

Expertise

des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Universität Bremen

Grundlagen zur Bemessung des Erstgesprächs / Erstbesuchs in der ambulanten Pflege

Prof. Dr. Stefan Görres
Prof. Dr. Markus Zimmermann
Dipl. Berufspäd. Svenja Schmitt

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Stefan Görres
Universität Bremen
Fachbereich 11
Grazer Str. 4
D-28334 Bremen
Tel.: +049 (0) 421 218-68901/68900
E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Inhalt

	<i>Seite</i>
1 Einführung: Auftrag und Zielsetzung der Expertise	3
2 Anforderungen an das Erstgespräch durch Vorgaben des SGB XI und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen	4
3 Anforderungen an das Erstgespräch aus pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Perspektive	7
3.1 Inhalte und Ablauf des Erstgesprächs	7
3.2 Das Erstgespräch aus pflegewissenschaftlicher Perspektive	9
3.3 Forschungsstand: relevante Assessmentverfahren im Rahmen des Erstgesprächs	11
3.4 Zusammenfassung: Funktion und Ziele des Erstgesprächs	13
4 Empirische Aufwandserfassung der Erstgespräche	15
4.1 Praxiserfahrungen ambulanter Pflegedienste: Experteninterviews	15
4.2 Ergebnisse der Fallbeispiele	18
4.2.1 Methode der Datenerhebung der Fallbeispiele	18
4.2.2 Ergebnisse der Fallbeispiele	19
4.3 Ergebnisdiskussion Experteninterviews und Fallbeispiele	21
5 Tarifvergleich Bundesländer	23
6 Diskussion und Empfehlungen	25
7 Konsequenzen: Bemessung des Zeitaufwandes	32
Literatur	36
Anhang	

1 Einführung

Das vorliegende Gutachten verfolgt das Ziel, eine pflegewissenschaftlich fundierte Grundlage für die Bemessung des Erstgesprächs / Erstbesuchs im Rahmen des SGB XI in der ambulanten Pflege zu entwickeln, die den rechtlichen und Qualitätsanforderungen nachkommt und den daraus resultierenden Arbeits- und Zeitaufwand für diese Leistung berücksichtigt. Die Aufgabe des Vorhabens besteht in der Erstellung einer Übersichtsarbeit zu den rechtlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen des Erstgesprächs bzw. Erstbesuchs und seiner konzeptionellen Ausgestaltung in den Arbeiten der Pflegewissenschaft und des Pflegemanagements sowie in der Abbildung der Empirie der Erstbesuche, wie sie sich in der Praxis ambulanter Pflegedienste und im konkreten Fallgeschehen darstellen.

Dieser Zielformulierung entsprechend, basiert die Expertise auf den folgenden Schritten:

- Darstellung des Aufwands und der einzelnen Arbeitsschritte für die Leistung „Erstgespräch“, gemessen an den Vorgaben des SGB XI, den normativen Anforderungen des MDK und den Leistungsbeschreibungen in den einzelnen Bundesländern
- Einordnung des Stellenwerts des Erstgesprächs / Erstbesuchs aus pflegewissenschaftlicher Perspektive
- Darstellung des Forschungsstands zur Dauer von im Erstgespräch angewandten Assessmentverfahren, um die geforderten Auflagen zu erfüllen
- Durchführung von Experteninterviews mit zwei ambulanten Pflegediensten
- Beobachtung und Analyse von vier exemplarischen Erstgesprächen / Erstbesuchen in der Pflegepraxis

Auf Grundlage der mit diesem Vorgehen gewonnenen Erkenntnisse wird abschließend ein Vorschlag für einen Leistungskomplex „Erstgespräch“ mit entsprechenden Leistungsbeschreibungen entwickelt, der die Anforderungen der MDK Qualitätsprüfrichtlinie und deren Anlage berücksichtigt und den faktisch erforderlichen Arbeits-, Qualitäts- und Zeitaufwand abbildet. Der erarbeitete Leistungskomplex verdeutlicht, welche Leistungen in einem Erstgespräch zwingend erforderlich und welche von der jeweiligen Pflegesituation und ihren Kontextfaktoren abhängig sind. Auf Basis dieser Systematik wäre eine dem tatsächlichen Zeit- und Arbeitsaufwand entsprechende Vergütung anzusetzen, die der hohen Komplexität und Variabilität des Erstgesprächs gerecht wird.

2 Anforderungen an das Erstgespräch / den Erstbesuch durch Vorgaben des SGB XI und Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Regelungen zur Vergütung der SGB XI Leistungen und somit auch des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ sind vom Gesetzgeber im Hinblick auf eine konkrete Ausgestaltung nicht vorgenommen. Die einzigen Vorgaben sind die Einheitlichkeit der Bewertungskriterien, die Leistungsgerechtigkeit und die Erfüllung des Versorgungsauftrags. Damit ist grundsätzlich beiden Vertragspartnern die Pflicht des Nachweises zugeschrieben, dass diese Voraussetzungen erfüllt bzw. erfüllbar sind, vor allem, sofern Zweifel über die Erfüllung des Versorgungsauftrags bestehen.

Generell gilt § 89 SGB XI: Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 SGB XI Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§89,1 SGB XI).

Vor diesem gegebenen Rahmen konkretisieren die Vergütungsvereinbarungen in den Bundesländern zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern die Inhalte und Anforderungen für die verschiedenen Leistungskomplexe des SGB XI. Das gilt auch für das Leistungsgeschehen im „Erstgespräch“. Beispielhaft sei hier aus der differenzierten Leistungsbeschreibung der Vergütungsvereinbarung Brandenburg zitiert:

„Zum Erstbesuch gehört insbesondere die Erhebung einer Anamnese, die familiäre, soziale, biographische, pflegerische, medizinische Aspekte berücksichtigt und auf Besonderheiten eingeht (z. B. gesetzliches Betreuungsverhältnis).

Die dazugehörige Pflegeplanung beinhaltet u. a. das Erkennen von Problemen und Ressourcen, das Festlegen der Pflegeziele, das Planen der einzelnen Maßnahmen, das Anlegen einer Dokumentation mit Durchführungskontrolle.

Beim Erstbesuch ist der regelmäßige individuelle Versorgungsbedarf des Pflegebedürftigen mit dem Pflegedienst schriftlich abzustimmen und zu vereinbaren. Der Pflegedienst ist verpflichtet, eine Kostenübersicht über den festgelegten monatlichen Versorgungsumfang zu erstellen. Wenn sich im Verlauf des Pflegeprozesses Änderungen des regelmäßigen individuellen Versorgungsbedarfs des Pflegebedürftigen ergeben, ist erneut eine Kostenübersicht zu erstellen“ (Vergütungsvereinbarung 2011, 25).

In diesem Beispiel werden folgende Arbeitsschritte bzw. Elemente des Pflegeprozesses dem Leistungskomplex „Erstgespräch“ zugeordnet:

- Pflegeanamnese unter Berücksichtigung der sozialen, betreuungsrechtlichen und medizinischen Situation
- Pflegeplanung
- Anlegen einer Pflegedokumentation
- Ermittlung und Abstimmung des Versorgungsbedarfs
- Kostenveranschlagung

Eine Gegenüberstellung der Leistungsbeschreibungen aller Bundesländer zeigt allerdings deutlich, dass die Inhalte unterschiedlich weit ausdifferenziert und erläutert werden (vgl. Tabelle im Anhang). So beschränken sich beispielsweise die Angaben in Rheinland Pfalz auf folgende Formulierung:

„Der Erstbesuch beinhaltet insbesondere:

1. Anamnese

2. Pflegeplanung“ (Vergütungsvereinbarung 2010, 22).

Neben einer nicht eindeutigen Operationalisierung der einzelnen Inhalte ist ebenfalls keine Abschätzung des entstehenden Aufwandes für das Erstgespräch vorgegeben. Während in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit für die direkte Pflege zumindest Zeitkorridore als Orientierungshilfe hinterlegt sind, wird speziell für das Erstgespräch keinerlei Aufwandsabschätzung vorgenommen. Allein anhand der Vorgaben der definierten Inhalte besteht aber eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass es sich fallabhängig um sehr unterschiedlich komplexe Vorgänge handeln kann.

Aus der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege (2005) ergeben sich weitere Anforderungen an das Erstgespräch bzw. Konkretisierungen der bereits genannten Arbeitsschritte. Demnach wird eine verbindliche Verfahrensweise in jedem Pflegedienst gefordert, die die inhaltliche Ausgestaltung, Zuständigkeit und Organisation des Erstbesuches regelt (ebd.). Des Weiteren wird ausdrücklich gefordert, dass *„relevante Informationen aus verschiedenen Quellen berücksichtigt werden“*, wozu Auskünfte des Pflegebedürftigen, der Angehörigen und Unterlagen zu stationären Aufenthalten zählen. Der Auftrag zur Ermittlung dieser Informationen ist demgemäß breit angelegt.

„Bei der Durchführung des Erstgesprächs sollten relevante Informationen aus verschiedenen Quellen (Auskünfte des Pflegebedürftigen, der Angehörigen, von Unterlagen zu stationären Aufenthalten etc.) berücksichtigt werden.

Insbesondere hat der Pflegedienst auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Informationen festzustellen, welche Leistungen durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden können. Dabei hat der Pflegedienst über das Leistungs- und Vergütungssystem und bei der

Auswahl geeigneter Leistungen zu beraten. Insbesondere ist im Rahmen der Beratung auch auf erforderliche Leistungen hinzuweisen. Über die vereinbarten Leistungen ist ein Pflegevertrag abzuschließen. Der Pflegedienst hat in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Kosten oberhalb der jeweiligen Sachleistung der Pflegekasse vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind“ (MDS 2009, 75).

