

Budgetprozess:

Die Leistungen und Wirkungen der Pflege kommunizieren

Foto: Werner Krüger



Bald kommt wieder die Zeit des Budgetierens. In Jahren der Finanzknappheit sind alle Aufwandpositionen in Gefahr, gekürzt zu werden, deren Nutzen für die vorgesetzten Stellen nicht klar erkennbar ist. Für die Pflege ist es deshalb wichtig, dass sie ihre Leistungen und die Wirkungen sichtbar macht und damit aufzeigt, dass der Nutzen die entstehenden Kosten rechtfertigt. Welche Informationen benötigen eine Heimleitung, die Trägerschaft und deren Geldgeber, um sich ein Bild von den Leistungen der Pflege zu machen?

Die Diskussion ums Sparen dominiert heute die Tagespolitik, und auch die Pflege ist unter Druck. Die Pflegenden begegnen diesem mit Argumenten wie: «Die Zitrone ist ausgepresst», «Die Rahmenbedingungen der Pflege sind so unerträglich, dass die Pflege gefährlich wird», «Eine qualitativ gute Pflege kostet», «Wer das Sparen überreibt, bedroht die Menschenwürde» und «Wenn die Pfleger zufrieden sind, sind auch die Gepflegten zufriedener». Dies sind für Aussenstehende bloss Behauptungen, und sie wirken nur dann überzeugend, wenn sie auch mit Fakten belegt werden. Illustrierende Begründungen wie der Hinweis auf die Kosten von Dekubiti, welche entstehen, wenn das Personal für häufiges Umbetten fehlt, genügen nicht. Mit diesen Angaben können sich Aussenstehende kein Bild davon machen, welcher Aufwand absolut notwendig ist und wo es Sparpotenziale gibt.

Über Wirkungen und Leistungen verhandeln

Ausgehend von Neuseeland entstand in den 90er-Jahren ein Modell, wie öffentliche Organisationen geführt werden können. Einige der Ansätze dieses Modells der «wirkungsorientierten Verwaltungsführung» sind für die Budgetdiskussion in der Pflege sehr nützlich und dies auch dann, wenn ein Heim nach traditionellem Muster geführt wird. Pflegeprofis können hier die Initiative ergreifen, und die Allrounder in der Verwaltung und den Behörden werden dankbar sein, wenn sie ein fundiertes Bild der Pflegesituation erhalten. Klärend dafür, wer wofür verantwortlich

ist, wirkt die Unterscheidung der beiden Rollen «Leistungsbesteller» und «Leistungserbringer». Die Exekutive (der Stadtrat, Gemeinderat, die Räte einer einem Zweckverband angeschlossenen Gemeinde, ...) bestellt Leistungen bei einem Heim oder einer Pflegewohngruppe, weil sie eine gewisse Wirkung erreichen will. Diese Leistungserbringer haben die Aufgabe, die vereinbarten Leistungen zu den abgemachten Bedingungen zu erbringen. In der Verhandlung zwischen Behörde und Heim geht es um folgende Fragen: Bestellt (und bezahlt) die Politik eine rehabilitative Pflege, damit eine gewisse Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner wieder nach Hause heimkehren kann? Bestellt sie eine reaktivierende Pflege, welche sich darin äussert, dass sich die Ressourcen eines gewissen Anteils der Bewohnerinnen zehn Wochen nach dem Heimeintritt verbessert haben respektive die Pflegebedürftigkeit abgenommen hat? Bestellt die Exekutive für hilfsbedürftige Bewohnerinnen kurze Wartezeiten oder akzeptiert sie es – und übernimmt auch die Verantwortung dafür –, dass diese zum Beispiel nach der Toilette durchschnittlich zehn Minuten auf Hilfe warten müssen? Nun findet der Budgetprozess unter Zeitdruck statt, und es ist nicht der richtige Zeitpunkt, um grundsätzlich über die Leistungen des Heims im Allgemeinen und diejenigen der Pflege im Speziellen zu diskutieren und sich zusammenzuraufen, bis eine für die verschiedenen Seiten akzeptable Lösung gefunden ist. Um diese grundsätzlichen Fragen zu klären, ist es sinnvoll, dass alle drei bis fünf Jahre eine umfassende Diskussion stattfindet. Das

Ergebnis fliesst dann in das Pflegeleitbild ein.

