

# Nürnberger Netzwerk Pflege (NNP), Förderung ambulanter Pflegedienste hier: Bericht über das Förderjahr 2003

## Anmeldung

### zur Tagesordnung der Sitzung des Sozialausschusses am 17. März 2005

- öffentlicher Teil -

#### I. Sachverhalt

Die Punkte 1 und 2 dienen der Erinnerung und können „überflogen“ werden; Punkt 2 ist jedoch mit den aktuellen Zahlen „angereichert“ und in Punkt 3 finden Sie die ausführliche, aktuelle Übersicht; Punkt 4 und 5 fassen wesentliche Ergebnisse und das Fazit zusammen.

##### 1. Hintergrund

Im Zuge der Ablösung der staatlichen Förderung ambulanter Pflegedienste durch das „Bayerische Netzwerk Pflege“ wurde 1999 das „Nürnberger Netzwerk Pflege“ etabliert, das zwei Ziele verfolgt:

1. Die **Förderung nicht refinanzierter Leistungen ambulanter Pflegedienste** als kommunaler Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität; hierzu zählen z. B. die Beratung von Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern/-innen, Sterbebegleitung oder Krisengespräche.

2. Die **kommunale Ergänzung** der Förderung von **Angehörigenarbeit** (= gesondert ausgewiesene Stellen) und der **Hospizarbeit** (ehrenamtliche Arbeit) im Rahmen des Bayerischen Netzwerkes Pflege durch das Bayerische Landesamt für Versorgung und Familienförderung bzw. die Bayerische Landesstiftung Hospiz.

**Zielgruppe** dieser Förderung sind – anders als bei den Investitionskosten – ausschließlich gemeinnützige Einrichtungen.

##### 2. Die Berechnung der Förderhöhe im Jahr 2003

Zur Berechnung der Förderhöhe pro rechnerischer Pflegefachkraft wurden von den im Jahr 2003 auf der NNP-Haushaltsstelle 4702.709.0700.4 zur Verfügung stehenden Mitteln (271.300 €) zunächst die anderen Förderverpflichtungen im Rahmen des „Nürnberger Netzwerkes Pflege“ (Angehörigenarbeit und Hospiz) abgezogen. Die verbleibenden Mittel wurden dann durch die Zahl der beantragten förderfähigen rechnerischen Vollzeitkräfte dividiert und an die Dienste ausbezahlt.

Im Jahr 2003 wurden nach Abzug der vorrangigen Förderverpflichtungen im Rahmen des Nürnberger Netzwerkes Pflege (Angehörigen- und Hospizarbeit) rund 194.195 € an 27 gemeinnützige Pflegedienste ausbezahlt; das heißt, **335 förderfähige Kräfte wurden mit jeweils durchschnittlich rund 580 € gefördert.**

Im Jahr 2002 waren bei – ebenfalls – 27 Diensten 362 Kräfte gefördert worden. Diese Zahlen veranschaulichen ein interessantes Phänomen, nämlich dass trotz eines steigenden Anteils älterer Menschen in unserer Stadt (und damit zwangsläufig einhergehend auch ein zunehmender Hilfe- und Pflegebedarf) die Zahl der förderfähigen Kräfte gesunken ist. Auch dies lässt (ähnlich wie in der Vorlage zur Investitionsförderung vom 28. Oktober 2004) den

Schluss zu, dass Bedarf nicht zur Nachfrage wurde, so dass das förderfähige Personal um rund 7,5 % gesunken ist.

Was es für die Dienste mittelfristig, aber auch für die Ausgaben von Kranken- und Pflegekassen bedeutet, dass Pflege- und Hilfsmöglichkeiten, die höhere und damit teurere Versorgungsleistungen hinauszögern bzw. verhindern, **nicht** in Anspruch genommen werden, lässt sich leicht vorstellen.