Mit diesen Ausführungen wird deutlich, dass neben den genannten Arbeitsschritten weitere Aufgaben an das Erstgespräch delegiert werden:

- Beratung über das Leistungs- und Vergütungssystem inklusive der Aufklärung, welches Leistungsausmaß von der Pflegeversicherung übernommen wird
- Beratung über erforderliche Leistungen angesichts des geschilderten Pflegebedarfs

Zu der bewusst anspruchsvoll angelegten Vorgabe für die Informationssammlung sind die Vorgaben der aktivierenden Pflege zu berücksichtigen, die dem Pflegebedürftigen helfen sollen, *„trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen“* (MDK 2009, 51). Um aktivierend pflegen zu können, ist eine differenzierte und detaillierte Informationssammlung unerlässlich. Die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege empfiehlt ausdrücklich die Anwendung konkreter Pflegemodelle oder spezifischer Assessmentverfahren¹:

„Die systematische Durchführung der Pflege nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege ist nur möglich auf der Basis einer Sammlung von Informationen über die Bedürfnisse, Ressourcen/Fähigkeiten (Selbstpflege- und Selbsthilfefähigkeit) sowie Probleme/Defizite (eingeschränkte Unabhängigkeit in einer Lebensaktivität). Diese Informationen sind im Gespräch mit den Pflegebedürftigen/Angehörigen im Rahmen des Erstgesprächs und nachfolgenden Gesprächen in der Pflegeanamnese/ Informationssammlung zu erheben (...) Als pragmatische Orientierungs- und Gliederungshilfe können Pflegemodelle (z. B. AEDL/Krohwinkel, ATL/Juchli, LA/Roper usw.) oder Assessmentverfahren (z. B. RAI-Home Care) genutzt werden“ (MDK, 2005, 50).

Darüber hinaus werden vom MDK Angaben zur Biografie gefordert, die ebenfalls im Erstgespräch erfasst und dokumentiert werden sollen.

¹ Genaue Darstellungen zu diesen Modellen und Verfahren und eine Abschätzung des daraus resultierenden Aufwandes erfolgen im Kapitel 3.3.

3 Anforderungen an das Erstgespräch aus pflegepraktischer und pflegewissenschaftlicher Perspektive

Das folgende Kapitel liefert einen Überblick zur Konzeption des Erstgesprächs bzw. Erstbesuchs in der häuslichen Pflege. Es ergänzt die rechtlichen Rahmenbedingungen um Praxiserfahrungen und –reflexionen aus Perspektive der Pflegewissenschaft und des Pflegemanagements. Dazu werden im ersten Schritt die Inhalte und der Ablauf des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ skizziert (Kap. 3.1), bevor anschließend dessen Relevanz aus pflegewissenschaftlicher Perspektive Erläuterung findet (Kap. 3.2). Abschnitt 3.3 umreißt den aktuellen Forschungsstand zu speziellen Assessmentverfahren im Rahmen des Erstgesprächs und bisherigen Ergebnissen zum zeitlichen Aufwand für deren Anwendung. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung zu Funktion und Zielen des Erstgesprächs (Kap. 3.4).

3.1 Inhalte und Ablauf des Erstgesprächs²

Die Durchführung eines Erstgesprächs beinhaltet die Erfassung von Daten und Bedarfen, die Information und Beratung sowie das Treffen von Absprachen:

- *Erfassung von Daten und Bedarfen*

Im Rahmen der Bedarfserhebung erfolgt die Erfassung der Strukturdaten³ sowie eine Einschätzung des individuellen Bedarfs an Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses (Fähigkeitsdefizite, vorhandene Ressourcen, Pflegeerfordernisse). Hierbei kommen je nach Vorgehen des Pflegedienstes unterschiedliche Assessmentinstrumente und Formblätter zur Anwendung. Darüber hinaus werden individuelle Wünsche, Gewohnheiten und Vorlieben und die speziellen Erwartungen des Kunden an den Pflegedienst erfragt sowie die Notwendigkeit des Einsatzes von Hilfsmitteln oder der Anpassung des Wohnraums abgeklärt.

- *Information und Beratung*

Einen Schwerpunkt bilden an dieser Stelle die Information über das Leistungs- und Vergütungssystem und die Beratung bei der Auswahl geeigneter Leistungen unter Berücksichtigung individueller Wünsche und finanzieller Möglichkeiten. Es

² Die Ausführungen zu Inhalten und Ablauf des Erstgesprächs stellen eine Zusammenfassung aus folgenden Quellen dar: Schäfer & Jacobs (2009), Heiber (2010), BMFSFJ (2010), Standard pqsg Altenpflegemagazin (2006), Vergütungsvereinbarung Hessen (2008), Dokument Schiedsstelle (25.8.2010)

³ Personalien, Bezugspersonen, Hausarzt, Vorliegen einer Patientenverfügung / Betreuungsvollmacht, Pflegestufe / Stand der Beantragung, ärztliche Verordnungen, ärztliche Diagnosen, Medikamenteneinnahme, Kostenträger, vorhandene Hilfsmittel, Angaben zur Biografie

erfolgt die Ermittlung der voraussichtlichen Kosten sowie eine Beratung über Finanzierungswege, Besonderheiten (z. B. Beihilfe, BSHG, Privatversicherung) und über zu erwartende Eigenanteile, Fristen, Rücktritts- bzw. Kündigungsrechte bezüglich des Pflegevertrags. Ferner informiert der Pflegedienst über das eigene Pflegesystem und die –dokumentation sowie über die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege. Dieser Bereich umfasst z. B. Informationen über den täglichen und wöchentlichen Zeitumfang, mögliche Zeitverschiebungen, eventuelle Mitarbeiterfluktuation, Informationswege, Ansprechpartner, die Erreichbarkeit des Pflegedienstes und Zuständigkeiten einzelner Personen, Bereitschaftsdienste und Notrufe sowie die Möglichkeit zusätzlicher Einsätze. Ergänzend werden Auskünfte zu weiteren Hilfs- und Unterstützungsangeboten (z. B. Wohnungsanpassung, Mahlzeitendienste, Selbsthilfegruppen, Besuchsdienste etc.) erteilt.

- *Absprachen*

Im Rahmen des Erstgesprächs gilt es, klare Absprachen über Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu treffen. Dies beinhaltet eine Abstimmung über konkrete Aufgaben des Pflegedienstes, des Pflegebedürftigen und der Angehörigen sowie über Besuchszeiten und –frequenzen an Werktagen und Wochenenden. Sämtliche Absprachen werden abschließend dokumentiert.

Auf Basis dieser Gesprächsinhalte erfolgen schließlich die Erstellung des Pflegevertrags gemäß § 120 SGB XI mit Leistungsvereinbarung und Kostenvoranschlag sowie die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans.

Bezüglich des *Ablaufs* der Leistung „Erstgespräch“ ist festzuhalten, dass dieser über den eigentlichen Besuch bei dem Pflegebedürftigen hinausgeht, da sowohl eine *Vor-* als auch eine *Nachbereitung* erforderlich sind. Die *Vorbereitung* umfasst die telefonische Kontaktaufnahme mit dem Interessenten und das Zusammentragen der benötigten Dokumentationsbögen sowie Informationsmaterialien über das Leistungsangebot des Pflegedienstes und weitere Unterstützungsangebote. Insbesondere bei vorliegender oder vermuteter demenzieller Erkrankung des Pflegebedürftigen ist im Vorfeld eine Absprache bzw. Koordination zur Anwesenheit aller wichtigen Bezugspersonen notwendig. Im zweiten Schritt erfolgt dann der eigentliche Besuch bzw. das *Erstgespräch*, welches in der Regel in der häuslichen Umgebung, manchmal jedoch auch außerhalb stattfindet (z. B. in der Akut- oder Rehaklinik). In diesem Rahmen werden die oben beschriebenen Inhalte thematisiert. Die *Nachbereitung* des Erstbesuchs beinhaltet die Anlage der Pflegedokumentation, häufig die Vervollständigung der Anamnese sowie die Erstellung der (ersten) Pflegeplanung auf Grundlage der im Gespräch erhobenen Daten. Zusätzlich sind ggf. weitere Telefonate zu führen, um offene Fragen zu klären oder Informationen weiterzugeben (z. B. mit dem behandelnden Arzt, gesetzlichen Betreuer, Sozialamt, Krankenkasse).

3.2 Das Erstgespräch aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Mit dem Erstgespräch und der in diesem Rahmen stattfindenden Informationssammlung beginnt der erste Schritt im Pflegeprozess. Alle weiteren pflegebezogenen Ziele und Maßnahmen werden auf Grundlage der hier gewonnenen Informationen geplant und durchgeführt, was zur Folge hat, dass dem Erstgespräch eine besondere Bedeutung bezüglich der Angemessenheit und letztlich der Qualität der Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses zukommt. Der Pflegeprozess ist eine systematische, problem-lösende Arbeitsweise, die - unter Berücksichtigung der Selbst- und Laienpflege - eine zielgerichtete Abstimmung der Pflege auf den individuellen Patienten ermöglicht (vgl. Arets et al. 1999). Orientiert an den Problemen, Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen verfolgen die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses das Ziel,

- „Sicherheit für die Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf herzustellen
- den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen
- die personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen zu gewährleisten
- die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistung zu sichern
- jederzeit die objektive Beurteilung der Pflegeleistungen zu ermöglichen
- den innerbetrieblichen und interdisziplinären Informationsfluss für alle Prozessbeteiligten zu gewährleisten
- Leistungen transparent und nachvollziehbar darzustellen
- den juristischen Nachweis der Pflegequalität im Sinne einer Beweissicherung zu führen“ (MDS 2005, 11).

Dem Modell des Pflegeprozesses liegt die Annahme zugrunde, dass Pflege einen dynamischen Problemlösungs- und Beziehungsprozess darstellt, in dem sich die logisch aufeinander aufgebauten Schritte wechselseitig beeinflussen. Deren Ausgestaltung erfolgt vor dem Hintergrund des jeweiligen pflegetheoretischen Rahmens (Pflegekonzept, Pflegeleitbild der Institution) (vgl. MDS 2005, 10; Selinger et al. 2007, 19). Die folgende Abbildung von Loskamp (2003) veranschaulicht die Komplexität des Pflegeprozessmodells sowie dessen Bedeutung als ein interaktives, partizipatives Geschehen (vgl. Abb. 1).

