



Fallstudiensammlung

Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH

Fallstudie: Ambulante Pflege

Philipp Osl, Alain Benz

2., überarbeitete Fassung

Universität St. Gallen, Institut für Wirtschaftsinformatik
Februar 2010

Institut für Wirtschaftsinformatik



Universität St.Gallen

Inhaltsverzeichnis

1	Unternehmen	1
1.1	Überblick	1
2	Independent Living-Lösung „Evangelische Hauskrankenpflege“	2
2.1	Kurzbeschreibung.....	2
2.2	Kunden	3
2.2.1	Zielgruppen	3
2.2.2	Kundenbedürfnisse	4
2.3	Leistungsangebot.....	5
2.4	Leistungserstellung.....	7
2.5	Kosten und Erlöse	12
2.6	Vermarktung.....	14
2.7	Wettbewerb.....	15
2.8	Soziale, rechtliche und ethische Rahmenbedingungen	16
3	Geplante Weiterentwicklungen	17
4	Erkenntnisse	18
	Expertengespräche	19
	Anhang A: Leistungskataloge	20
	Literatur	24

1 Unternehmen

1.1 Überblick

Die Diakoniestation Frankfurt am Main gemeinnützige GmbH ging aus der Evangelischen Gemeindekrankenpflege hervor. Bereits in den 1970er Jahren wurde damit begonnen, die einzelnen Gemeindeschwestern der fachlichen Aufsicht von Diakoniestationen zu unterstellen. 1998 wurden diese Stationen in die Rechtsform der gemeinnützigen GmbH überführt. Anfangs waren dies 11 Diakoniestationen in verschiedenen Stadtteilen Frankfurts, die zunächst auf 6 und im Jahr 2004 schliesslich auf eine Station zusammengeführt wurden. Ausschlaggebend für diese Konsolidierung waren betriebswirtschaftliche Effizienzüberlegungen. Nachdem sich die Stadt Frankfurt mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 aus der Mitfinanzierung der Diakoniestationen zurückgezogen hatte, war das Defizit aller – in ihrer Grösse (zwischen 4 und 25 Mitarbeiter) und Wirtschaftlichkeit sehr unterschiedlichen – Stationen zu hoch, als dass die Evangelische Kirche dies auf Dauer hätte tragen können. Die Reduktion der Mietkosten sowie der Verwaltungsaufwände durch Zentralisierung erschien daher naheliegend. Die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH ist heute einer der grössten ambulanten Pflegedienstleister in der Region Hessen-Nassau¹.

¹ Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) unterteilt sich in 22 Gliedkirchen (Landeskirchen), wovon die Evangelische Kirche in Hessen und Nassau (EKHN) eine ist. Das Gebiet der EKHN umfasst den südlichen Teil des deutschen Bundeslandes Hessen, die ehemaligen Regierungsbezirke Rheinhessen und Montabaur des Landes Rheinland-Pfalz sowie einige Gemeinden in Nordrhein-Westfalen. Es entstand aus dem ehemaligen Volksstaat Hessen (bis 1918 Großherzogtum Hessen), dem ehemaligen Herzogtum Nassau mit seiner Hauptstadt Wiesbaden und der ehemaligen Freien Stadt Frankfurt am Main.

	Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH
Gründung	1998 als gemeinnützige GmbH
Firmensitz	Battonnstraße 26-28, D-60311 Frankfurt am Main
Branche	ambulante Pflege, Sozialdienstleistungen
Firmenstruktur	Alleiniger Gesellschafter der Diakoniestation ist der Evangelische Regionalverband Frankfurt am Main. Der Geschäftsführer der Diakoniestation ist gleichzeitig auch Geschäftsführer der „verschwisterten“ Organisation „Evangelische Gesellschaft zum Betrieb von Wohn-, Alten- und Pflegeheimen gemeinnützige GmbH“, mit der die Diakoniestation auch Teile der Verwaltung teilt.
Geschäftsbereiche	• Evangelische Hauskrankenpflege (ambulante Pflege) • Diakonischer Betreuungsdienst (haushaltsnahe Unterstützung, Begleitdienste) • Ambulante Demenzbetreuung • Beratung pflegender Angehöriger Daneben existiert ein als Projekt organisiertes Spezialgebiet „Psychisch-soziale Betreuung und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden“, welches durch die Stadt gefördert wird
Umsatz	3.8 Mio Euro (2008)
Reingewinn	ca. -700.000 Euro
Mitarbeiter	• 58 für operatives Geschäft (ca. 70% Fachkräfteanteil) • zusätzlich ca. 25 Mitarbeiter für niederschwellige Angebote (Zivildienster, Hartz IV-Empfänger) • ca. 20 Mitarbeiter für Verwaltung & Organisation davon viele in Teilzeit
Homepage	http://www.diakoniestation-frankfurt.de

Tabelle 1: Kurzportrait Diakoniestation Frankfurt am Main

2 Independent Living-Lösung „Evangelische Hauskrankenpflege“

2.1 Kurzbeschreibung

Die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH bietet alle Leistungen der häuslichen Alten- und medizinischen Behandlungspflege. Als einer der grössten ambulanten Pflegedienste in der Region nimmt sie eine Vorreiterposition bei der informationstechnologischen Prozessunterstützung des operativen Geschäftes ein. Dem zunehmenden Wettbewerbsdruck begegnet sie durch eine Differenzierungsstrategie in zwei Richtungen, einerseits hin zu einer Spezialisierung für anspruchsvolle Krankheitsbilder („Wundprojekt“) und pflegerische Leistungen sowie andererseits durch Ausbau niederschwelliger Angebote im Bereich haushaltsnaher Unterstützung und Begleitdienste.

2.2 Kunden

2.2.1 Zielgruppen

Das Angebot der Evangelischen Hauskrankenpflege richtet sich an alle Personen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf unabhängig von deren Alter. Von den ca. 500 bis 550 Kunden² (inkl. haushaltsnaher Unterstützung durch den Diakonischen Betreuungsdienst) sind rund 75% über 80 Jahre alt. Der Grossteil der Kunden sind Frauen.

Zwei Ursachen führen in der Regel zu einem Hilfebedarf durch die Evangelische Hauskrankenpflege: Ca. 50 bis 60% der Kunden haben oder hatten eine schleichende Zunahme des Unterstützungsbedarfs infolge des Älterwerdens. Etwas weniger, zwischen 40 und 50%, bedürfen der Leistungen infolge eines konkreten Auslösers, beispielsweise einer Operation, eines Schlaganfalls oder Sturzes. Der Anteil der Menschen, die aufgrund ihres Alters und ohne bestimmten Auslöser Unterstützung benötigen, hat in den letzten Jahren leicht zugenommen. Eine Segmentierung der Kunden durch die Evangelische Hauskrankenpflege erfolgt nicht, wenngleich Krankheitsbilder und damit verknüpfte Pflegeanforderungen implizit zu einer Gruppierung führen („Man weiss dann anhand des Krankheitsbildes, welche Leistungen meistens gebraucht werden.“). Die Evangelische Hauskrankenpflege führt kundenspezifische Bedarfsabklärungen beim Klienten durch.