Zentrale Informationen kommunizieren

Prinzipiell sind für eine fundierte Diskussion Informationen über folgende Dimensionen notwendig:

- Zusammensetzung der Bewohnerschaft
- Wirkungen
- Leistungen:
 - Menge
 - Qualität
 - Kosten
- Aufwand und Ertrag

Über die Zusammensetzung der *Bewohnerschaft* können sich Aussenstehende mit folgenden Angaben bereits ein recht gutes Bild machen: Durchschnittsalter, Verteilung der Bewohnerinnen auf die BESA-Stufen respektive RAI-Aufwandgruppen, durchschnittliche Anzahl BESA-Punkte pro Bewohner/in, durchschnittliche Aufenthaltsdauer (ohne Temporäraufenthalte), Zahl der Ein- und Austritte allgemein und Zahl der Austritte wegen Todesfall im Besonderen. Letztere sind wegen der Betreuung der Angehörigen besonders zeitaufwändig. Für alle Kennzahlen werden auch Angaben zu den letzten Jahren gemacht, um die Entwicklung aufzuzeigen.

Bei den Indikatoren der *Wirkung* der Pflege ist zu beachten, dass sie – wie das Wort *indicare* (anzeigen) besagt – immer Anzeichen sind, welche interpretiert werden müssen. Ein zentraler Indikator liefert die – in der Langzeitpflege leider mit Problemen¹ verbundene – Zufriedenheitsbefragung der Bewohnerinnen und Bewohner

und der Angehörigen. Im Weiteren eröffnen die Bedarfsklärungsinstrumente BESA und RAI ein grosses – heute noch wenig genutztes – Feld von Möglichkeiten. Aufgrund dieser könnten Aussagen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes² und des subjektiven Wohlbefindens der Bewohnerschaft in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht sowie über das Erreichen der Pflegeziele gemacht werden. Hier liegt noch ein grösserer Forschungs- und Entwicklungsbedarf vor.

Für die *Menge* der Pflege- und Betreuungsleistungen sind – zumindest für den KVG-pflichtigen Teil – die geleisteten BESA-Punkte ein geeigneter Wert. Die *Kosten* können in Franken pro BESA-Punkt ausgedrückt werden. Im Weiteren vervollständigen – unter Umständen mit einem Kommentar – die Kosten pro Pflege tag das Bild.

Ein nicht unproblematisches Thema sind die Angaben über die *Qualität* der Pflege- und Betreuungsleistungen. Einerseits sind Angaben darüber sehr wichtig, da sie den Sparforderungen als eines der Hauptargumente entgegengesetzt werden, andererseits ist die Qualitätsmessung anspruchsvoll. Dies hat zwei Gründe. Erstens gibt es viele verschiedenartige Pflege- und Betreuungsmassnahmen, und zweitens hat die Qualität von Dienstleistungen – und dazu gehört die Pflege – viele Dimensionen. Parasuraman/Zeithaml³ unterscheiden folgende Dimensionen der Dienstleistungsqualität:

- Erscheinungsbild
- Verlässlichkeit
- Reaktionsfähigkeit
- Kompetenz
- Höflichkeit/Liebenswürdigkeit
- Vertrauenswürdigkeit
- Kommunikation
- Empathie

Im Idealfall liefert das vorhandene Qualitätsmanagementsystem zweckmässige Kenngrössen. Wenn dies nicht der Fall ist, dann bietet der so genannte Lead-Indikator-Ansatz eine Lösung. Bei diesem wird

nicht die ganze Vielfalt von Pflege- und Betreuungsmassnahmen abzubilden versucht, sondern es werden exemplarisch ein oder zwei häufige Pflegehandlungen herausgegriffen. Für einen wesentlichen Aspekt ihrer Qualität wird dann eine Messgrösse gesucht.

Zum Beispiel geht es im Zusammenhang mit dem Spardruck darum, die Auswirkungen eines drohenden oder bereits bestehenden Personalmangels sichtbar zu machen. Dieser wirkt sich unter anderem durch erhöhte Reaktionszeiten aus. Eine Situation, in welcher lange Reaktionszeiten das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner besonders stark beeinträchtigt, ist die bereits erwähnte Wartezeit einer unterstützungsbedürftigen Person auf der Toilette. Das Erheben des Messwertes ist mit einigem Aufwand verbunden, sofern nicht die Rufanlage des Heimes entsprechende Angaben liefert. Um den Erfassungsaufwand klein zu halten, werden die Messungen nur während einer kurzen, aber sorgfältig definierten Zeit erhoben.

Das Kommunizieren des *Aufwands* und *Ertrags* der Pflege macht am wenigsten Schwierigkeiten. Hier liegen handfeste Zahlen vor. Diese Grössen können – je nachdem, was veranschaulicht werden soll – noch in Beziehung gesetzt werden zum Beispiel zum Defizit pro Bewohner/in, Aufwand pro Pflegetag, Aufwand pro Stelle.