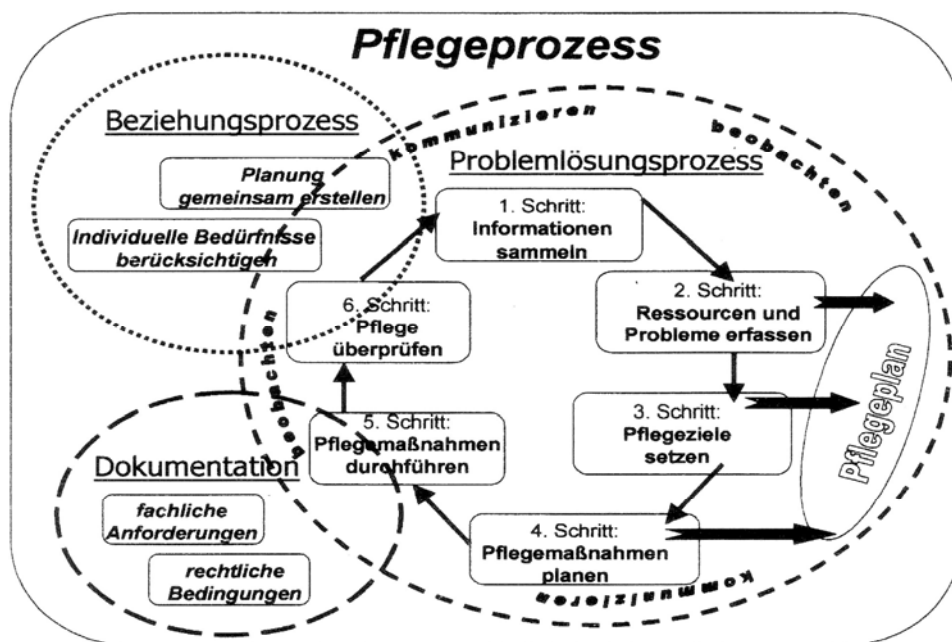


Abb. 1: Das Pflegeprozessmodell als Problemlösungs- und Beziehungsprozess (Loskamp 2003)

Innerhalb der ersten Phase des Pflegeprozesses - der Informationssammlung - bildet die Erhebung der *Pflegeanamnese* neben der Aufnahme der Stammdaten ein zentrales Element. Sie umfasst ein systematisches und zielgerichtetes Gespräch, in dem die Pflegekraft in aktiver Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen und weiteren Bezugspersonen alle für die individuelle Pflege wichtigen Fakten (pflegerrelevante Vorgeschichte, persönliche Gewohnheiten, biografische Aspekte, Bedürfnisse / Wünsche, Ressourcen / Fähigkeiten, Probleme / Defizite) sammelt (ebd.; MDK 2005). Eine umfassende, qualitativ gute Pflegeanamnese ist folglich die Voraussetzung für eine adäquate, den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der pflegebedürftigen Person nachkommende, pflegerische Betreuung.

Gleichzeitig erfolgt mit diesem ersten Schritt der Beginn der Beziehung zwischen der Pflegekraft und der zu pflegenden Person sowie ggf. deren Bezugspersonen. Die Pflegekraft muss dem Pflegebedürftigen durch ihre Art der Interaktion vermitteln, dass seine Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen werden und er als gleichberechtigter Partner in den Beziehungs- und Problemlösungsprozess einbezogen wird (Aushandeln statt Behandeln) (vgl. MDS 2005, 17). Der erste Kontakt im Rahmen des Erstgesprächs ist folglich grundlegend für die erfolgreiche Umsetzung des gesamten Pflegeprozesses und für den weiteren Verlauf der Pflegebeziehung.

Neben der Pflegeanamnese umfasst die Leistung „Erstgespräch / Erstbesuch“ in der ambulanten Pflege die daran anknüpfende Erstellung der *Pflegeplanung*. Diese beinhaltet die Benennung von Problemen und Ressourcen, das Setzen von Pflegezielen und die Planung entsprechender Pflegemaßnahmen (vgl. Abb. 1: Schritte 2-4 des Pflegeprozesses). Auch diese Schritte sollten unter Einbezug der individuellen Be-

dürfnisse, Präferenzen und Einschätzungen des zu Pflegenden und somit im Aushandlungsprozess mit den Beteiligten erfolgen. Eine besondere Herausforderung stellt in der häuslichen Pflege die Einschätzung der Fähigkeiten und Ressourcen der Angehörigen bzw. Bezugspersonen dar. Es gilt einzustufen und abzustimmen, welche Teile der Pflege von ihnen übernommen werden können (Dependenzpflege) und in welchen Bereichen professionelle Pflege notwendig wird.

Die Ausführungen zur Einordnung des Erstgesprächs in den Pflegeprozess verdeutlichen dessen besondere Relevanz für den weiteren Verlauf der Pflege: Die Erfassung aller pflegerrelevanten Informationen und deren zielgerichtete Verarbeitung innerhalb der Pflegeplanung sowie der Einbezug aller Beteiligten bilden die Voraussetzung für eine hohe Pflegequalität.

3.3 Forschungsstand: relevante Assessmentverfahren im Rahmen des Erstgesprächs

Die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege empfiehlt ausdrücklich im Rahmen des „Erstgesprächs“ die Anwendung konkreter Pflegemodelle oder spezifischer Assessmentverfahren und nennt dabei das Resident Assessment Homecare (RAI-HC) oder eine Pflegeanamnese nach den Modellen von Juchli oder Krohwinkel (AEDL).

Das Assessment als eine Kernaufgabe der Pflege (WHO 1975) dient der Erhebung des individuellen Pflegebedarfs und bildet damit die Basis für die Entwicklung adäquater Interventionen. Im Handlungsfeld der ambulanten Pflege kommt dem Assessment eine besondere Bedeutung zu, da die Angehörigen einen Teil der Pflege übernehmen und daher dezidiert geklärt werden muss, in welchen Bereichen darüber hinaus professionelle Pflege benötigt wird (vgl. Rappold 2007).

Wenngleich die Erfassung des Pflegebedarfs bei vielen mobilen Pflegediensten noch eher uneinheitlich anhand selbst entwickelter Erhebungsbögen durchgeführt wird, sind in den letzten Jahren vermehrt Bestrebungen zu verzeichnen, das pflegerische Assessment zu standardisieren. Mit der Anwendung entsprechender Assessmentinstrumente ist die Erwartung verbunden, dass sich bedürfnisorientierte pflegerische Leistungen besser planen, nachweisen, evaluieren, vergleichen und anpassen lassen, dass Übergänge in andere Versorgungsbereiche erleichtert werden (ebd; Bartholomeyczik 2004) und damit die Qualität der Pflege gesteigert bzw. sichergestellt wird.

Für die Bemessung des Erstgesprächs / Erstbesuchs in der ambulanten Pflege ist von Interesse, mit welchem zeitlichen Aufwand die Anwendung standardisierter As-

essmentinstrumente einhergeht. Vor diesem Hintergrund erfolgte eine Recherche nach Studien, in denen Zeitbemessungen für entsprechende Instrumente vorgenommen wurden. Im Einzelnen fanden sich Ergebnisse für die Instrumente RAI-HC 2.0 (Resident Assessment Instrument – Home Care) und SMAF (le Système des Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle).

Das RAI-HC, das in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege ausdrücklich genannt wird, enthält ein komplexes Assessment, das nahezu alle Dimensionen der Informationssammlung im Erstgespräch abdeckt. Die Durchführbarkeit des **RAI-HC** in Deutschland wurde bereits im Rahmen verschiedener Projekte getestet, nicht zuletzt im Modellprojekt zu den Pflegebudgets (Klie et al 2008). Innerhalb dieser Studien wurden die Erfassung der Dauer des Assessments sowie die Frage, wie viele Besuche für die Durchführung der Beurteilung erforderlich sind, getestet. Eine Untersuchung von Garms-Homolová (2002) ergab eine durchschnittliche Dauer von 63 Minuten pro Assessment, wobei die Angaben bei 162 berücksichtigten Assessments zwischen 15 und 180 Minuten variierten. In 15% der Fälle wurden für die Durchführung zwischen 90 und 119 Minuten benötigt, bei knapp 13% waren mehr als 120 Minuten erforderlich. Insbesondere für neue, soeben aufgenommenen Patienten/innen oder Personen ohne Angehörige waren mehrere Besuche notwendig (ebd.: 16), was auch der Logik und Systematik des RAI entspricht, das die Klienteninformationen auf ein Zeitfenster von drei Tagen bezieht und daher dementsprechende Beobachtungszeiten ansetzen muss.

Eine weitere Studie zum RAI-HC, die im Jahr 2008 in Österreich durchgeführt wurde, lieferte zum zeitlichen Aufwand folgende Ergebnisse: Von den befragten 234 Pflegenden gaben 24,8% an, „mehr als 121 Minuten“ für das Assessment zu benötigen. 27,8% führten die Einschätzung in „91-120 Minuten“ durch, bei 30,4% brauchten dafür „61-90 Minuten“. Die übrigen 17% schätzten die Dauer mit „weniger als 60 Minuten“ ein. Im Rahmen eines Schweizer Pilotprojektes zum Assessmentinstrument „RAI-HC“ wird der zeitliche Aufwand für die Durchführung einer Bedarfserklärung in „komplexen Situationen“ mit zwei Stunden angegeben (Schuler-Rosso 2002).

Das Instrument **SMAF** dient der Erfassung von Bedürfnissen älterer und behinderter Menschen und der Erhebung ihres Pflegebedarfs, angelehnt an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (Rappold 2007). Es findet in Kanada und Frankreich Anwendung und wurde in der französischsprachigen Schweiz getestet. Die Erhebung mithilfe des SMAF wird mit einer Dauer von 42-60 Minuten angegeben (ebd.).