Die Betreuungsverhältnisse sind zumeist längerfristig und dauern im Schnitt rund 1,5 Jahre. Der bislang längste Fall dauerte knapp 14 Jahre von Mai 1995 bis Februar 2009, als die dann 102-jährige Frau nach zahlreichen Stürzen schliesslich doch in ein Pflegeheim wechseln musste. Daneben besteht aber auch eine Nachfrage nach kurzzeitigen Leistungen, beispielsweise wenn pflegende Angehörige übers Wochenende verreisen oder pflegebedürftige Personen auf Besuch zu Angehörigen nach Frankfurt kommen.

² Die Evangelische Hauskrankenpflege spricht von Kunden oder Klienten, jedoch nicht von Patienten.

Mittel- und langfristige Betreuungsverhältnisse enden aus folgenden Gründen (Tabelle 2):

Grund für das Ausscheiden des Klienten	Häufigkeit
Heilung	ca. 10%
Wechsel zu einem anderen Anbieter / zu einer Pflegekraft (z.B. osteuropäische Hilfe)	ca. 10-15%
Übertritt in stationäre Pflege	ca. 40%
Tod	ca. 40%

Tabelle 2: Gründe für das Ausscheiden von Klienten

Die Kundenanzahl schwankte in den vergangenen Jahren um den gegenwärtigen Wert von 500 bis 550 Klienten. Wie Frau Höfler-Greiner, Pflegedienstleitung der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH, jedoch betont, ist die Kundenanzahl für die Grösse sowie die wirtschaftliche Stärke eines Anbieters wenig aussagekräftig, da Pflegeaufwand und damit auch die generierten Umsätze von Kunde zu Kunde stark schwanken.

Wie Frau Höfler-Greiner feststellt, kommen Patienten nach Krankenhausaufenthalten heute oft in einem wesentlich schlechteren medizinischen Zustand nachhause als früher (z.B. Kunden, die mit grossen, aufgeplatzten Bauchwunden aus dem Spital entlassen werden). Dies ist auf die Vergütung der Krankenhäuser in Form von Fallpauschalen zurückzuführen. Da die Erlöse in der Regel unabhängig von der Verweildauer des Patienten sind, erhöhen sich die Deckungsbeiträge der Krankenhäuser, wenn Kosten durch frühzeitige Entlassungen gespart werden können. Aber auch der Wunsch vieler Angehörigen, Patienten zuhause versorgt zu wissen, führt zu medizinisch zunehmend anspruchsvolleren Fällen für die ambulante Pflege (z.B. Wachkomapatienten nach einem Schlaganfall).

2.2.2 Kundenbedürfnisse

Die Erfahrungen der Evangelischen Hauskrankenpflege zeigen, dass sich pflegerische, haushaltsnahe und Begleitdienste in der Praxis nicht strikt trennen lassen. Der Kunde wünscht und benötigt in der Regel ein Gesamtpaket aus verschiedenen Leistungen.

Neben der fachlich einwandfreien Pflege und Unterstützung sind für den Kunden vor allem Zuverlässigkeit und der persönliche Kontakt zu den Pflegenden wichtig. Zuverlässigkeit bedeutet dabei einerseits, dass sich der Kunde darauf verlassen kann, dass jemand zur vereinbarten Zeit auch tatsächlich kommt. Gleichzeitig umfasst Zuverlässigkeit als wichtige Qualitätsanforderung aber auch, dass sich der Kunde sicher sein kann, dass nicht nur jemand, son-

dern integere und fachlich kompetente Leute kommen, „bei denen man keine Angst haben muss“. Frau Höfler-Greiner ortet diesbezüglich eine starke Wettbewerbsposition für die Evangelische Hauskrankenpflege sowie gemeinnützig getragene Dienste im Allgemeinen. Kunden nehmen diese in der Regel als zuverlässiger wahr, und ihre Mitarbeiter genießen hohes Vertrauen (vgl. auch Abschnitt 2.7).

Weiterhin besteht ein Bedürfnis nach einer gewissen Personalkontinuität. Allerdings haben die meisten Kunden auch nichts dagegen einzuwenden, wenn drei oder vier Personen die Leistungen erbringen. Dass jemand explizit eine Betreuung durch nur eine Pflegekraft wünscht, sind den Erfahrungen von Frau Höfler-Greiner nach Einzelfälle.

2.3 Leistungsangebot

Das Leistungsspektrum der Evangelischen Hauskrankenpflege umfasst alle Leistungen der medizinischen *Behandlungspflege* nach SGB³ V sowie der häuslichen *Altenpflege* nach SGB XI. In Kombination mit dem Diakonischen Betreuungsdienst für die *hauswirtschaftliche Versorgung*, der von der Organisations-Struktur der Diakoniestation zwar von der Evangelischen Hauskrankenpflege getrennt ist, deren Leistungen in der Praxis jedoch mitunter von denselben Personen erbracht werden („Es wäre ja schrecklich für den Klienten, wenn dies nicht so wäre.“, vgl. zur Notwendigkeit einer integrierten Bereitstellung der benötigten Leistungen auch Abschnitt 2.2.2), bietet die Diakoniestation eine umfassende *häusliche Kranken- und Altenpflege* im Sinne des SGB. Darüber hinaus bietet die Evangelische Hauskrankenpflege auch Hauskrankenpflegekurse für pflegende Angehörige an.

Sämtliche Leistungen der Diakoniestation stehen im gesamten Stadtgebiet von Frankfurt am Main zur Verfügung mit Ausnahme von Bergen-Enkheim, das kirchenpolitisch nicht zu Hessen-Nassau, sondern zu Kurhessen-Waldeck gehört, sowie Riederwald und Fechenheim. In den beiden letztgenannten Stadtteilen ist die Caritas sehr stark vertreten. Für die dadurch wenigen potentiellen Kunden lohnen sich die verhältnismässig langen Anfahrtswege nicht, weshalb die Leistungen in diesem Gebiet nicht angeboten werden.

³ Sozialgesetzbuch in Deutschland

Im Jahr 2008 leistete die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH insgesamt 60'266 Stunden. Hiervon entfielen 40'807 Stunden auf Kundenbesuche. Der Anteil von Wegzeiten und administrativem Aufwand beträgt somit rund ein Drittel des gesamten Zeitaufwandes.

Der genaue Leistungskatalog (siehe Anhang A) ist das Ergebnis von schwierigen⁴ Verhandlungen der „Liga der freien Wohlfahrtsverbände“, in der auch das Diakonische Werk in Hessen und Nassau Mitglied ist, mit Vertretern der Kranken- und Pflegekassen.⁵ Bei den Verhandlungen zu den Leistungen nach SGB V wird festgelegt, welche Leistung mit welcher fachlichen Qualifikation erbracht werden darf. So dürfen z. B. Wundverbände nur von examinierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen oder AltenpflegerInnen erbracht werden. Diese Regelungen gelten bundesweit. Weiterhin wird auch die Vergütung der verschiedenen Leistungen festgelegt, die allerdings nur für das jeweilige Bundesland gelten. Im Rahmen des SGB XI wird nicht von einer fachlichen Qualifikation gesprochen, sondern nur von „Pflegerpersonen“. Dies können auch Angehörige, Nachbarn und Bekannte sein.

