im deutschsprachigen Raum um wichtige Erkenntnisse und Anregungen bereichert.

Buchbesprechung

U. Laaser, G. Hölling, B. Jung, B. Röttger-Liepmann, A. Schwalbe (1997): Auswirkungen der neuen Entgeltform laut Pflege-Versicherungsgesetz auf die Versorgung von BewohnerInnen im stationären Bereich der Altenhilfe. Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik (IBS), Universität Bielefeld

Die Einführung der Pflegeversicherung hat die strukturellen Rahmenbedingungen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen massiv verändert. Gegenstand des hier besprochenen Forschungsberichtes sind – neben der Frage, wie sich die Pflegestufen verteilen und welche finanziellen Auswirkungen sich für die Einrichtungen und die BewohnerInnen ergeben – vor allem zwei Fragen, nämlich:

1. Welches Zeitvolumen wird – bezogen auf die Pflegestufen – in den verschiedenen Leistungsbereichen der Pflege erbracht?
2. Welche Auswirkungen hat die Vorgabe des zeitlichen Mindestbedarfs auf die Versorgung der BewohnerInnen?

Forschungsdesign: In fünf westfälisch-lippischen Einrichtungen des ev. Johanneswerkes (mit einer Bettenzahl zwischen 65 und 107) wurde eine Stichprobe von N = 121 Personen untersucht (aufgeteilt in die Pflegestufen „Null“, I, II und III). Forschungsinstrument war – neben einer codierten Bewohnerliste und einem Heim- und Pflegestrukturfragebogen – ein von den ForscherInnen entwickelter Bogen, auf dem die MitarbeiterInnen der Pflegeeinrichtungen die tatsächlich jeweils bei einer/m Pflegebedürftigen von ihnen aufgewendete Zeit dokumentierten. Als Kategorien standen zur Verfügung: Zum einen die in § 14 SGB XI aufgezählten Verrichtungen in den Bereichen a) Körperpflege, b) Ernährung sowie c) Mobilität. Zum anderen die Bereiche d) Behandlungspflege, e) auf die einzelnen BewohnerInnen bezogene Kommunikation/psychosoziale Aktivität und f) organisierte soziale Aktivitäten. Der im SGB XI relevante Bereich der „Hauswirtschaftlichen Versorgung“ wurde in der Untersuchung nicht indi-

viduell ermittelt, sondern pauschal dem Bereich „Bewohnerferne Pflegetätigkeiten“ untergeordnet. Für die verschiedenen Pflegeleistungskategorien wurden Randauszählungen, Vergleiche der Durchschnittswerte, Perzentilberechnungen und andere Klassenbildungen durchgeführt (sowohl der Minutenwerte in den Preisleistungskategorien als auch der Fälle in den einzelnen Pflegestufen).

Die wichtigsten Ergebnisse ad (1): In den Pflegestufen I und II werden mit durchschnittlich 50 und 124 Minuten pro Tag die von der Pflegeversicherung vorgegebenen Mindestzeiten im Bereich der Grundpflege (I = 45 min., II = 120 min., III = 240 min.) erreicht. In der Pflegestufe III werden sie dagegen um 98 Minuten unterschritten. Wesentliche Unterschiede bestehen im Bereich der sozialen Aktivitäten; BewohnerInnen der Pflegestufe II nehmen durchschnittlich aktiver am Heimaltag teil als BewohnerInnen der Pflegestufe III, so daß sie in der Summe aller Tätigkeiten auch mehr Leistungen in Anspruch nehmen als die BewohnerInnen dieser Pflegestufe. Dies läßt nur zwei Schlußfolgerungen zu, die mit einer qualitativen Folgestudie zu beantworten wären: Entweder die BewohnerInnen der Pflegestufe III sind unterversorgt oder aber, die Minutenwerte, die von der Pflegeversicherung für die Pflegestufe III vorgesehen werden, sind im Heimbereich zu hoch angesetzt.