Zu dem „Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“ (**NBA**), das im Jahr 2008 von Wingenfeld, Büscher und Gansweid (2008) veröffentlicht wurde, liegen derzeit noch keine Studienergebnisse zur Dauer der Anwen-

dung vor. Als Schätzwert wird ein Zeitaufwand von 60 Minuten angeführt (ebd.: 113), den ein Gutachten von Windeler et al. (2008: 87) bestätigt.

Hinsichtlich der Dauer einer Pflegeanamnese nach den vom MDK empfohlenen Konzepten AEDL/Krohwinkel, ATL/Juchli oder LA/Roper wurden bislang keine Studien durchgeführt. Dies gestaltet sich insbesondere deshalb schwierig, weil die in der Praxis zur Anwendung kommenden Formblätter nicht einheitlich sind und die jeweiligen Aktivitäten unterschiedlich weit ausdifferenzieren. Beispielhafte Formulare zur Pflegeanamnese nach den AEDL lassen indes einen ähnlichen Zeitaufwand wie bei den standardisierten Assessments vermuten (vgl. z. B. „Musterdokumentation für die ambulante Pflege“ vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz).

Im Hinblick auf die zeitliche Bemessung des Erstgesprächs / Erstbesuchs in der ambulanten Pflege gilt abschließend festzuhalten, dass die Pflegeanamnese lediglich einen Teil im Rahmen des gesamten Vorgangs „Erstgespräch“ bildet. In der Regel sind darüber hinaus ergänzende Formulare auszufüllen (z. B. Stammblatt, Angaben über ärztliche Verordnungen und Medikamente, Angaben zu Hilfsmitteln, zusätzlicher Biografiebogen etc.), Fragen zu klären und Absprachen zu treffen (vgl. Kap. 2.; 3.1).

3.4 Zusammenfassung: Funktion und Ziele des Erstgesprächs

Erstbesuche oder Erstgespräche dienen einer ersten Informationssammlung über die aktuelle Pflegesituation eines pflegebedürftigen Menschen und sein pflegerelevantes Umfeld mit dem Ziel, eine Übersicht des gesamten Pflegebedarfs zu erhalten und die aktuell und in Zukunft zu leistende Hilfe- und Assistenzleistungen zu erfassen bzw. zu definieren. Das geschieht durch die Ermittlung erkennbarer (Pflege)Probleme, die Klärung des subjektiven und objektiven Pflegebedarfs und die Feststellung bestehender Risiken und Gefährdungen, die Identifikation seiner persönlichen Ressourcen und der Ressourcen des bestehenden Hilfesystems sowie der Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und Notwendigkeit von vorbeugenden Maßnahmen gegen Sekundärerkrankungen (vgl. Schiedsstelle 2010). Dabei hat der Pflegedienst zunächst ein Gesamtbild des Hilfe- und Assistenzbedarfs zu erstellen, das dann mit der Frage der Leistungsträgerschaft konfrontiert wird. Hierbei übernimmt der Dienst auch die Aufgabe, über die Ansprüche und gesetzlichen Regelungen zu informieren, um dann mit dem Klienten und u. U. seinen Angehörigen einen integrierten Hilfeplan zu erstellen, der das bestehende Hilfesystem berücksichtigt und die notwendigen Leistungen durch den Pflegedienst bemißt. Diese Bestandsaufnahme erfolgt unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des pflegebedürftigen Menschen, seiner Erwartungen, Präferenzen und Vorlieben, nicht zuletzt in Relation zu seiner soziokulturellen Prägung. Dies mündet schließlich in einen Kostenvoranschlag als Vorbereitung für einen Behandlungs- bzw. Pflegevertrag. Kommt es zu einem Vertragsabschluss, sind

im Rahmen der Pflegeprozesspflege unter Umständen weitere Informationen zu sammeln (Pflegeanamnese), um dann in einem partizipativen Prozess die Pflegeplanung vorzunehmen.

Die genannten Ziele ergeben sich primär aus den rechtlichen Regelungen des SGB XI und den länderspezifischen Vergütungsrichtlinien. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive stellt sich das Erstgespräch als ein multifunktionales Geschehen dar, in dem die (fach)pflegerische Informationssammlung im Rahmen der Pflegeanamnese stattfindet. Aus der Perspektive der Organisation „Ambulanter Pflegedienst“ bedeuten Erstgespräch bzw. Erstbesuch eine neue Begegnung sich fremder Menschen, die zu einem Vertrauensverhältnis finden sollen und haben nicht zuletzt auch die Funktion der Klienten- oder Kundenakquise. Damit ist genauso eine ökonomische Perspektive grundgelegt wie die Perspektive der sozialrechtlichen und allgemeinen Beratung und Information. Bereits diese analytische Betrachtung der Multifunktionalität des Erstgesprächs bzw. des Erstbesuchs können verdeutlichen, dass die genannten Perspektiven oder Referenzen nicht nur nebeneinander stehen, sondern auch Interessenskonflikte bedeuten können.

4 Empirische Aufwandserfassung der Erstgespräche

Über den tatsächlichen Aufwand im Leistungskomplex „Erstgespräch“ gibt es bisher keine empirischen Erfassungsversuche. Die in Kapitel 3 aus dem Forschungsstand abgeleiteten Zeitwerte u. a. für Assessmentverfahren sind daher die einzigen Anhaltspunkte. Somit wird in dieser Arbeit Neuland beschritten. Hierzu erfolgt zunächst eine Aufwandabschätzung durch Fachkräfte bzw. Geschäftsführungen zweier Bremischer Pflegedienste. Sie wurden nach Einschätzungen hinsichtlich einzelner Prozesse und Arbeitsschritte im Erstgespräch befragt.

Der zweite Zugang zum Aufwand im Leistungsgeschehen „Erstgespräch“ erfolgte mittels strukturierter Fremdbeobachtungen in den Hausbesuchen im Rahmen des Erstgesprächs. Hierzu wurden in vier Fällen Pflegekräfte oder Sozialarbeiter bei ihren Hausbesuchen begleitet.

4.1 Praxiserfahrungen ambulanter Pflegedienste: Experteninterviews

Zur Einschätzung des zeitlichen Aufwands für die Durchführung eines Erstgesprächs / Erstbesuchs sowie diesbezügliche Einflussfaktoren wurden Experteninterviews in zwei ambulanten Pflegediensten in Bremen geführt⁴. Die Praxiserfahrungen der Befragten machen deutlich, dass das Erstgespräch ein überaus komplexer Vorgang sein kann, dessen zeitlicher Umfang mitunter erheblich variiert.

Als *Aufwand verringernde Faktoren* lassen sich bereits vorhandene Erfahrungen mit ambulanter Pflege (z. B. bei Wechsel des Pflegedienstes) und Kenntnisse über die Leistungen der Pflegeversicherung, ein geringer Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf sowie die Anwesenheit von Angehörigen –sofern sie zur Klärung von Sachverhalten dienlich sein können- beim Besuch in der häuslichen Umgebung nennen. Des Weiteren führen das Vorhandensein ausreichender Hilfsmittel sowie eine ausreichende Auskunftsfähigkeit des zu Pflegenden in der Regel zu einer Verkürzung des Zeitaufwands. In diesen „einfachen Fällen“ beschränkt sich das Erstgespräch im Wesentlichen auf die Klärung der Zeiten der Inanspruchnahme, besondere Wünsche des Pflegebedürftigen und die anfallenden Kosten. Der Wechsel des Pflegedienstes bedeutet nicht grundsätzlich eine Vereinfachung bzw. Verkürzung des Erstbesuchs, wenn z.B. beispielsweise Gesprächsbedarf über rechtliche Fragen der Kündigung des alten Pflegedienstes besteht oder Beschwerden über das aktuelle Pflegeverhältnis diskutiert werden.

⁴ Insgesamt nahmen drei Leitungskräfte (Geschäftsführer, Pflegedienstleitung) an den Interviews teil.

Als *Aufwand steigernde Faktoren für das Erstgespräch* sind auf Grundlage der Experteninterviews folgende Aspekte anzuführen:

- kognitive Einschränkung des Pflegebedürftigen

Eine kognitive Einschränkung führt mitunter dazu, dass die pflegebedürftige Person nicht ausreichend Auskunft über die aktuelle Situation und bestehende Bedarfe geben kann. Dies erfordert bisweilen einen zusätzlichen Gesprächstermin mit den Angehörigen –sofern nicht anwesend- und eine Abstimmung der jeweiligen Angaben.

- unklare Leistungsträgerschaft

Weiterer Klärungsbedarf besteht beispielsweise bei fehlendem SGB XI-Bescheid bzw. bei fehlender oder unklarer Pflegestufe oder bezüglich der Zuständigkeit bei Leistungen im Bereich der Grundpflege, die über SGB XI hinausgehen.

- hoher Beratungs- und Informationsbedarf

Fehlende Erfahrungen bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Pflege erfordern im Rahmen des Erstgesprächs eine umfassende Information und Beratung, z. B. zu den Leistungen der Pflegeversicherung, Anträgen, Ansprüchen und Zuständigkeiten insbesondere bei der erstmaligen Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes.

- Notwendigkeit mehrerer Besuche

Die Notwendigkeit mehrerer Besuche ergibt sich beispielsweise, wenn das Erstgespräch nicht in der häuslichen Umgebung stattfindet, sondern in der Klinik. Beim zweiten Besuch muss dann die Lage vor Ort erfasst werden, um die Situation einschätzen zu können.

- Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung

Leidet der Pflegebedürftige an einer psychiatrischen Erkrankung, sind häufig weitere Gespräche notwendig, wenn die Informationen durch den Patienten nicht ausreichen und durch weitere Personen (z. B. Angehörige, Betreuer, behandelnder Arzt) ergänzt werden müssen. Zudem gilt ggf. abzuklären, ob ein Alleinleben der betroffenen Person mit Unterstützung des Pflegedienstes realistisch ist.

- Vorhandensein eines gesetzlichen Betreuers

Das Vorhandensein eines gesetzlichen Betreuers erfordert zusätzliche Absprachen. Der Zeitaufwand für den Vorgang „Erstgespräch“ erhöht sich insbe-

sondere dann, wenn beispielsweise die Vorsorgevollmacht in medizinischen und finanziellen Angelegenheiten geteilt ist.