### **3. Nicht refinanzierte Leistungen der Dienste**

Anhand vorgegebener Kategorien (die sich bei den Rückmeldungen der Dienste in den Vorjahren herauskristalisiert hatten und die die Vergleichbarkeit der Daten sicher stellen sollen), wurden die Dienste gebeten, ihre nicht refinanzierten Leistungen zu dokumentieren. Da es nicht immer möglich ist, jede „Kleinigkeit“ festzuhalten, beruhte ein Teil der Zahlen auf Schätzungen der Dienste. Wir haben dies deshalb akzeptiert, weil bürokratischer Aufwand und Ertrag in einem für die Dienste zu rechtfertigenden Verhältnis stehen sollen.

Unabhängig von der nicht zu erbringenden „absoluten“ Genauigkeit zeigt Tabelle 1 auf S. 3 einmal mehr, welche Leistungen in welchem Umfang „selbstverständlich“ von den Pflegediensten erbracht werden, ohne hierfür eine adäquate Refinanzierung zu erhalten.

### **4. Wesentliche Ergebnisse**

Wie in den Vorjahren haben wir uns – um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten – nicht für die Zahl der Dienstleistungen, sondern für die dafür aufgewendete Stundenzahl als die aussagefähigere Vergleichszahl entschieden.

Diese ist gegenüber 2002 wieder stärker angewachsen, nämlich um 3.506 Stunden, das sind rund 14 %. (Der Zuwachs 2002 gegenüber 2001 betrug nur 1,5 %!)

Eine allgemeine Erklärung lässt sich hierfür nur schwer finden, deshalb sollen einzelne Punkte im Folgenden näher betrachtet werden.

- **Beratung und Betreuung** (lfd. Nr.1)

Hier ist der Anteil nicht refinanzierter Leistungen mit einem Zuwachs von rund 1.200 Stunden (= 34%) noch einmal erheblich und stärker als in den Vorjahren angewachsen. Es bestätigt sich offenbar eine Erfahrung, die auch in den Beratungsstellen des Seniorenamtes und bei der Zentralen Anlaufstelle Pflege deutlich wird: Der Beratungs- und Betreuungsbedarf ist sowohl von der Anzahl her wie auch im Einzelfall sehr hoch.

- **Krisengespräche** (lfd. Nr. 3)

Mit einer zeitlichen Zunahme von 400 Stunden (= 11.4 %) ist auch dieser Bereich wesentlich stärker angewachsen als in den Vorjahren. Dies spiegelt offensichtlich die Belastungen wider, denen die Pflegebedürftigen selbst, aber auch deren Angehörige ausgesetzt sind.

- **Besorgungen und Dienstleistungen** (lfd. Nr. 6)

Um knapp 800 Stunden (= rund 22 %) hat sich der Arbeitsaufwand für die Dienste in diesem Bereich erhöht. Vor allem für alleinstehende Pflegebedürftige sind kleine Besorgungen und Hilfen oft ein großes Problem („Schwester, könnten Sie nicht mal schnell...“). Gerade hier ist es für die Pflegekräfte vor Ort sehr schwierig, Hilfesuche, die fünf bis zehn Minuten Zeit kosten, abzulehnen.