Im Bereich der Behandlungspflege ist der Leistungskatalog aus Sicht der Evangelischen Hauskrankenpflege einigermaßen praktikabel. Schwieriger ist es im Bereich der Altenpflege nach SGB XI, da für diese Leistungen die vorgesehenen Zeitkontingente vielfach nicht ausreichen, um eine gute Versorgung sicherzustellen. Entsprechend sind die Verhandlungen mit den Kassen auch durch ein Feilschen um diese den verschiedenen Leistungen hinterlegten Zeitkontingente gekennzeichnet.

Da zunehmend auch anspruchsvollere Aufgaben durch ambulante Pflegedienste übernommen werden müssen (vgl. dazu Abschnitt 2.2.1), versucht die Evangelische Hauskrankenpflege gegenwärtig, ihr Leistungsangebot in Richtung einer Spezialisierung für bestimmte Krank-

⁴ Die Schwierigkeiten in der Abstimmung mit den Kassen zeigen sich unter anderem darin, dass die Kassen gegen die zum 1. Juli 2007 getroffene Neuregelung mit neuen Preisen ein Schiedsverfahren eingeleitet haben, sodass die momentanen Zahlungen der Kassen an die ambulanten Pflegedienste momentan nur „unter Vorbehalt“ erfolgen.

⁵ Private Pflegedienste haben einen eigenen Verband, der ebenfalls Verträge mit den Kranken- und Pflegekassen aushandelt.

heitsbilder (z.B. chronische Wunden) beziehungsweise für spezifische Leistungen (z.B. Schmerztherapie, Ernährung über Infusionen) zu erweitern. Nach Einschätzung von Frau Höfler-Greiner ist derartiges Spezialwissen wichtig für den Kundenzugang, v.a. in Form einer Profilschärfung gegenüber vorgelagerten medizinischen Dienstleistern (Krankenhäuser, Ärzte), die ein wichtiger Kundenzugangskanal sind (vgl. Abschnitt 2.4).

Eine erkennbare Leistungslücke der Evangelischen Hauskrankenpflege ist die 24-Stunden-Betreuung, welche infolge des kirchlichen Gehaltsgefüges (vgl. Abschnitt 2.5) nicht wirtschaftlich konkurrenzfähig realisiert werden kann. Frau Höfler-Greiner ortet hierfür eine weiterhin steigende Nachfrage infolge eines abnehmenden Potentials familiärer Unterstützung sowie einer Zunahme betreuungsintensiver Fälle, insbesondere im Zusammenhang mit Demenz.

2.4 Leistungserstellung

In den meisten Fällen (rund 65%) fordern Angehörige Hilfe der Evangelischen Hauskrankenpflege an. Nur sehr selten (rund 5% der Fälle) sind es die Betroffenen selbst. In ca. 30% der Fälle initiieren Krankenhäuser (im Rahmen der Pflegeüberleitung beziehungsweise über deren Sozialdienst) oder Ärzte die weiterführende Betreuung eines Patienten durch den ambulanten Pflegedienst. Die Evangelische Hauskrankenpflege versucht diesen Kundenzugang über vorgelagerte medizinische Einrichtungen bewusst zu fördern, indem ihre Mitarbeiter den Sozialdienst in zwei Krankenhäusern verstärken.⁶

Der weit überwiegende Teil der Kontaktaufnahmen (ca. 90%) erfolgt telefonisch, und nur ein sehr geringer Teil der Kunden kommt persönlich in den Geschäftsräumen der Diakoniestation vorbei. Seit der Neugestaltung des Internetauftritts treffen auch vereinzelte Anfragen per E-Mail ein. Für die telefonische Kontaktaufnahme ist zwischen 8 und 18 Uhr an Werktagen die Einsatzzentrale der Diakoniestation mit zwei Personen besetzt. Nach 18 Uhr werden die Anrufe durch die Servicezentrale eines privaten Sicherheitsdienstes entgegengenommen, der diese bis 20 Uhr an die diensthabende Spätschicht weiterleitet. Nach 20 Uhr besteht eine

⁶ Den Klienten bleibt auch in diesen Krankenhäusern das Recht auf freie Wahl eines ambulanten Pflegedienstleisters. Die Evangelische Hauskrankenpflege versucht durch diese Massnahme, sich als attraktiver Anbieter in einer möglichst frühen Phase im Entscheidungsprozess auf Seiten der Kunden ins Spiel zu bringen.

Rufbereitschaft für dringende Fälle. Die Dienste der Servicezentrale des Sicherheitsanbieters entlohnt die Evangelische Hauskrankenpflege pauschal mit ca. 1000 Euro pro Monat.

Die Evangelische Hauskrankenpflege kann Leistungen normalerweise ohne Vorlaufzeit, das heisst noch am selben Tag, bereitstellen. Lediglich bei Spezialfällen, beispielsweise bei Intensivpflege, die Hilfsmittel wie Ernährungspumpen oder Schmerzpumpen erfordern, in deren Handhabung die Mitarbeiter vorab eingewiesen werden müssen, gilt dies nicht. Die Leistungserbringung beginnt üblicherweise mit einem Beratungs- respektive Bedarfsklärungsge- spräch beim Klienten zuhause. Daraufhin werden die Kunden in eine der Touren integriert, die den verschiedenen Mitarbeitern der Evangelischen Hauskrankenpflege zugeteilt sind. Die Kriterien, nach denen Kunden den Mitarbeitern zugeordnet werden, sind demnach primär Grössen wie regionaler Einsatzbereich, zeitliche Verfügbarkeit und Kapazität sowie Uhrzeit. Der Aspekt der „menschlichen Kompatibilität“ wird erst in zweiter Instanz berücksichtigt. Die Planung der Touren ist mit der Routenplanung von Logistik-Dienstleistern vergleichbar. Hierfür nutzte die Evangelische Hauskrankenpflege bis Oktober 2009 das Personaleinsatzplanungsprogramm DM APS⁷. Im Herbst 2009 erfolgte die Umstellung auf das System von BoS&S⁸, da das bisherige System den Anforderungen bezüglich Einsatzplanung, Abrechnung und insbesondere bei der Anbindung der mobilen Datenerfassung (s. weiter unten) nicht mehr gerecht wurde. Aufgrund der Zunahme an medizinisch anspruchsvollen Fällen, die entsprechendes Fachwissen erfordern, ist die Einsatzplanung in den vergangenen Jahren anspruchsvoller geworden. Da Spezialfälle nur von bestimmten Mitarbeitern versorgt werden können, kann es durchaus vorkommen, dass zwei Mitarbeiter der Evangelischen Hauskrankenpflege in derselben geographischen Region Dienstleistungen erbringen müssen.