- Abwesenheit von Angehörigen

Wenn keine Angehörigen vor Ort sind, die einen Teil der Organisation übernehmen können, ergibt sich häufig ein erhöhter Bedarf an Koordination, insbesondere in Fällen, in denen zusätzliche Absprachen beispielsweise mit dem behandelnden Arzt, dem Betreuer, der Akutklinik, dem Sozialamt oder der Pflegekasse nötig sind.

- Bedarf an Hilfsmitteln, Therapien und ergänzenden Angeboten

Besteht die Notwendigkeit (zusätzlicher) Hilfsmittel, die noch nicht beantragt wurden, ergibt sich im Erstgespräch ein erhöhter Beratungs- und Klärungsbedarf. Dies gilt ebenso für die Information über und Organisation weiterer Unterstützungsangebote und Therapien (z. B. Essen auf Rädern, Ergotherapie, Nachbarschaftshilfe etc.).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass aus Sicht der befragten Experten die Höhe des Pflegebedarfs grundsätzlich kein Gradmesser für die Dauer des Erstgesprächs vor Ort ist. Ein hoher direkter Pflegebedarf kann einen besonderen Zeitaufwand bedeuten, wenn gleichzeitig der Status der Pflegebedürftigkeit neu und überraschend eingetreten ist. Wenn aber bereits Erfahrungen mit der Situation oder mit einem anderen Pflegedienst vorliegen, kann sich der Prozess trotz hohem Hilfe- und Pflegebedarf und einem gleichzeitig gut strukturierten und reflektierten Betroffenen unkompliziert gestalten.

Einschätzungen zum Zeitaufwand für das Erstgespräch

Im Rahmen der Interviews wurden die Experten gebeten, anhand ihrer Erfahrungen den zeitlichen Aufwand für das Erstgespräch / den Erstbesuch abzuschätzen, wobei sie zwischen einem „einfachen Fall“ und einem „komplizierten Fall“ differenzierten. Hierbei wurde erneut deutlich, dass neben dem eigentlichen Vor-Ort-Besuch bei dem Pflegebedürftigen mitunter ein erheblicher Aufwand für die Vor- und Nachbereitung des Gesprächs einkalkuliert werden muss.

Nach den Erfahrungen der Experten kann bereits die Vorbereitung des Erstgesprächs bis zu 60 Minuten in Anspruch nehmen, wenn beispielsweise Telefonate mit mehreren Personen erforderlich sind, Informationsmaterial zu Hilfsmitteln zusammengestellt oder ein erster Kostenplan vorab entwickelt werden muss. Der anschließende Besuch in der häuslichen Umgebung des zu Pflegenden variiert im zeitlichen Aufwand je nach Kontextfaktoren zwischen 30 und 120 Minuten. Die Nachbereitung umfasst die Erstellung der Pflegeplanung und –dokumentation sowie ggf. weitere Ab-

und Rücksprachen mit Angehörigen, Ärzten, der Pflegekasse etc. und wird von den Experten ebenfalls mit einem Zeitrahmen von 30 bis 120 Minuten veranschlagt. Auf Grundlage dieser Erfahrungswerte ergibt sich bezüglich des Zeitaufwands für den Gesamtvorgang „Erstgespräch / Erstbesuch“ eine Spannbreite von 60 Minuten bei einfachen bis hin zu 300 Minuten bei komplizierten Fällen.

Ausgehend von dieser Kalkulation wird die aktuelle Vergütung von Erstgesprächen von den befragten Pflegediensten bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle als nicht kostendeckend eingestuft.

4.2 Empirische Aufwandserfassung „Erstgespräch“

4.2.1 Methode der Datenerhebung der Fallbeispiele

Entwicklung des Beobachtungsschemas

Die Fallbeispiele wurden anhand der Zerlegung der Prozesse des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ erfasst. Hierzu wurde ein Beobachtungsschema mit Minutenwerten entwickelt. Die Struktur der Datenerhebung wurde aus den normativen, den pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Vorgaben und den Ergebnissen der Experteninterviews abgeleitet. Für die Vor- und Nachbereitungsphase des eigentlichen Vorortgesprächs wurden für einzelne Tätigkeiten auch Häufigkeiten erfasst.

Die Überlegung einer höchst differenzierten Erfassung von Einschränkungen und notwendiger Unterstützung bei Einzelverrichtungen wie z. B. bei einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wurde verworfen. Zum einen stellen sich z. B. in der direkten Pflege Leistungen zumeist als Leistungspakete dar, zum anderen erschien die Strukturierung in die Bereiche der direkten Pflege (Grundpflege), Haushaltshilfe, Behandlungspflege und weitere Hilfen differenziert genug, um unterschiedliches Leistungsgeschehen im Erstgespräch zu erfassen.

Feldzugang

Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens wurden keine weiteren Auswahlkriterien für die Erstgespräche im Rahmen des SGB XI aufgestellt. Es sollten sukzessive die ersten vier Fälle gewählt werden, die von den beiden kooperierenden Pflegediensten gemeldet wurden. Hierzu wurde eine Absprache im Rahmen der beiden Experteninterviews (17. und 19. Januar) getroffen. Ein Einverständnis der beteiligten Akteure (Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegende) musste vorliegen. Nachdem zwei Wochen keine eligiblen Fälle weitergeleitet wurden, wurde der Feldzugang auf zwei weitere Bremische Pflegedienste ausgeweitet. Daraufhin konnten am 3., 7., 8. und 10. Februar die avisierten vier Vorortbesuche im Rahmen der „Erstgespräche“ begleitet werden.

Datenerfassung

Bei drei der vier Hausbesuche waren zwei Beobachter anwesend, wobei einer getreu dem Erfassungsbogen die einzelnen Schritte dokumentierte, die andere ein freies Ablaufprotokoll führte, um eventuell nicht vorgesehene Schritte erfassen zu können. In einem Gespräch war nur ein Beobachter anwesend, was durch eine Tonaufzeichnung der Gesprächssituation kompensiert werden konnte.

Es zeigte sich, dass innerhalb der Gespräche ein sehr starker und häufiger Wechsel zwischen den Momenten der Informationssammlung zu Pflege- und Hilfebedarf und der aktuellen Übernahme von assistierenden Hilfen zu beobachten war. Auch die Ermittlung von Präferenzen und konkrete Planung von Hilfen und Pflege wechselten schnell ab und führten zu Zuordnungsproblemen. Somit konnte die entwickelte Strukturierung nicht in jedem Falle beibehalten werden und nicht jedem einzelnen Schritt ein Zeitwert zugeordnet werden. Deshalb wurde in der Darstellung der Ergebnisse für Teilarbeitsschritte auf Minutenwerte verzichtet und nur markiert, welche Elemente das „Erstgespräch“ enthielt (siehe Anhang Tabelle 1-3, graue Schraffur).

Ein weiteres Problem bestand in der Erfassung der Inhalte der Vor- und Nachbereitungsphase des eigentlichen Erstgesprächs im Hause der pflegebedürftigen Person. Diese Arbeitsschritte konnten nicht beobachtet werden, da sie sonst eine 16 bis 24stündige Bereitschaft in einem Pflegedienst zur Voraussetzung gehabt hätte. Demnach wurden einzelne Elemente wie Telefonate oder auch der große Posten der Pflegeplanung mittels Nachfrage bzw. Interview nach dem eigentlichen Erstgespräch abgefragt. Auch hier musste auf Minutenwerte für Teilschritte weitgehend verzichtet werden, so dass die belastbaren Zeitwerte sich primär auf die Vor- und Nachbereitungsphase des Hausbesuches und das „Erstgespräch“ vor Ort beziehen.

4.2.2 Ergebnisse der Fallbeispiele

Fallbeschreibung

Die Fallbeispiele lassen sich folgendermaßen typisieren:

- Fall 1 war im Sinne der *Bremer* Vergütungsvereinbarungen kein eigentliches „Erstgespräch“. Die erste Aufnahme erfolgte zwei Wochen zuvor, wobei der Betroffene einen Tag später akutstationär behandelt werden musste. Er kehrte nach knapp 2 Wochen nahezu bettlägerig mit gebrochenem Wirbelkörper und einer Höherstufung in die Pflegestufe 2 zurück. Das Erstgespräch fand am Nachmittag des Entlassungstages statt und konzentrierte sich neben der direkten bzw. Grundpflege auch auf die notwendige Dekubitusversorgung und Hautpflege.

Durch die Wiederaufnahme der Pflege fand nach den Bremer Regelungen kein Erstgespräch statt, obwohl

- aufgrund deutlich erhöhtem Pflegebedarf eine weitgehend neue Anamnese erstellt werden musste
- der Hilfe- und Pflegeplan völlig neu ausgehandelt werden musste
- in anderen Bundesländern das Vorliegen einer gravierenden Veränderung des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs (z. B. nach einem stationären Aufenthalt) ein Kriterium für ein „erneutes“ Erstgespräch darstellt (s.u. Kapitel 5)

Vereinbart wurden zunächst die große Morgentoilette und ein abendlicher Pflegeinsatz zum Auskleiden und Transfer

- Fall 2 stellte sich als Erstgespräch für eine Verhinderungspflege dar, da der Ehemann als Hauptpflegeperson sich in eine ambulante Rehabilitation nach Herzinfarkt begeben musste. Vereinbart wurde eine tägliche Haushaltshilfe für zwei Stunden.
- Fall 3 stellte sich als Erstgespräch anlässlich eines Wechsels des Pflegedienstes dar, der in dem neuen Bedarf einer Haushaltshilfe begründet lag. Der bisherige Pflegedienst konnte diese zusätzliche Hilfeform nicht erbringen, so dass entschieden wurde, das gesamte Leistungsgeschehen der Pflege und Haushaltshilfe in eine Hand zu legen. Vereinbart wurde eine einmal wöchentliche Haushaltshilfe für zwei Stunden zusätzlich zur weitergeführten täglichen kleinen und einmal wöchentlich großen Morgentoilette zum Wechsel des Dienstes zum neuen Monat. Durch die nicht direkte Aufnahme der Pflege - begründet in der Kündigungsfrist - konnten keine weiteren Angaben über die Nachbereitung und weitergehende Pflegeanamnese und -planung ermittelt werden.
- Fall 4 betraf eine Dame, die aktuell aus der Rehabilitationsklinik nach einem Schlaganfall entlassen wurde. Da trotz weiterer vorhandener Einschränkungen insbesondere eine hohe Mobilität vorhanden war und der Bruder bei Alltagstätigkeiten weitgehende Unterstützung leistet, wurde zunächst nur eine einmal wöchentliche große Morgentoilette verabredet.