**Table 1: Nicht refinanzierte Leistungen nach Dauer in den Jahren 2000 - 2003**

Ifd. Nr.	nicht refinanzierte Leistungen	2000		2001		2002		2003		Veränderungen 2003 gegenüber 2002	
		Dauer in Std abs.	%	Dauer in Std abs.	%	Dauer in Std abs.	%	Dauer in Std abs.	%	abs.	%
1	Beratung und Betreuung (zum Teil in der Einrichtung) von Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer/-innen	5.544	31,12	6.518	26,59	5.380	21,61	6.568	23,13	1.188	33,76
2	Sterbebegleitung und Begleitung bei Trauer	1.874	10,52	984	4,01	1.058	4,25	1.334	4,70	276	7,84
3	Krisengespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen	1.586	8,90	1.652	6,74	1.750	7,03	2.150	7,57	400	11,37
4	Patientenbesuche im Krankenhaus, Heim oder in der Kurzzeitpflege	1.770	9,93	2.087	8,51	659	2,65	662	2,33	3	0,09
5	Arztbesuche	20	0,11	938	3,83	548	2,20	581	2,04	33	0,94
6	Notsituationen	24	0,13	349	1,42	631	2,53	620	2,18	-10	-0,28
7	zusätzliche Zeit zur Betreuung dementer Patienten	1.357	7,62	2.363	9,64	1.905	7,65	1.943	6,84	38	1,08
8	Besorgungen von Verordnungen, Medikamenten, Hilfsmitteln, kleine Dienstleistungen	885	4,97	2.386	9,73	2.344	9,42	3.129	11,02	785	22,31
9	organisatorische Leistungen (darunter Ausfüllen von Anträgen, Verbleib eines Patienten ermitteln, Informationen vermitteln, Widersprüche formulieren, Telefonate mit Ärzten, Kassen, Ämtern, Apotheken, Betreuern, Fußpflege u. ä.)	1.516	8,51	2.828	11,53	3.745	15,04	4.540	15,99	795	22,59
10	Patientenstammtische, Feste und Ausflüge mit Patienten	347	1,95	866	3,53	921	3,70	848	2,99	-73	-2,07
11	Stammtische für pflegende Angehörige	18	0,10	30	0,12	36	0,15	28	0,10	-8	-0,23
12	sonstige nicht abrechenbare Leistungen (z. B. Anwesenheit bei Arztbesuchen und Verlegung ins Krankenhaus, Betreuung, wenn Angehörige Termine außer Haus hatten)	901	5,06	464	1,89	1.582	6,36	1.740	6,13	158	4,49
13	MDK-Prüfungen (Vor- und Nachbereitung und Anwesenheit bei Prüfungen und Einstufungen)	85	0,48	664	2,71	760	3,05	773	2,72	13	0,37
14	Arztkontakte	1.075	6,03	1.069	4,36	959	3,85	1.365	4,80	406	11,54
15	Teilleistungen Grund- und Behandlungspflege ohne Rechnungsstellung	814	4,57	1.320	5,39	2.604	10,46	2.119	7,46	-485	-13,78
Summe insgesamt		17.816	100	24.518	100	24.894	100	28.400	100	3.506	
pro Fördermonat			1.485		2.043		2.074,5		2.367		

- **Organisatorische Leistungen** (Ifd. Nr. 9)

Viele Pflegedienste registrieren zunehmende Ablehnungen ärztlicher Verordnungen durch die Kassen (siehe auch Punkt 6). Häufig sind die Patienten nicht in der Lage, einen Widerspruch zu verfassen. Mit unbezahlt Mehraufwand nehmen die Dienste das oft ihren Patienten ab.

- **Arztkontakte** (Ifd. Nr. 14)

Auch diese sind um rund 11,5 % (= 406 Stunden) angewachsen.

- **Teilleistungen ohne Rechnungsstellung** (Ifd. Nr. 15)

Diese sind zwar gegenüber dem Vorjahr um knapp 14 % zurück gegangen, liegen aber mit einem zeitlichen Umfang von über 2.100 Stunden immer noch auf dem 5. Platz der „Rangliste“ der zeitlich aufwändigsten unentgeltlich erbrachten Leistungen.

Beispiele hierfür sind Folgende:

- Ein Dienst hat die Medikamentengabe und gegebenenfalls andere Leistungen nach dem SGB V (Krankenversicherung) übernommen. Dem Patienten geht es nicht gut – er hat sich übergeben, das Bett ist verschmutzt. Der Dienst lüftet und überzieht das Bett. Das kostet Zeit und bringt kein Geld.
- Ein Dienst übernimmt an einem Freitag einen aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten. Der Kasse muss er nach 3 Arbeitstagen (der Samstag gilt als solcher) die entsprechende Verordnung des Arztes vorlegen. Das wäre am Montag. Ist der Arzt – aus welchen Gründen auch immer – nicht erreichbar bzw. reagiert er nicht, hat der Dienst ein Problem. Manchmal können die Dienste in einem solchen Falle mit Kulanz der Kassen rechnen – oft aber nicht. Ist kein Wochenende dazwischen, sinkt die Kulanz gegen Null.