Pflegekräfte erhalten die für sie relevanten Tour-Informationen wie beispielsweise Adressen, Telefonnummern sowie die zu erbringenden Leistungen je Kunde auf ein GPRS- und Javafähiges Mobiltelefon übermittelt. Noch beim Klienten vor Ort bestätigen die Pflegekräfte die erbrachten Leistungen unmittelbar über dieses Mobiltelefon. Vor Ort als notwendig befundene und mit dem Klienten vereinbarte Zusatzleistungen, die über die ursprünglich geplanten

⁷ <http://www.dm-edv.de/index.php?id=ambupflege>

⁸ <http://www.bosussoftware.de/>

Leistungen hinausgehen, können ebenfalls über das Mobiltelefon erfasst und an die Zentrale gemeldet werden. Hierfür kam bis Oktober 2009 die Anwendung factis aus dem mobilCare Office-Paket⁹ zum Einsatz, welches in Teilbereichen auf die speziellen Anforderungen der Evangelischen Hauskrankenpflege angepasst wurde. Mit dieser Lösung war die Evangelische Hauskrankenpflege auch sehr zufrieden, entschied sich aber im Zuge der Einführung des BoS&S-Systems für einen Umstieg auf die in diesem Paket enthaltene mobile Datenerfassung. Damit sind Informationen zur Leistungserbringung (Welcher Mitarbeiter benötigt wie lange für welche Leistungen?) für die interne Steuerung quasi in „Realtime“ verfügbar. Nach Einschätzung von Frau Höfler-Greiner ist die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH im Bereich der mobilen Datenerfassung zumindest regionaler Vorreiter.

Für die Abrechnung mit den Kranken- und Pflegekassen erfolgt parallel eine Protokollierung der erbrachten Leistungen in papierbasierten Formularen, welche der Kunde am Monatsende beziehungsweise bei Beendigung der Versorgung durch die Evangelische Hauskrankenpflege gegenzeichnet.

Die Einhaltung der geplanten Touren funktioniert in der Praxis im Grossen und Ganzen gut. Notwendige Änderungen werden telefonisch von der Einsatzzentrale an die Pflegekraft beziehungsweise im Falle unerwarteter Verzögerungen in umgekehrter Richtung von der Pflegekraft an die Einsatzzentrale kommuniziert. Im Bedarfsfall kann die Pflegekraft ebenfalls telefonisch Unterstützung über die Zentrale anfordern. Dies ist nach Einschätzung von Frau Höfler-Greiner ausreichend, weshalb sie gegenwärtig keinen Bedarf an zusätzlicher Unterstützung für die Mitarbeiter vor Ort sieht, beispielsweise in Form von telemedizinischen Lösungen.

In der Leistungserbringung vor Ort gilt die Prämisse, dass „der Mensch im Vordergrund steht“, weshalb auf die Einhaltung der Zeitkontingente in der Leistungserbringung kaum geachtet wurde. Die Pflegekräfte nahmen sich die Zeit, die sie benötigten. Aufgrund eines wachsenden Rentabilitätsdruckes achtet die Pflegedienstleistung nunmehr aber genauer auf die Einhaltung. Zwar wird auch jetzt im Bedarfsfall zusätzliche Zeit zur Verfügung gestellt,

⁹ <http://www.mobilcare-office.de/mobile-zeit-leistungserfassung.php>

wenn diese für eine gute Versorgung des Kunden notwendig ist, sollte dies aber öfters oder gar regelmässig der Fall sein, muss ein zusätzlich abrechenbares Leistungspaket mit dem Kunden vereinbart werden, welches diese Zeitdifferenz abdeckt. Die diesbezüglichen Abstimmungen mit den Kunden beziehungsweise deren Angehörigen sind zum Teil schwierig. Nach Beobachtung von Frau Höfler-Greiner sind diese Diskussionen in den letzten zwei bis drei Jahren spürbar härter geworden, da die Kunden kostensensitiver reagieren.

Die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH ist seit 2007 nach ISO 9001 zertifiziert. Ausführliche Bedarfsabklärungen und kontinuierliche Mitarbeiterschulung sichern die Qualität der erbrachten Leistungen. Neben Fortbildungsangeboten für alle Mitarbeiter in Form von Inhouse-Seminaren werden auch spezielle Fortbildungswünsche einzelner Mitarbeiter durch Besuch externer Lehrveranstaltungen oder Seminare unterstützt. Im Durchschnitt betragen die Fortbildungsaufwände rund 8 Stunden pro Mitarbeiter und Jahr. Frau Höfler-Greiner sieht aus fachlicher Sicht einen Mehrbedarf an Aus- und Fortbildung, dem jedoch aus Kostengründen nicht Rechnung getragen werden kann.

75 bis 80% der Leistungen rechnet die Evangelische Hauskrankenpflege direkt mit den Kranken- und Pflegekassen ab. Die Abrechnung bedeutet dabei einen hohen administrativen Aufwand, da mitunter bis zu vier Rechnungen für einen Kunden notwendig werden: je eine an die Kranken- und Pflegekasse, das Sozialamt¹⁰ sowie an den Kunden selbst.

Neben den verschiedenen Zahlern kooperiert die Evangelische Hauskrankenpflege mit zahlreichen anderen Dienstleistern (vgl. Tabelle 3). Im Falle von Engpässen kommt es auch zu Kooperationen mit anderen ambulanten Pflegediensten innerhalb des Einsatzgebietes, insbesondere mit der Caritas (vgl. dazu auch Abschnitt 2.7). Die Koordination mit den verschiedenen Partnern erfolgt im Bedarfsfall ad hoc, zumeist über Telefon. Frau Höfler-Greiner sieht keinen Handlungsbedarf in Richtung einer stärkeren Institutionalisierung der Kooperationen. Vielmehr warnt sie davor, dass eine zu stark institutionalisierte Zusammenarbeit gegen die notwendigen individualisierten Lösungen wirken und seitens der Kunden als „überfahren

¹⁰ Verträge mit dem Sozialamt für die teilweise Kostenübernahme werden auf Basis eines Kostenvoranschlags geschlossen und gelten zumeist für ein Jahr.

werden“ wahrgenommen werden könnte („Die Kunden reagieren bei so etwas sehr empfindlich.“).

Die Mitwirkung von Angehörigen ist von Fall zu Fall sehr unterschiedlich und reicht von einer Nichtbeteiligung bis hin zu einer umfangreichen Teilnahme an der Leistungserbringung. Die Rolle, welche Angehörige einnehmen wollen, zeichnet sich zumeist bereits im Erstgespräch ab.