Ergebnisse⁵

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über das Leistungsgeschehen in dem Leistungskomplex „Erstgespräch“ in den vier beobachteten und begleiteten Hausbesuchen. Die Leistungen und deren zeitlicher Aufwand vor und nach den Besuchen wurden bei den betreffenden Pflegekräften erfragt. Sofern diese Werte auf Schätzungen innerhalb eines Zeitrahmens beruhen, sind sie kursiv dargestellt.

⁵ Die Tabellen 1-3 mit den erfassten Arbeitsschritten befinden sich im Anhang

Vorbereitung des „Erstgesprächs“

Der durchschnittliche vorlaufende Zeitaufwand vor den Hausbesuchen in den vier begleiteten Erstgesprächen betrug 30 Minuten. In dieser Zeit wurden insbesondere Telefonate mit Angehörigen, aber auch mit Einrichtungen der stationären Versorgung zur Überleitung geführt (vgl. Tabelle 1)

Durchführung „Erstgespräch“

Die Dauer der vier begleiteten Hausbesuche umfasste 19 bis 75 Minuten. Das kürzeste Gespräch (Fall 2) betraf eine Verhinderungspflege für voraussichtlich drei Wochen mit der Vereinbarung einer täglichen Haushaltshilfe. Über die häusliche Situation lagen aufgrund einer seit längerem durchgeführten Beratung nach §37, 3 SGB XI bereits Informationen vor. Das Gespräch umfasste dennoch eine Abfrage des täglichen Pflegebedarfs, der aktuell an der Pflege beteiligten Personen und insbesondere der Schmerzproblematik der pflegebedürftigen Person (vgl. Tabelle 2.4).

Das längste Gespräch wurde am Entlassungstage nach einem stationären zehntägigen Krankenhausaufenthalt durchgeführt und beinhaltete insbesondere die Pflegebedarfserfassung, das aktuelle häusliche Hilfesystem, die notwendigen durch den Pflegedienst zu erbringenden Leistungen, die Erfragung der Präferenzen bei der Leistungserbringung und die Verabredung des Leistungsgeschehens. Ein weiteres Thema stellte der bestehende Dekubitus dar und das Wundmanagement inklusive der Prophylaxen zur Vermeidung weiterer Ulcera. (vgl. Tabelle 2.4)

Nachbereitung „Erstgespräch“ und Pflegeplanung

Die ursprünglich so genannte „Nachbereitungsphase“ umfasste neben der Erstellung des Pflegevertrages zum Teil die Fortsetzung oder erst eigentliche Durchführung der Pflegeanamnese und insbesondere die Pflegeplanung. Die Ermittlung des hierfür zu veranschlagenden Aufwands konnte nur mittels telefonischer Nachbefragung geschehen. Sie beruht daher allein auf Schätzwerten der betreffenden Pflegefachkräfte (vgl. Tabelle 3). Dabei wurde deutlich, dass abhängig von der Leistungsvereinbarung erhebliche Aufwandsunterschiede entstehen können. Bei der alleinigen Unterstützungsleistung „Haushaltshilfe“ entfällt die eigentliche Pflegeplanung, was den Prozess deutlich vereinfacht und den Aufwand reduziert. In den beobachteten Fällen wurde der Zeitaufwand mit 15-40 Minuten geschätzt. Daraus ergibt sich ein Gesamtaufwand von 58-165 Minuten.

4.3 Ergebnisdiskussion Experteninterviews und Fallbeispiele

Von der Falltypik konnte leider im knappen Zeitrahmen des Vorhabens kein Erstgespräch mit einer demenziell erkrankten Person und deren Angehörigen beobachtet werden, so dass sich diese Fallproblematik empirisch ausschließlich aus den beiden Experteninterviews erschließt. Des Weiteren waren die zu erbringenden Pflege- und

Hilfeleistungen in drei Fällen eher geringer Art, so dass komplexe Fälle mit hohem Abstimmungsbedarf zwischen Angehörigen und Pflegedienst ebenfalls nicht enthalten sind.

Die vier Fallbeispiele - alle aus dem Bundesland Bremen - haben somit keine repräsentative Aussagekraft. Sie könnten auch allein von der Zahl nicht die gesamte Variabilität der häuslichen Pflegekonstellationen, so wie sie nicht zuletzt in den beiden Experteninterviews dargestellt wurde, abbilden. Methodisch wurde das Vorgehen dennoch gewählt, um das Leistungsgeschehen im „Erstgespräch“ in seiner Differenzierung zu veranschaulichen.

Die gewählte Erfassungsmethode der Fremdbeobachtung konnte allein für die Hausbesuche oder Erstgespräche vor Ort präzise Zeitmaße erfassen. Für die sogenannte Vor- und Nachbereitung (letztere insbesondere mit der Pflegeplanung) wurden erinnerte und geschätzte Zeiten ermittelt. Diese Zeiten ließen sich belastbar nur durch eine strukturierte Selbstbeobachtung der Pflegenden erfassen, was aber einen erheblich höheren empirischen Aufwand bedeuten würde.

Trotz der Erhebung der Experteninterviews und Erstgespräche - gemäß der Vorhabensbeschreibung - in nur vier Pflegediensten wurde deutlich, dass jeder Dienst seine eigene Praxis zur Durchführung des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ gefunden hat. So ließen sich folgende Varianten unterscheiden:

1. Erstgespräch wird durch Pflegedienstleitung, Pflegefachkraft oder Geschäftsführung durchgeführt. Die Anamnese wird innerhalb der ersten zwei Wochen der Leistungsaufnahme nach und nach vervollständigt und mündet dann in die Pflegeplanung, die bis dahin vorläufig ist.
2. Alles, was zum Leistungsgeschehen „Erstgespräch“ gehört, wird durch hierfür spezialisierte Mitarbeiter durchgeführt.
3. Eine Sozialarbeiterin führt die Sozialanamnese und die Ermittlung des aktuellen Hilfebedarfes durch, berät und informiert, ermittelt die Präferenzen und bereitet einen Pflegevertrag vor. Die eigentliche Pflegeanamnese und Pflegeplanung erfolgen dann durch eine Pflegefachkraft.

Diese drei Varianten verdeutlichen, dass Pflegedienste versuchen, das Geschehen im Erstbesuch zu rationalisieren und Wege zu finden, die passfähig zum internen Ablauf, der bestehenden Personalstruktur und der Vergütungssystematik sind.

5 Tarifvergleich Bundesländer

Die Abrechnung der Leistung „Erstgespräch“ bzw. „Erstbesuch“ erfolgt anhand der Vergütungsvereinbarungen des jeweiligen Bundeslandes. Vergleichbar mit den in Kapitel 2 aufgezeigten Unterschieden bzgl. der Leistungs- und Inhaltsbeschreibung des Erstbesuchs zeigt sich auch bei den veranschlagten Tarifen eine große Varianz, wobei eine differenzierte Darstellung der Leistung und der daran gekoppelten Anforderungen an das Erstgespräch nicht gleichermaßen eine höhere Veranschlagung der Vergütung bedeutet. Eine Gegenüberstellung der Bundesländer veranschaulicht die Spannweite der Vergütungstarife, die sich aus den jeweils zugrunde liegenden Punktwerten ergeben (vgl. Abb. 2).

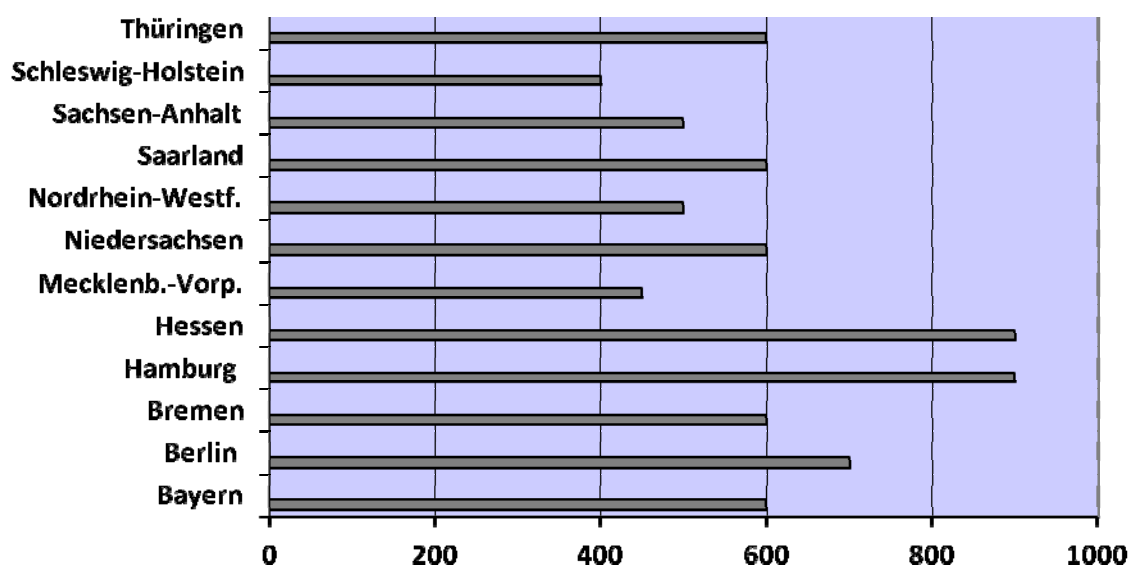


Abb. 2: Vergütung des Erstbesuchs SGB XI nach Bundesländern (Angaben in Punktwerten)

Die für die Leistung „Erstbesuch“ festgelegte Punktzahl variiert im Ländervergleich zwischen 400 (Schleswig-Holstein) und 900 Punkten (Hessen, Hamburg). Nach Multiplikation mit dem jeweils zugrunde liegenden Punktwert ergibt sich eine Spannweite von 16,34 Euro (Mecklenburg-Vorpommern) bis 43,83 Euro (Hessen). In den Bundesländern Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen wurde hingegen ein Pauschalbetrag festgelegt, der sich zwischen 26 und 30 Euro bewegt. Einzig in Baden-Württemberg gibt es keinen Leistungskomplex für den Erstbesuch, da dieser in den Vergütungen der anderen Module enthalten sei.