Gehaltvollere Budgetdiskussionen

Aufgrund dieser Informationen können die Auftraggeber das Geschehen im Heim und in der Pflege sowie die prognostizierte Entwicklung recht gut selber nachvollziehen und beurteilen. Damit werden bereits all jene Sparforderungen beseitigt, welche mangels Einblick aus dem Bauch heraus geäussert werden (müssen). Erarbeitet ein Heim ein Defizit⁴, oder ist die Entwicklungsrichtung besorgniserregend, so eröffnet sich dank der vorliegenden Informationen ein ganzes Feld von Diskussionspunkten:

Prognostizierte Entwicklung: Findet der Auftraggeber die Prognose, welche dem Budget zugrunde liegt, plausibel, und kann er sich den Schlussfolgerungen anschliessen? Ein Beispiel: Wegen der steigenden Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner werden mehr Stellen und ein höherer Personalaufwand budgetiert. Die Kosten pro BESA-Punkt bleiben aber gleich. Diese Angaben belegen, dass «kein Speck angesetzt» werden soll, sondern dass verschiedene Gründe dazu führen, dass eine Bewohnerin oder ein Be-

wohner im Durchschnitt mehr Pflegeleistungen benötigt.

Effektivität und Effizienz: Ergibt ein Benchmarking – das heisst ein Vergleich mit anderen Heimen – Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten, oder bestätigt es die Leistungsfähigkeit des Heimes und der Pflege? Je nachdem wird Sparforderungen der Wind aus den Segeln genommen, oder sie erweisen sich unter Umständen als berechtigt, oder der Mehraufwand muss plausibel begründet werden.

Ertrag: Gibt es auf der Ertragsseite Steigerungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch Bemühungen um eine bessere Auslastung oder durch höhere Tarife?

Leistungen: Sind alle Leistungen in dieser Menge und Art notwendig, um die angestrebten Wirkungen zu erreichen? Gibt es besonders defizitäre Leistungen, welche andere Institutionen günstiger und mindestens ebenso zweckmässig anbieten können? Ein Beispiel ist eine Tagesstätte mit kurzen Öffnungszeiten und schlechter Auslastung. Diskussionen rund um die Leistungen benötigen in der Regel eine fundiertere Analyse, und Massnahmen können nicht auf die Schnelle formuliert werden.

Bewohnersegmente: Gibt es Bewohnersegmente, welche dem Heim einen besonders grossen und – auch im Vergleich mit anderen Heimen – hohen Aufwand verursachen, zum Beispiel, weil es nicht wirklich für diese Menschen eingerichtet ist? All diesen Überlegungen ist gemeinsam, dass die Diskussion nicht auf Ebene der einzelnen Budgetpositionen stattfindet. Dadurch verliert sie das Kleinkrämerische, und die Diskussion konzentriert sich auf die zentralen Aufgaben der Pflegedienstleitung, nämlich gemäss übergeordnetem Auftrag für einen definierten Kreis von Bewohnerinnen und Bewohnern diejenigen Leistungen zu erbringen, mit denen die gemeinsam vereinbarten Pflege- und Betreuungsziele wirksam und effizient erreicht werden!

Die Autorin



Ruth Köppel, Dr. oec. HSG, bearbeitet betriebswirtschaftliche Fragen von Alters- und Pflegeheimen, Trägerschaften und Gemeinden. Sie begleitet Gemeinden beim Erarbeiten von Alterskonzepten und arbeitet an einem Benchmarking-Projekt mit. E-Mail: ruth.koepfel@orgavisit.ch

¹ Vgl. Gebert/Kneubühler: Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen, Bern 2001, S. 261ff.

² Zum Beispiel Dehydratation, Gewichtsverlust und Unterernährung, Kathetereinsätze, Dekubiti

³ Parasuraman und Zeithaml: A conceptual Model of Service Quality and its Implication for future Research, In: Journal of Marketing, Vol. 49, Herbst 1985, S. 41–50

⁴ Eine Auswertung von OrgaVisit von 25 Jahresabschlüssen von öffentlichen und gemeinnützigen Heimen zeigt für das Jahr 2003, dass die Hälfte (zwölf Heime) kostendeckend arbeitet oder einen Gewinn erzielt und die andere Hälfte ein Defizit erwirtschaftet (Abschreibungen grösstenteils nicht berücksichtigt).