Leistungsangebot			
- Alle Leistungen der häuslichen Alten- und medizinischen Behandlungspflege - Ergänzung durch haushaltsnahe und Begleitdienstleistungen durch den Diakonischen Betreuungsdienst (organisatorisch getrennt, in der Praxis aber oftmals von denselben Personen erbracht).			
Zugangskanäle	Leistungsprozesse der Evangelischen Hauskrankenpflege		Involvierte Partner
- Telefon (ca. 90% der Fälle) - Persönlicher Kontakt in der Diakoniestation - Seit neuem Internetauftritt mit entsprechender Funktionalität auch einige Anfragen per E-Mail - Sozialdienste der Krankenhäuser - Beratungs – und Vermittlungsstellen der Stadt Frankfurt	X	Kundenakquise	- Ärztlicher Notdienst - Hausärzte - Essen auf Rädern (Kooperations-Vertrag mit dem Arbeiter-Samariter-Bund (ASB u. DRK) - Hausnotruf (Koop. ASB) - Unterstützer für spezialisiertes Angebot (Palliativmedizin-Spezialist) - Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte alte Menschen - Marthahaus¹¹ für stationäre Betreuung - Ganzes kirchliches Netzwerk (Beratungsstellen) - Privater Sicherheitsdienst für Telefonzentrale in der Nacht - Sozialämter der Stadt - Kranken- und Pflegekassen - Angehörige - Caritas im Fall von Kapazitätsengpässen
	X	Beratung und Abklärung des Unterstützungsbedarfs	
	X	Pflege	
	(X)*	haushaltsnahe Unterstützung	
	(X)*	Soziale Dienste (Begleitdienste)	
		Mobilitätsdienste	
	X	Abrechnung	
	X	Qualitätssicherung	

Tabelle 3: Leistungen der Evangelischen Hauskrankenpflege der Diakoniestation

* durch anderen Geschäftsbereich, jedoch teilweise durch dieselben Personen direkt miterledigt

¹¹ Alten- und Pflegeheim der „verschwisterten“ Evangelischen Gesellschaft zum Betrieb von Wohn-, Alten- und Pflegeheimen

2.5 Kosten und Erlöse

Die Pflege- und sonstigen Unterstützungsleistungen nach SGB V beziehungsweise SGB XI verrechnet die Evangelische Hauskrankenpflege zu den im Leistungskatalog festgelegten Preisen (siehe Anhang A) direkt mit den Kassen (vgl. Abschnitt 2.4). Dies entspricht 75 bis 80% aller Erlöse. Leistungen, welche den durch die Kranken- und Pflegekassen abgedeckten Leistungsumfang übersteigen, werden dem Kunden in Rechnung gestellt. Daneben stellt die Evangelische Hauskrankenpflege für Leistungen nach dem SGB XI 2,19 Euro je Stunde als so genannte „Investitionskosten“ zur teilweisen Deckung der Struktur- sowie übrigen Betriebskosten (Miete, Fahrzeuge, Verwaltungsaufwände, Bürobedarf, etc.)¹² dem Kunden in Rechnung. Alternativ werden die vom Kunden zu tragenden Kosten mit dem Sozialamt abgerechnet, sofern dieses aufgrund finanzieller Unzumutbarkeit für den Kunden die Übernahme bewilligt hat. Die Strukturkosten sind durch den verrechneten Investitionskostenanteil nur teilweise gedeckt, wodurch sich momentan ein Defizit von rund 20% der Erlöse¹³ ergibt. Diese werden derzeit aus Rücklagen gedeckt. Da die Evangelische Kirche als Träger diese Defizite nicht auf Dauer tragen kann, strebt die Evangelische Hauskrankenpflege nach einer ausgeglichenen Kosten-Erlös-Struktur, indem höhere Deckungsbeiträge durch Leistungen, welche von weniger qualifizierten und damit günstigeren Mitarbeitern erbracht werden können, sowie Unterschreitungen der vorgesehenen Zeitkontingente (vgl. hierzu die in Abschnitt 2.4 beschriebene stärkere Beachtung der vorgesehenen Zeitkontingente) realisiert werden. Hier-

¹² §82 Absatz 3 im achten Kapitel des SGB XI erlaubt es Pflegeeinrichtungen, betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung zu stellen, sofern diese nicht vollständig durch öffentliche Förderungen nach §9 des SGB XI gedeckt sind. Da diese gesonderte Berechnung zwar der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde bedarf (SGB XI, §82, Absatz 3), jedoch keine Prüfung der umgelegten Aufwendungen auf ihre Betriebsnotwendigkeit erfolgt [Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz 2006], stellen die meisten Pflegedienste einen Pauschalbetrag in Rechnung, der als teilweise Deckung sowohl der Investitions- wie auch übriger Betriebsausgaben verstanden werden kann.

¹³ Zwar läuft sich nach Auskunft von Frau Höfler-Greiner auch bei den Leistungen, die den Kassen in Rechnung gestellt werden, noch ein geringes Defizit auf, der weit überwiegende Teil resultiert aber aus den Fixkosten.

aus ergibt sich eine Verdichtung der Arbeitszeit und somit eine Erhöhung der abrechenbaren Zeiten.

Abbildung 1 zeigt die Erlösströme der Evangelischen Hauskrankenpflege.

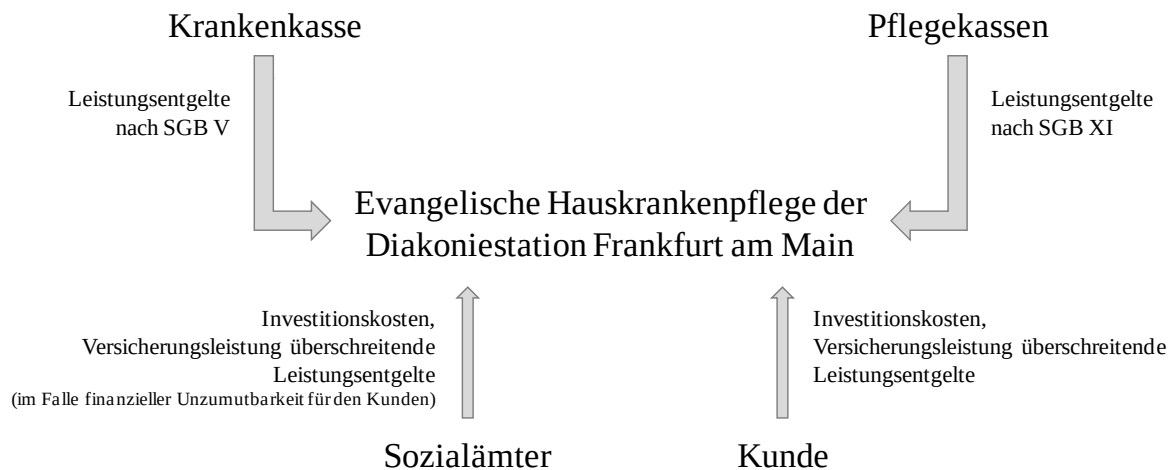


Abbildung 1: Erlösströme der Evangelischen Hauskrankenpflege

Grösster Kostenblock in der Ausgabenstruktur der Evangelischen Hauskrankenpflege sowie der Diakoniestation als Ganzes sind die Personalkosten. Diese sind im Vergleich zu anderen Anbietern überdurchschnittlich hoch, da die Angestellten nach dem festgelegten kirchlichen Gehaltsschema entlohnt werden. Darüber hinaus verfügt die Diakoniestation Frankfurt am Main über vergleichsweise wenige Aushilfen (ca. 20 bis 25 Personen), die lediglich in Form einer Aufwandsentschädigung entlohnt werden müssen. Aushilfen zu finden, ist nach Frau Höfler-Greiner in der Stadt ungleich schwieriger als in ländlichen Regionen: „Junge Alte machen hier in der Stadt etwas ganz Anderes, z.B. ein Studium.“ Ausserdem weist Frau Höfler-Greiner darauf hin, dass längst nicht alle Personen, die gerne Freiwilligenarbeit leisten würden, auch sinnvoll eingesetzt werden können. Ein häufiges Problem sind mangelnde Deutschkenntnisse, die gerade im Umgang mit älteren Menschen zu Problemen führen können.