Darüber hinaus bestehen in den Vergütungsvereinbarungen erhebliche Differenzen hinsichtlich der Frage, wie oft bzw. unter welchen Kontextfaktoren die Leistung „Erstgespräch“ / „Erstbesuch“ oder ggf. ein Folgebesuch abgerechnet werden kann. So ist

in sieben Bundesländern⁶ festgelegt, dass der Erstbesuch nur *einmalig* vergütet wird. In diesen Ländern besteht darüber hinaus auch keine Möglichkeit der Abrechnung eines Folgebesuchs, der durch Veränderungen des Pflegebedarfs erforderlich sein könnte.

Abweichend von dieser Regelung ermöglichen vier Bundesländer⁷ die Abrechnung eines *Folgebesuchs*, sofern bestimmte Faktoren erfüllt sind. Beispielhaft sind an dieser Stelle die Vorgaben aus Hamburg anzuführen:

„Leistungskomplex 17b – Besuch zur Aktualisierung der Pflege bei gravierender nicht nur vorübergehender Veränderung des Pflegezustands

Bei gravierender nicht nur vorübergehender Veränderung des Pflegezustands, insbesondere bei Änderung der Pflegestufe kann dieser Leistungskomplex in Ansatz gebracht werden. Dabei ist der Versicherte bezüglich der von ihm gewählten Leistungen zu beraten und ggf. ein veränderter Pflegevertrag abzuschließen. Der Besuch beinhaltet insbesondere:

- *Überarbeitung der Pflegeanamnese*
- *Aktualisierung / Überarbeitung der Pflegeplanung“*

Der Folgebesuch wird mit einem Punktwert zwischen 300 und 500 bemessen.

In weiteren vier Bundesländern⁸ besteht die Möglichkeit, die Leistung „Erstgespräch“ / „Erstbesuch“ in begründeten Fällen *erneut* abzurechnen. Als voraussetzende Faktoren werden in diesem Kontext eine gravierende Veränderung des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs (z. B. nach einem stationären Aufenthalt) bzw. die Veränderung der Pflegestufe angeführt, die eine neue Pflegeplanung erforderlich machen.

⁶ Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

⁷ Berlin, Hamburg, Hessen und Niedersachsen

⁸ Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Schleswig-Holstein

6 Diskussion und Empfehlungen

Externe Qualitätsanforderungen bilden einen Rahmen für das Leistungsgeschehen im Erstgespräch bzw. Erstbesuch. Dabei ist primär zu berücksichtigen, dass gemäß SGB XI durch die (regionalen) Vergütungsregelungen der Versorgungsauftrag nicht zuletzt des Erstgesprächs selber sichergestellt werden muss. Dies ist in Zweifel zu ziehen, wenn die Vorgaben der Qualitätsanforderungen zu den Verfahren der Informationssammlung bereits neben allen weiteren Beratungs- und Aushandlungsprozessen mit mindestens einer Zeitstunde zu veranschlagen sind, umgekehrt die zu erreichende Vergütung anhand von Punktwerten und zugrunde gelegten Geldbeträgen maximal eine halbe (z. B. Bremen, Niedersachsen) bis hin zu einer vollen pflegerischen Arbeitsstunde (Hessen) für eine Pflegefachkraft ergibt, ohne innerhalb der weiteren Leistungskomplexe der direkten Pflege Zeit für die Anpassung der Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses einzuräumen. Viele Aspekte wecken Zweifel, ob die aktuelle Pauschalvergütung angemessen auf das differenzierte Geschehen des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ reagiert.

Die folgende Diskussion geht auf einzelne „Widersprüche“ ein und spricht Empfehlungen mit Vergütungsvorschlägen aus, die sich aus den normativen Vorgaben und/oder der Empirie ergeben. Dabei wird die Möglichkeit einer klaren Operationalisierung von abgestuften oder modularisierten Leistungen berücksichtigt.

- „Erstgespräch“ oder „Erstbesuch“ sind ein komplexes Leistungsgeschehen.
Die Darstellung der rechtlichen und (pflege)theoretischen Vorgaben und die empirischen Erfahrungen zum Erstbesuch bzw. Erstgespräch machen es nötig, das dahinterliegende Leistungsgeschehen alternativ zu bezeichnen. Die Titulierung „Erstbesuch“ oder „Erstgespräch“ verstellen den Blick auf einen in der Regel sehr komplexen Prozess der Beratung, des Sammelns von Informationen und Aushandelns notwendiger Hilfe- und Unterstützungsleistungen durch professionelle Pflege. Die Begriffe des „Leistungseintritts“ oder der „Aufnahme“ würden offener und nicht festgelegt auf ein einzelnes Gespräch oder einen einzelnen Besuch beschreiben, was notwendig ist, um das Leistungsgeschehen im Rahmen des SGB XI in Gang zu setzen, nämlich die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung und die mittels Vertrag festgeschriebene Leistungserbringung.

⇒ **Empfehlung: Umbenennung in „Pflegeanamnese und Pflegeplanung“**

Das Label des Leistungskomplexes sollte Inhalte und Aufwand treffend beschreiben. Eine Umbenennung in „Leistungskomplex: Pflegeanamnese und Pflegeplanung“ beschreibt angemessener und relevanter die Schritte des Pflegeprozesses, die in dem „Erstgespräch“ zu beschreiten sind und welcher Gesamtaufwand sich dahinter verbirgt.

- Obligatorische und fakultative Leistungselemente

Das „Erstgespräch“ als komplexe Pflegeanamnese und Pflegeplanung hat Kernelemente, die in jeder Aufnahme einer professionellen Pflege obligatorisch sind. Daneben sind aber Arbeitsschritte und Elemente *klar* identifizierbar und differenzierbar, die fallspezifisch sind.

⇒ **Empfehlung: Differenzierung zwischen obligatorischen und fakultativen Arbeitsschritten, die sich in der abgestuften Vergütung widerspiegeln**

Bei der Vergütung des „Erstgesprächs“ sollten immer zu leistende Arbeitsschritte mit einem Basissatz vergütet werden. Fakultative Arbeitsschritte werden extra vergütet.

- Ein *allgemeiner* Aufklärungs- und Beratungsauftrag fehlt im Vergütungssystem.

Wenig bis gar nicht berücksichtigt ist die Notwendigkeit, Grundlagen des SGB XI zu vermitteln und dabei zu verdeutlichen, dass Leistungen des SGB XI in vielen Fällen nicht alle notwendigen Pflege- und Hilfeleistungen einschließen. Diese Aufgabe könnte auch von anderen Stellen wie z. B. Pflegestützpunkten wahrgenommen werden. In der Versorgungsrealität ergibt sich aber häufig eine spontane Notwendigkeit, mit dem Wissen über die Regelungen und Bestimmungen des SGB XI das notwendige Leistungsgeschehen zu definieren. Hier zeigt sich, dass die *erstmalige* Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes häufig diesen zusätzlichen Beratungsaufwand zu Inhalten und Prinzipien des SGB XI erzeugt.

⇒ **Empfehlung: Beratungsaufwand zum SGB XI bei Erstantrag berücksichtigen**

Generell ist in *allen* „Erstgesprächen“ ein erhöhter Beratungsaufwand über die formalen Regelungen des SGB XI denkbar. Das gilt sowohl für die erstmalige Bewilligung von Leistungen nach SGB XI als auch die erstmalige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und die Veränderung von Pflegestufen. Es besteht in einigen Vergütungsvereinbarungen ein genereller (wie z. B. Berlin) oder aber ein leistungsbezogener (Brandenburg) Beratungsauftrag. Da mit der erstmaligen Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes häufig leistungsrechtliche Aspekte erstmalig relevant werden, sollte zumindest dem gesteigerten Informationsbedarf der Klienten und ihrer Angehörigen in diesem Falle Rechnung getragen werden. Ein derartiger Beratungsaufwand ist mit 10 bis 20 Minuten zu veranschlagen.

- Pflegerische Anamnese und Informationssammlung können in der Mehrzahl der Fälle nicht im Erstbesuch als abgeschlossen gelten.

Auch wenn in fast allen Bundesländern der „Erstbesuch“ oder das „Erstgespräch“ als Leistungskomplex beschrieben ist und damit impliziert wird, dass es sich nicht um eine Einzelleistung handeln kann, so verstellen die beiden Begriffe die anspruchsvollen Aufgaben der Anamnese und Pflegeplanung. Vielleicht wird dies besonders deutlich an dem Faktum, dass eine gezielte Informationssammlung für eine Pflegeanamnese immer eine gewisse Kenntnis des Klienten oder der pflegebedürftigen Person voraussetzt. Das in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität vorgeschlagene RAI-

Home Care benötigt Informationen über den Klientenstatus der letzten drei Tage, was bedeutet, dass mit dem eigentlichen Erstbesuch die Informationssammlung nicht als abgeschlossen gelten kann. Das hat nicht nur formale Gründe, die dem Validitätsinteresse des Assessments geschuldet sind. Zugrunde liegt auch die pflegetheoretische Annahme, dass eine Informationssammlung mögliche Tagesschwankungen zu berücksichtigen hat, da ansonsten eine aus der Pflegeanamnese resultierende Pflegeplanung auf falschen Voraussetzungen aufbauen könnte. Die Informationen für ein Assessment wie das RAI-HC (ähnliches gilt auch für Assessmentverfahren, die auf dem Konzept der AEDL basieren) können zwar während der direkten Pflege gesammelt werden, erzeugen aber dennoch einen Mehraufwand, der dann im Ausfüllen des Assessmentbogens kulminiert. So gesehen sind die angenommenen Zeitwerte von ca. einer Stunde für die Erstellung einer Anamnese oder das Bearbeiten eines Assessmentverfahrens wie z. B. das RAI-HC immer noch zu niedrig angesetzt, da das Ausfüllen nicht mit dem (mehrtägigen) Beobachten in eins zu setzen ist.