Im besten Falle hat der Dienst „nur“ zusätzliche Arbeit durch erklärende Briefe, bekommt aber die Kosten erstattet. Im schlechtesten Falle hat er zusätzliche Arbeit und unbezahlte Leistungen erbracht. Manche Dienste sind zum Teil schon dazu übergegangen, die Verordnungen selbst vom jeweiligen Arzt zu holen – auch das kostet Zeit und Geld.

Die „**Zeitfresser**“ unter den unentgeltlich erbrachten Leistungen der Dienste sind:

1. Beratung und Betreuung mit rund 6.600 Stunden
2. organisatorische Leistungen mit rund 4.500 Stunden
3. Besorgungen mit rund 3.100 Stunden
4. Krisengespräche mit rund 2.150 Stunden
5. Teilleistungen ohne Rechnungsstellung mit rund 2.100 Stunden

Die städtische Förderung mildert die Kosten der nicht refinanzierten Leistungen der Dienste.

## 5. **Negative Trends**

Mit der offenen Frage („Was ist im abgelaufenen Förderjahr besonders negativ aufgefallen und was könnte Ihrer Meinung nach geschehen, um hier gegenzusteuern?“) haben wir den Diensten die Möglichkeit gegeben, strukturelle Defizite und Entwicklungen deutlicher zu machen als allein durch die „Statistik“.

20 der 27 Dienste haben diese Möglichkeit genutzt, um darzustellen, was sie 2003 am meisten „gedrückt“ hat: Am häufigsten wurden genannt:

- Die offenbar zunehmende Praxis der Kassen, ärztliche Verordnungen erst einmal abzulehnen: Natürlich leiden die Pflegekassen unter den durch die Einnahmen gedeckelten Ausgaben („Beitragssatzstabilität“). Ein zunehmender Bedarf kann also letztlich gar nicht befriedigt werden; also müssen andere Wege gefunden werden – z. B. die Ablehnung von Verordnungen - in der stillen Hoffnung, dass sich die Patienten damit zufrieden geben, da viele gar nicht genau wissen, wie man einen Widerspruch schreibt oder es auch einfach nicht können. Auch so wird Bedarf nicht zur Nachfrage.
- Leistungsverschiebungen aus dem Krankenversicherungs- (SGB V) ins Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Auch hier werden in der Folge Leistungen nicht mehr abgerufen, die dann selbst finanziert werden müssen, weil der Deckelungsbetrag des Pflegegeldes im Einzelfall erreicht ist. Dies ist besonders problematisch für die Pflegekräfte „vor Ort“, da sie einerseits für die fachgerechte Versorgung der Patienten verantwortlich sind, andererseits aber notwendige Leistungen nicht mehr erbringen können, wenn Patienten es – aus welchen Gründen auch immer – ablehnen, sie selbst zu zahlen.

- Pflegebedürftige würden zunehmend gedrängt, Angehörige bzw. Vertrauenspersonen zu nennen, die Behandlungsleistungen (z. B. Medikamentengabe, Verbandswechsel) kostenfrei übernehmen.
- Im Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI) werde (noch) strenger und oft nicht nach dem tatsächlich erforderlichen Bedarf eingestuft. Dies gelte v. a. für demente Patienten.
- Ein hoher Beratungsbedarf bei Pflegebedürftigen wie Angehörigen gerade im Bereich des SGB XI – dies sei eigentlich eine Leistung der Pflegekassen. So geschehe es öfter, dass sich Angehörige vom Pflegedienst über Leistungen und Kosten des SGB XI beraten lassen – um sich dann für das Pflegegeld und nicht für die Inanspruchnahme des Dienstes zu entscheiden. Dieser bekommt die für die Beratung aufgewendete Zeit nicht vergütet.
- Die Vergütungen stünden in keinem Verhältnis zur geforderten Qualität der Arbeit. Die Anforderungen bei Qualifizierung, Weiterbildung und Qualitätssicherung seien bei gleich bleibenden Entgelten nicht zu erfüllen.
- Kosten für (Pflege)Hilfsmittel seien gestiegen (z. B. Handschuhe, Spritzen, KfZ-Kosten, Büromaterial), Entgelte sind gleich geblieben.
- Ein steigender Bedarf in der Betreuung alleinstehender dementieller oder psychisch erkrankter Pflegebedürftiger – Aufwand wird durch Vergütung nicht gedeckt.