Neben den Personalkosten und den hohen Mietkosten in der Stadt Frankfurt am Main sind auch die rund 60 Autos im Eigentum der Diakoniestation ein wichtiger Kostenblock. Für das Fuhrparkmanagement ist eine halbe Stelle notwendig.

2.6 Vermarktung

Im Bereich der Vermarktung besteht für die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main Handlungsbedarf. Frau Höfler-Greiner ortet eine „vornehme Zurückhaltung“ der Organisation in Bezug auf die Öffentlichkeitspräsenz und sieht einen Bedarf für aktivere Werbung, die allerdings gezielt gemacht werden müsse. So seien die beiden Adressatenkreise, private Personen (Kunden und ihre Angehörigen) einerseits und Institutionen (Krankenhäuser, Ärzte) andererseits, durch unterschiedliche Massnahmen und auch unterschiedliche Botschaften anzusprechen. Gegenüber den vorgelagerten medizinischen Institutionen kommuniziert die Evangelische Hauskrankenpflege insbesondere ihre Spezialisierung für verschiedene Krankheitsbilder (z.B. chronische Wunden, Tracheostoma) beziehungsweise für spezifische Leistungen (z.B. Schmerztherapie, parenterale Ernährung) (vgl. Abschnitt 2.3). Bei den privaten Personen geht es hingegen vielmehr darum, als Anbieter präsent zu sein, das heisst die Marke „Evangelische Hauskrankenpflege“ respektive „Diakonie“ ins Bewusstsein zu heben. Der wichtigste Werbekanal ist die Weiterempfehlung zufriedener Kunden, wodurch gegenwärtig die meisten Neukunden gewonnen werden.

Konkrete Werbemassnahmen umfassen derzeit die Überarbeitung des Flyers sowie die Verstärkung des Sozialdienstes in zwei Krankenhäusern durch Mitarbeiter der Evangelischen Hauskrankenpflege (vgl. Abschnitt 2.4). Weiterhin wurde das Unternehmen, welche den neuen Internet-Auftritt der Diakoniestation realisierte, damit beauftragt, ein Fundraising- und Marketingkonzept zu erarbeiten.

Nach Einschätzung der Evangelischen Hauskrankenpflege sind die Kunden und vor allem deren Angehörige in den letzten Jahren kritischer und zuweilen auch misstrauisch gegenüber ambulanten Pflegediensten geworden. Als Hauptgrund dafür ortet Frau Höfler-Greiner die negativen Berichte in den Medien infolge von Abrechnungsbetrug einiger Anbieter, die daraufhin ihre Zulassung verloren. Dies schade der gesamten Branche, sodass „bei manchen Kunden auch das Label der Kirche nichts mehr nützt“, wenngleich gemeinnützig getragene Dienste häufig ein höheres Vertrauen geniessen (vgl. Abschnitte 2.2.2 und 2.7).

2.7 Wettbewerb

Die Wettbewerbssituation im Bereich ambulanter Pflege hat sich in den letzten Jahren durch das Aufkommen privater Anbieter seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 deutlich verschärft. Vor 1995 gab es neben den beiden kirchlich getragenen gemeinnützigen Anbietern Diakonie und Caritas kaum private Anbieter. Heute sind in Frankfurt am Main rund 140 ambulante Pflegedienste tätig. Diakonie und Caritas zählen weiterhin zu den Grössten, daneben bestehen aber auch sehr grosse private Anbieter wie beispielsweise Quo Vadis¹⁴.

In der durch die Evangelische Hauskrankenpflege wahrgenommenen Konkurrenz bestehen Unterschiede zwischen anderen gemeinnützigen und privat getragenen Anbietern. Die Caritas wird nicht als direkter Konkurrent eingeschätzt. Hier bestehe eine konstruktive Koexistenz im Sinne von „leben und leben lassen“, woraus sich auch leichter Kooperationen im Bedarfsfall ergeben (vgl. Abschnitt 2.4). Demgegenüber werden die vielen privaten Anbieter als Konkurrenz gesehen, jedenfalls suche die Evangelische Hauskrankenpflege hier Kooperationen nicht von sich aus. Frau Höfler-Greiner betont aber, dass auch hier definitiv kein „Wettbewerbs-Krieg“ herrsche. Eine Konkurrenz für die Evangelische Hauskrankenpflege stellen auch die – zumeist illegal beschäftigten – HelferInnen aus dem Osten dar. Nicht als Konkurrenz wahrgenommen werden hingegen Angebote wie betreutes Wohnen. Zum Teil wirbt die Evangelische Hauskrankenpflege, unter Ausnutzung der Wahlfreiheit des Kunden, Klienten in solchen Einrichtungen auch aktiv ab.

Nach Einschätzung von Frau Höfler-Greiner wird sich der Wettbewerb im Bereich ambulanter Pflege auch in Zukunft weiter verschärfen. Diese Verschärfung wird einerseits von kleinen privaten Anbietern (bis ca. 10 Personen) ausgehen, da diese ohne grossen administrativen Overhead agieren können und daraus wirtschaftliche Vorteile gegenüber grösseren Anbietern resultieren. Andererseits stellen auch grosse Anbieter aus anderen Bereichen, insbesondere aus fachnahen Gebieten (Krankenhäuser, Anbieter stationärer Pflege), eine Gefahr für die Diakonie und andere etablierte Anbieter ambulanter Pflege dar, da diese die kostenintensiven administrativen Aufwände in ihren bestehenden Verwaltungsapparaten abwickeln können und somit auch auf breiterer Front wirtschaftlich konkurrenzfähig in den Markt eintreten

¹⁴ <http://www.quovadis-pflegedienst.de/>

können. Das Problem der finanziellen Belastungen durch einen zunehmenden administrativen Overhead bei steigender Organisationsgrösse liess sich auch in der Vergangenheit beobachten. Nicht selten mussten in der Vergangenheit grössere Anbieter, mit mehr als 25 Mitarbeitenden, aufgrund wirtschaftlicher Umstände schliessen.

Der starke und weiterhin zunehmende Wettbewerbsdruck ist neben der kundenseitigen Nachfrage nach fachlich anspruchsvollen Leistungen (vgl. Abschnitt 2.2.2) ein weiterer Treiber in Richtung einer Spezialisierung. „Die ganz normalen SGB XI- und SGB V-Leistungen macht jeder“, so Frau Höfler-Greiner.