Der Anteil der Grundpflege, gemessen an der Summe sämtlicher Tätigkeiten, liegt in den Pflegestufen wie folgt: III = 66%, II = 55%, I = 43% und 0 = 18%. Der Rest wird überwiegend für die psychosoziale Betreuung verwendet. Der erhebliche Anteil der psychosozialen Betreuung an den erbrachten Leistungen in den untersuchten Einrichtungen wird freilich in den Zeitvorgaben der Pflegeversicherung nur unzureichend berücksichtigt.

(2) Die AutorInnen der Studie führen weiter aus, daß die Einrichtungen mit ihrem gegenwärtigen Personalstundenvolumen noch nicht einmal die zeitlichen Mindestanforderungen der Pflegeversicherung im Bereich der Grundpflege gewährleisten könnten, ganz zu schweigen von der additiv zu erbringenden psychosozialen Betreu-

ung und Behandlungspflege. Entsprechend kommen sie zu dem Schluß, daß die Qualitätsvereinbarungen zwischen den Einrichtungsträgern und den Kostenträgern unter den gegebenen Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Gerechterweise hätten sie allerdings erwähnen müssen, daß sich die SOLL-Zeiten der Pflegeversicherung gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI aus dem Zeitaufwand ergeben, „den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen benötigt.“ Für einen SOLL/IST-Vergleich können die gesetzlichen Mindestzeitvorgaben für die einzelnen Pflegestufen also nur begrenzt herangezogen werden; zumal der Gesetzgeber deutlich gemacht hat, daß er davon ausgeht, daß „Pflegeprofis“ die Pflege schneller durchführen können als unausgebildete Pflegepersonen.

Diese pauschale These des Gesetzgebers kann zwar aus pflegewissenschaftlicher Perspektive bezweifelt werden, nach wie vor steht jedoch eine breit angelegte Studie aus, die Aufschluß darüber geben könnte, wieviel Zeit eine Pflegekraft für eine aktivierende Pflege, die diesen Namen verdient, im Durchschnitt benötigen würde. Der m.E. größte Verdienst der vorliegenden Studie liegt darin, daß er das zeitliche IST in der stationären Pflege sichtbar macht. Es wäre wünschenswert, diesen Teil der Studie durch Untersuchung weiterer Heime in anderen Untersuchungsregionen zu verifizieren.

Fredrich, A. Kersting, J. Kuck, L. Weyer, A. Zenz, A. Schulz-Gödger (1997): Zeitwerte machen Leistung transparenter – Ergebnisse eines Pretests, durchgeführt von Pflegemanagement-Studenten zur Erfassung von Zeitwerten in der ambulanten Pflege. In: Pflegen Ambulant, 8. Jg., Nr. 3. Bibliomed-Verlag, Melsungen

Wie bereits mehrfach in dieser Ausgabe von Pflege & Gesellschaft konstatiert, fehlt es an Messungen des IST-Zeitaufwandes in der Pflege. Um es gleich vorneweg zu sagen: Auch die unter Leitung von Andreas Schulz-Gödger von Studierenden des Stu-

diengangs Pflegemanagement der FH Osnabrück durchgeführte Studie schließt diese Lücke nicht; handelt es sich doch hier lediglich um einen Pretest, dessen Ergebnisse naturgemäß unbedingt der Verifizierung bedürfen.

Interesse verdient immerhin das quantitative Untersuchungsdesign, in dem auf arbeitswissenschaftliche Methoden rekuriert wird. Erfaßt wurde der bei fünf PatientInnen eines mobilen Pflegedienstes erforderliche Zeitaufwand beim Leistungskomplex „Kleine Morgen- und Abendtoilette“. Für die Studie wurde ein standardisierter Zeiterfassungsbogen zur Messung der Arbeitsabläufe entwickelt. Im Gegensatz zur oben vorgestellten Untersuchung von Laaser *et. al.* wurde die Zeiterfassung nicht als Selbstaufschreibung der Pflegenden, sondern als „Fremderfassung“ aufgrund der Beobachtungen der ForscherInnen durchgeführt. Es ist anzunehmen, daß bei dieser – freilich aufwendigeren – Methode reliablere Daten zustande kommen als bei einer Selbstaufschreibungsmethode.