Was es bedeutet, wenn die nicht refinanzierten Arbeitsstunden auf Vollzeitstellen umgerechnet werden (und wurden) zeigt die folgende Übersicht:

**Tabelle 2: Nicht refinanzierte rechnerische Vollzeitstellen nach Jahren**

Jahr	Zahl der nicht refinanzierten Stellen
2000	9,3
2001	12,8
2002	13,0
2003	14,8

Rechnet man diese rechnerischen Vollzeitstellen in Kosten um, so bedeutet das bei Durchschnittskosten von rd. 38.000 € pro nicht refinanzierter Stelle Zusatzleistungen im Umfang von 562.400 €, die von den 27 geförderten Diensten erbracht werden. Rund 195.000 € deckt davon die Netzwerk-Pflege-Förderung ab. Das sind rund 35 %.

## **6. Fazit**

Auch 2003 zeigte, dass sich die Lage der ambulanten Dienste in unserer Stadt nicht verbessert hat. Drei Punkte machen dies deutlich:

1. Trotz des Anstiegs der Zahl der über 65-jähriger und eines damit einhergehenden Anstiegs der Pflegebedürftigkeit ist die Zahl des förderfähigen Personals bei den geförderten Diensten um 27 rechnerische Vollzeitstellen und damit um 7,5 % zurückgegangen.
2. Teilt man die Zahl der unentgeltlich geleisteten Stunden durch die Zahl der (nach Abzug von Urlaub, Feier- und durchschnittlichen Krankheitstagen) zu erbringenden Arbeitsstunden von 1.917,3 Stunden (KGSt) in 2003, so kommt man auf einen Wert von 14,8 rechnerischen Vollzeitstellen. Das sind 1,8 Stellen mehr (= 13,8 %) als im Vorjahr. Im Gegensatz zur Gesamtzahl der förderfähigen Kräften ist also die Zahl der unentgeltlich geleisteten Stunden nicht nur nicht entsprechend gesunken, sondern sogar gestiegen.
3. Neben diesen Zahlen zeigt die übereinstimmende Einschätzung der Dienste, dass der Druck, der auf den Kassen lastet, in vielfältiger Weise an Dienste und Patienten weitergegeben wird (vgl. Punkt 5).

Auf der (Versorgungs)Strecke bleiben diejenigen zurück, die nicht wohlhabend genug sind, um die Kosten selbst zu tragen und/oder die nicht clever genug bzw. nicht in der Lage sind, gegen einen negativen Bescheid Widerspruch einzulegen.

An dieser Situation etwas zu ändern sehen sich weder die Dienste noch Ref.V/SenA in der Lage, da beide die Rahmenbedingungen nicht ändern können.

Die Stadt kann aber – wie bisher auch – die „Finger in die Wunden legen“, d.h. immer wieder aufzeigen, wo Probleme liegen und in Form der Netzwerk-Pflege-Förderung weiterhin dafür sorgen, dass „kleine Extras“, die im Einzelfall so viel bedeuten, für diejenigen erhalten bleiben, die sie brauchen.

## **II. Beilagen**

keine

## **III. Beschlussvorschlag**

entfällt, da Bericht

## **IV. Herrn OBM**

## **V. Ref V**

Am,  
Referat V