Der Evangelischen Hauskrankenpflege dürfte bei der Etablierung medizinisch anspruchsvoller Leistungen der Umstand zugute kommen, dass ca. 70% der Mitarbeitenden Fachkräfte sind. Daneben sieht Frau Höfler-Greiner aber auch einen wachsenden Markt für niederschwellige Angebote (haushaltsnahe Unterstützung, Begleitdienste, usw.). Bei der Ausweitung des Leistungsangebots in diese Richtung sieht sich die Evangelische Hauskrankenpflege mit dem Problem der kirchlichen Besoldungsstruktur konfrontiert, wodurch Arbeitskräfte für das niederschwellige Angebot im Verhältnis zu anderen Anbietern teuer sind.

Als Wettbewerbsvorteil wertet Frau Höfler-Greiner die gute Reputation der Evangelischen Hauskrankenpflege (vgl. Abschnitt 2.2.2). Frau Höfler-Greiner geht davon aus, dass gemeinnützige Dienste nicht nur von den Kunden als zuverlässiger wahrgenommen werden, sondern diesbezüglich auch tatsächliche Unterschiede zu privaten Anbietern bestehen dürften. Sie vermutet, dass private Pflegedienste aus Kostenüberlegungen zum Beispiel eher dazu tendieren, nahegelegene Termine vorzuziehen, um so Wegstrecken zu reduzieren. Für nachgelagerte Kunden bedeutet dies, dass die Leistungserbringung zu unterschiedlichen Zeiten erfolgt.

2.8 Soziale, rechtliche und ethische Rahmenbedingungen

Das Sozialgesetzbuch, insbesondere SGB V und SGB XI, setzt klare Rahmenbedingungen für die Arbeit der Evangelischen Hauskrankenpflege. Daneben sind Datenschutz und die Schweigepflicht elementar, für die Evangelische Hauskrankenpflege „völlig selbstverständlich“, so Frau Höfler-Greiner. Die kirchlichen Strukturen mit ihrer Arbeitsvertragsordnung schränken den Handlungsspielraum für wirtschaftlich tragfähige Anpassungen des Leistungsangebots ein, da keine günstigen Arbeitskräfte für niederschwellige Angebote angestellt werden können.

Ein heikles Thema aus Sicht der Evangelischen Hauskrankenpflege sind Patientenverfügungen. So gebe es Angehörige, die bestehende Patientenverfügungen sehr eng interpretieren und bereits übliche Therapien, wie beispielsweise die Behandlung einer Blasenentzündung mit Antibiotika, als lebensverlängernde Massnahme interpretieren würden. Das Wissen um die mit einer Nicht-Therapie verbundenen Schmerzen sowie die zu erwartende Leidensdauer, bis derartige verschleppte Infektionen zum Tode führen, machen die Diskussionen mit den Angehörigen zu einer herausfordernden Aufgabe für die Pflegekräfte der Evangelischen Hauskrankenpflege.

3 Geplante Weiterentwicklungen

Die Evangelische Hauskrankenpflege verfolgt eine Differenzierungsstrategie in zwei Richtungen. Auf der einen Seite wird das Angebot niederschwelliger Dienste (haushaltsnahe Unterstützung, Begleitdienste), trotz der Nachteile aufgrund hoher Personalkosten, forciert. Ziel ist es, den Kunden früh zu gewinnen und zu binden, um den Kunden länger betreuen zu können und so einen grösseren Anteil des Customer Lifetime Values für die eigene Organisation zu erschliessen. Auf der anderen Seite erfolgt gleichzeitig eine Spezialisierung in Richtung palliativ- und intensiv-medizinischer Angebote. Neben dem wachsenden Markt für diese Leistungen sieht die Evangelische Hauskrankenpflege die Spezialisierung auch als Profilschärfung gegenüber den vorgelagerten medizinischen Institutionen, die einen wichtigen Zugangskanal für ambulante Pflegedienste bilden (vgl. Abschnitt 2.4).

Die Technologisierung der Leistungen auf Seiten des Kunden¹⁵, beispielsweise in Richtung eines Vitalwertmonitorings, ist gegenwärtig kein Thema für die Evangelische Hauskrankenpflege. Frau Höfler-Greiner lehnt derartige Innovationen zwar nicht ab, ihrer Einschätzung nach deckt sich allerdings das von Industrie und Wissenschaft kommunizierte Potenzial derzeit noch nicht mit der Marktnachfrage. In den Wohnungen ihrer Klienten, so die Pflegedienstleiterin, wurde vielfach seit 30 Jahren nichts renoviert oder verändert, sodass altmodi-

¹⁵ Im Bereich der technologischen Unterstützung der Leistungserbringung auf Seiten des Anbieters nimmt die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH mit ihrer mobilen Datenerfassung eine Vorreiterrolle ein (vgl. Abschnitt 2.4).

sches Inventar das Bild prägt. Hier brauche man dann nicht „über moderne Technik zu reden“.

4 Erkenntnisse

- Pflegerische, haushaltsnahe und Begleitedienste lassen sich in der Praxis schwer trennen. Kunden wünschen und benötigen in der Regel ein Gesamtpaket aus den verschiedenen Leistungen.
- Zuverlässigkeit und persönlicher Kontakt sind neben der fachlich einwandfreien Pflege und Unterstützung wichtige Qualitätsanforderungen der Kunden. Weiterhin besteht der Wunsch nach einer gewissen Personalkontinuität.
- Eine zunehmende Zahl medizinisch anspruchsvoller Fälle fordert eine Spezialisierung der Pflegedienste.
- Gemeinnützig getragene Anbieter ambulanter Dienste genießen im Vergleich zu privaten Anbietern ein überdurchschnittliches Vertrauen bei den Kunden.
- Durch die verschiedenen Zahler (Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialämter, Selbstzahler) entstehen den ambulanten Pflegediensten hohe administrative Aufwände bei der Leistungsabrechnung.
- Die Evangelische Hauskrankenpflege der Diakoniestation Frankfurt am Main gGmbH setzt auf informationstechnologische Unterstützung im Bereich der Planung und Leistungserfassung des operativen Geschäftes. Mit ihrer mobilen Protokollierung der Leistungen beim Kunden vor Ort ist sie mindestens regional Vorreiter.
- Der Wettbewerb im Bereich ambulanter Pflege hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen und wird auch in Zukunft steigen. Die ab einer gewissen Unternehmensgröße entstehenden administrativen Aufwände (z.B. Personalplanung) führen zu Wettbewerbsvorteilen kleiner Anbieter sowie etablierter Spieler aus anderen Bereichen (z.B. Krankenhäuser, Anbieter stationärer Pflege), die diesen Overhead in ihren bestehenden Strukturen miterledigen können.