Kellmeyer, Marlies und Birgit Mayer (im Erscheinen): Erhebung anerkannter Zeitwerte für die ambulante Pflege. Diakonisches Werk der EKD Stuttgart.

Voraussichtlich Ende August 1997 erscheint – vorerst im Eigen-Verlag des Diakonischen Werkes (Stauffenbergstraße 76, D-70184 Stuttgart) – eine Studie zur Ermittlung der Ist-Zeitwerte für die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen. Die Studie lag allerdings bei Redaktionsschluß nur auszugsweise vor, so daß hier keine fundierte Einschätzung ihrer Reliabilität und Validität vorgenommen werden kann. Man lese dies daher eher als Literaturhinweis, denn als Kritik.

In 27 mobilen Pflegeeinrichtungen des Diakonischen Werkes haben für diesen Zweck freigestellte MitarbeiterInnen der Einrichtungen ihre KollegInnen bei ihrer Arbeit beobachtet und die Zeit gestoppt, die für die Durchführung „grundpflegerischer“, behandlungspflegerischer und psychosozialer Leistungen aufgewendet wurde.

Als vorläufiges Ergebnis ist festzuhalten, daß die pflegerischen Leistungen offenbar unter erheblichem Zeitdruck durchgeführt werden, was teilweise bedenkliche Qualitätsmängel nach sich zieht: So betrug der Zeitaufwand für die Leistung „Ganzwaschung“ im Durchschnitt rund 12 Minuten. Eine Pflegerin schaffte es sogar, einen Patienten in 2,6 Minuten zu waschen.

Dr. Jörg Alexander Meyer

Pflege & Gesellschaft in eigener Sache

Pflege und Gesellschaft veröffentlicht Beiträge über praktisch das gesamte Spektrum der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Schwerpunkt dieser Zeitschrift liegt allerdings auf Artikeln, die entweder Themen an der Schnittstelle von Gesellschaft und Pflege behandeln, oder die zur Standortbestimmung der Pflege und der Pflegewissenschaft beitragen. Veröffentlicht werden nur Originalarbeiten.

Jedes Heft enthält ein Schwerpunktthema. Die Themenplanung der nächsten Ausgaben ist wie folgt:

Nr. 3/97: Pflgetheorien (Caringansatz, handlungstheoretische Ansätze)

Nr. 1/98: Qualifikationen von HochschullehrerInnen in Pflegestudiengängen

Nr. 2/98: Zur Terminologie und Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege

Nr. 3/98: Gesundheitsförderung

Nr. 4/98: N.N.

Hinweise für die Autorinnen und Autoren zur Manuskriptgestaltung

Die Arbeit ist in Papier- und EDV-Fassung einzureichen. Es versteht sich, daß sie den Gepflogenheiten der internationalen Wissenschaftslandschaft entsprechen muß. Das Literaturverzeichnis soll nur im Text zitierte Titel enthalten und der folgenden Konvention genügen:

Juchli, Liliane (1994): Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. neu überarbeitete Auflage, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, New York

Zu beachten ist an diesem Beispiel insbesondere folgendes:

- Die AutorInnen und Jahreszahlen sollen fett formatiert sein, der Rest nicht.
- Die Vornamen der AutorInnen sollen nach Möglichkeit ausgeschreiben werden.
- Der Verlag soll vor der Stadt genannt werden.

Referenzen im Text bitte wie folgt „Juchli (1994) meint, daß ...“ oder „Juchli (1994:19) meint, daß“.