Expertengespräche

Daniela Höfler-Greiner, Pflegedienstleitung der Diakoniestation Frankfurt am Main gemeinnützige GmbH, Frankfurt am Main, 19.3.2009

Telefonat mit Frau Daniela Höfler-Greiner bezüglich des neuen Einsatzplanungs- und Abrechnungssystems von BoS&S, 18.2.2010

Anhang A: Leistungskataloge

Preise für SGB V-Leistungen entsprechend der gültigen Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen (Stand 1. Januar 2009)

Leistungsbeschreibung	Preis
Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidungen)	17,80 €
Verbandswechsel / Stützender- oder Kompressionsverband	5,77 €
Venenkatheterpflege	3,67 €
PEG-Versorgung (Verbandswechsel und Pflege)	3,67 €
Versorgung eines suprapubischen Katheters	3,67 €
Kompressionstherapie bei Ulcus cruris	7,34 €
Drainagen überprüfen	4,19 €
Katheterisierung der Harnblase	6,82 €
Instillation / Blasenspülung	3,83 €
Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung	9,93 €
Einreibung / Kälteträger auflegen	2,84 €
Behandlung des Auges (auch postoperativ)	2,88 €
Behandlung des Mundes	3,04 €
Richten von Medikamenten	5,24 €
Verabreichen von Medikamenten (nur als alleinige Leistung) (auch über Augen / Ohren / Nase)	3,04 €
Bad (zur Behandlung von Hauterkrankungen)	2,84 €
Dekubitusbehandlung	5,77 €
Injektionen i.m. / s.c.	3,83 €
Injektionen richten	1,05 €
Infusion i.v. (zur parenteralen Ernährung)	31,42 €
Infusion i.v. (zur Flüssigkeitssubstitution)	8,89 €
Flüssigkeitsbilanzierung	5,24 €
Absaugen	5,24 €
Inhalation	2,84 €
Blutdruckmessung	2,62 €
Stomabehandlung	7,60 €
Trachealkanüle (Wechsel und Pflege)	7,60 €
Legen / Wechseln einer Magensonde	10,47 €
Blutzuckermessung (Erst- und Neueinstellung)	2,95 €
Blutzuckermessung (Intensivierte Insulintherapie)	4,50 €
Anziehen von Kompressionsstrümpfen	2,62 €
Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	1,58 €
Hauswirtschaftliche Versorgung - solitärer Grundeinsatz (von 15 Minuten) - weitere Abrechnung in 5 Minutenschritten	Stunde à 15,31 €
Versenden von Unterlagen	6,23 €

Preise für SGB XI-Leistungen ab 1. März 2005

© HSG / IWI / IWI2 / CC IL

Leistungskomplex 3: Grosse erweiterte Körperpflege <i>Grundkomplex</i> (Diese Leistungen sind nicht abwählbar) – An-/Auskleiden – Vollbad – Mund-/Zahnpflege <i>Wahlleistung</i> – Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes – Kämmen und/oder Rasieren – Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen / Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel	22,23 € 1,89 € 2,37 € 2,37 €
Leistungskomplex 4: Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit / Immobilität – Spezielle Lagerungsmassnahmen dienen der körper- und situationsgerechten Lagerung innerhalb und ausserhalb des Bettes zur Vorbeugung von Sekundärerkrankungen und Linderung von Beschwerden unter Verwendung von Lagerungshilfsmitteln, ggf. Teilwechsel der Wäsche und Bett richten.	4,73 €
Leistungskomplex 5: Umfangreiche Unterstützung bei Ausscheidungen – An-/Auskleiden – Hilfe beim Aufstehen – Hilfen/Unterstützung bei Ausscheidungen / Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel – Intimpflege	7,10 €
Leistungskomplex 6: Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – einfache Hilfen (Zwischenmahlzeit) – Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung einschliesslich Vor- und Nachbereitung – Hilfen/Anleitung beim Essen und Trinken – Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme	4,73 €
Leistungskomplex 7: Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – umfangreiche Hilfen (Hauptmahlzeit) – Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung einschliesslich Vor- und Nachbereitung – Hilfen/Anleitung beim Essen und Trinken – Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme	11,83 €
Leistungskomplex 8: Enterale Ernährung über Sonde – Vor-/Nachbereitung der Sondennahrung – Transfer und sachgerechte Positionierung des Pflegebedürftigen – Sachgerechte Verabreichung der Sondenkost/Flüssigkeit – Säuberung der Sonde	7,10 €
Leistungskomplex 9: Hilfestellungen beim Aufstehen und Zubettgehen – Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes – An-/Auskleiden – Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen	4,73 €

Leistungskomplex 10: Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung – An-/Auskleiden – Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	5,68 €
Leistungskomplex 11: Mobilisation in der Wohnung – Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes – An-/Auskleiden – Mobilisation in der Wohnung	5,68 €
Leistungskomplex 12: Begleitung bei Aktivitäten (15 Min. Takt) – An-/Auskleiden – Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung – Begleitung bei Aktivitäten, die das persönliche Erscheinen des Patienten erfordern (z.B. Arztbesuche)	7,10 €
Leistungskomplex 13: Hauswirtschaftliche Versorgung (5 Min. Takt) – Wechseln der Bettwäsche – Beheizen der Wohnung – Reinigen der Wohnung inkl. Entsorgung des Abfalls – Waschen/Pflege der Wäsche/Kleidung – Einkauf – Zubereitung einer Hauptmahlzeit – Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit – Spülen des Geschirrs	1,25 €
Leistungskomplex 13.1: Hauswirtschaftliche Versorgung (15 Min. Takt) – Leistungskomplex 13.1 bei ausschliesslich hauswirtschaftlicher Versorgung	3,75 €
Leistungskomplex 14 und 15 nicht besetzt	
Leistungskomplex 16: Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft – Feststellen des individuellen Pflegebedarfs – Erstellen eines individuellen Pflegeplans – Absprache über die Durchführung pflegerischer Massnahmen – Ermittlung der voraussichtlichen Kosten – Beratung über Inhalt und Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages	42,57 €
Leistungskomplex 17: Folgegespräch bei Änderung der Pflegestufe – Feststellen des individuellen Pflegebedarfs – Erstellen eines individuellen Pflegeplans – Absprache über die Durchführung pflegerischer Massnahmen – Ermittlung der voraussichtlichen Kosten – Beratung über Inhalt und Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages	14,19 €

Hausbesuchspauschalen	
Montag bis Freitag 6.00 – 20.00 Uhr	4,76 €
Montag bis Freitag 20.00 – 6.00 Uhr	9,52 €
Samstag/Sonntag/Feiertag	9,52 €
Halbe Hausbesuchspauschale bei gleichzeit. Erbringung von Leistungen nach SGB V	
Montag bis Freitag 6.00 – 20.00 Uhr	2,38 €
Montag bis Freitag 20.00 – 6.00 Uhr	4,76 €
Samstag/Sonntag/Feiertag	4,76 €

Literatur

[Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz 2006]

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz, Kosten für ambulante Pflege – Weitergabe von Investitionskosten ist möglich, Kosten für ambulante Pflege – Weitergabe von Investitionskosten ist möglich, 20.07.2009