⇒ **Empfehlung: angemessene Berücksichtigung des Aufwandes einer strukturierten Informationssammlung**

Eine Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen der MDK-Begutachtungsrichtlinien zur Qualitätsprüfung setzt eine strukturierte Informationssammlung voraus, die nicht unter einem Zeitaufwand von 60 Minuten leistbar ist.

- Die Pflegeplanung ist Bestandteil des Leistungsgeschehens im „Erstgespräch“. Aus der Diskussion der Anwendung von etablierten Assessmentverfahren wird deutlich, dass auch die Pflegeplanung im Prozess des Leistungskomplexes „Erstbesuch“ nicht mit dem eigentlichen Hausbesuch abgeschlossen sein kann. Somit entzog sie sich der Fremdbeobachtung und konnte allein aus den wiedergegebenen Schätzwerten rekonstruiert werden. Dabei und auch aus den Experteninterviews wurde deutlich, dass eine Minimaldauer von 30 Minuten für die Vervollständigung der Pflegeanamnese und die Pflegeplanung bei nur einzelnen Pflegeleistungen anzusetzen ist. Bei einem komplexeren Leistungsgeschehen, das mehr als nur einen Leistungskomplex betrifft, kann sich diese Zeit deutlich erhöhen, so dass ab einem mehrmals täglichen Einsatz mit mindestens zwei Leistungskomplexen von mindestens einer Stunde auszugehen ist.

⇒ **Empfehlung: angemessene Berücksichtigung des Aufwandes für die mit Klienten abgestimmte Pflegeplanung**

Eine strukturierte Pflegeplanung gemäß den Vorgaben des MDK ist bei Übernahme nicht täglicher Pflegeleistungen nicht unter einem Zeitaufwand von 30-60 Minuten und bei täglichen Pflegeleistungen nicht unter 60-90 Minuten leistbar und sollte daher bei der Kalkulation des Leistungskomplexes berücksichtigt werden.

- Die Organisation der Pflege und weiterer Hilfen erfordert einen zusätzlichen Aufwand an Kommunikation und Koordination

Dieser Aufwand wird bisher in nur wenigen Vergütungsvereinbarungen wie z. B. in Bayern als Inhalt aufgeführt. Er umfasst primär notwendige Telefonate, was den Aufwand der Ermittlung der Zuständigkeit und der fehlenden Erreichbarkeit von Gesprächspartnern einschließt. Aus den Berichten der befragten Pflegedienste und der Pflegekräfte der beobachteten Erstgespräche dauert kein Telefonat kürzer als 5 Minuten, wobei eine längere Dauer (10-15 Minuten) eher die Regel ist

- Krankenversicherung

Die Notwendigkeit von Mobilitätshilfen wie z. B. Rollatoren oder Rollstühlen kann Nach- und Rückfragen mit der Krankenversicherung bedeuten.

- Pflegeversicherung

Insbesondere bei dem (vorläufigen) Fehlen einer Pflegestufe besteht vielfach ein Kommunikationserfordernis mit der Pflegekasse. In der Regel wird über Telefonate ermittelt, welchen Stand das Begutachtungsverfahren hat oder ein Einspruch gegen ein Begutachtungsergebnis angekündigt.

- Sozialamt

Die Frage der Eigenbeteiligung oder nicht durch SGB XI eingeschlossenen Hilfe- und Pflegeleistungen erfordert bei nicht vermögenden Klienten mitunter die Verhandlung mit dem Sozialamt. Dies kann zwar nicht genuin als Aufgabe der Pflegedienste angesehen werden, ist aber zum Zustandekommen eines Pflegevertrages oft unerlässlich, wenn z. B. keine Angehörigen zur Verfügung stehen.

- Gesetzlicher Betreuer

Gesetzliche Betreuung ist primär bei pflegebedürftigen Personen mit kognitiven Einschränkungen (z. B. infolge einer demenziellen Erkrankung) oder psychiatrischen Erkrankungen vorzufinden. Der Aufwand der Kommunikation umfasst primär notwendige Telefonate (Kommunikationserfordernisse mit Leistungsträgern o. anderen Leistungserbringern), in manchen Fällen auch einen gesonderten Hausbesuch (s. u).

- Behandelnder Arzt

Die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt bezieht sich zwar primär auch auf die Leistungen der Behandlungspflege, kann aber auch bei SGB XI Leistungen dann notwendig werden, wenn z. B. eine Verordnung von Mobilitätshilfen notwendig erscheint oder pflegebegründende Diagnosen und weitere Behandlungswege nicht dokumentiert sind oder erfragt werden können.

- Überleitung Akut-, Rehabilitationsklinik

Prozesse der Überleitung bei einem direkten Übergang von einer Klinik in eine häusliche Pflegesituation stellen immer einen Mehraufwand dar. Hierbei geht es um die Sicherstellung der Pflege insgesamt, um eventuell notwendige Hilfsmittel u. a., vor allem, wenn Angehörige nicht in der Lage oder auch vor Ort sind, um den Übergang in die Häuslichkeit zu organisieren. Diese Kommunikationsprozesse sind häufig durch die Rahmenbedingungen in Kliniken vor Ort erschwert, die es mitunter nötig machen, zahlreiche Anrufe zu tätigen, bis zuständige Personen telefonisch erreichbar sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Organisation der häuslichen Pflege in dem Moment des Übergangs aus der stationären Versorgung gewährleistet sein muss.

- Sanitätshäuser

Insbesondere zur Hilfsmittelversorgung werden bei zahlreichen Erstgesprächen Kommunikationsprozesse mit Sanitätshäusern notwendig. Sie betreffen Bestellungen, Reklamationen u. Ä., um vor allem nach Überleitungsprozessen die Pflege in der Häuslichkeit überhaupt erst zu ermöglichen.

⇒ **Empfehlung: Berücksichtigung von Kommunikation mit Leistungsträgern oder anderen Leistungserbringern**

Für einzelne Telefonate mit benannten Institutionen oder Personen wird eine Telefonpauschale im Rahmen von 5-15 Minuten berücksichtigt.

- Im Falle der Überleitung aus Akut- oder Rehaklinik oder einem gesonderten Gespräch vor Ort mit einem gesetzlichen Betreuer können zwei (Haus)Besuche notwendig werden.

Einen beträchtlichen Mehraufwand stellt der **doppelte** „Erstbesuch“ dar. Er wird notwendig, sofern infolge von Überleitungsprozessen aus einer Klinik in die Häuslichkeit die pflegerische Versorgung sofort sichergestellt sein muss und diese Aufgabe primär dem Pflegedienst zufällt, weil Angehörige nicht vorhanden oder nicht vor Ort sind. Ein weiterer häufiger Fall ist ein gesondertes Gespräch mit einem gesetzlichen Betreuer in dessen Arbeitsräumen oder bei seinem pflegebedürftigen Klienten. Dies ist nicht nur bei älteren Patienten relevant, sondern insbesondere auch bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Hierzu muss dann vor der Überleitung der erste Teil der Informationssammlung in der Klinik stattfinden, was aber den Besuch in der Wohnung des betreffenden Klienten nicht obsolet macht. Auch wenn sich der Gesamtprozess des Leistungskomplexes „Erstbesuch“ dadurch nicht verdoppelt, stellt der doppelte oder mehrfache Hausbesuch einen beträchtlichen Zeitfaktor dar.

⇒ **Empfehlung: Mehrfachbesuche aus Anlass der Überleitung oder dem Vortagesgespräch berücksichtigen**

Ein Mehrfach(haus)besuch wird mit einem Aufwand von 30-60 Minuten vergütet.

- Im Falle von kognitiven Einschränkungen der pflegebedürftigen Person sind Absprachen mit dem Betroffenen und den Angehörigen zu treffen.

Die Informationssammlung im Rahmen der Pflegeanamnese und die Berücksichtigung von Klientenpräferenzen bei der Pflegeplanung stellen sich im Falle von kognitiven Einschränkungen häufig erschwert dar. Das kann in unterschiedlichen Präferenzen von pflegebedürftigen Klienten und Angehörigen begründet liegen wie auch in der Schwierigkeit, in Anwesenheit einer beeinträchtigten Person alle Details verhandeln zu können. Auch in diesen Fällen ist ein zweiter Erstbesuch mitunter notwendig und wird auch wie ausgeführt von ministerieller Seite als Qualitätsmerkmal angesehen. Der dann entstehende Mehraufwand ist ähnlich einzuschätzen wie der doppelte Hausbesuch bei der Überleitung von einer Klinik in die Häuslichkeit.

⇒ **Empfehlung: Erhöhter Aufwand von Erstgesprächen bei Klienten mit kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigen**

Ein Erstbesuch bei einem Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen (darstellbar in der pflegebegründenden Diagnose) wird mit einem erhöhten Aufwand von 15 bis 30 Minuten vergütet. Ein Mehrfach(haus)besuch wird (analog Doppelbesuch Kliniküberleitung oder gesetzliche Betreuung, s.o.) mit einem Aufwand von 30-60 Minuten vergütet.

- Wenn nur spezifische Unterstützungsformen benötigt werden, verringert sich der Aufwand für die Informationsaufnahme, die Abfrage von Präferenzen und die gemeinsame Planung der Maßnahme(n).

Eine Verringerung des Grundaufwandes im Leistungskomplex „Erstgespräch“ stellt die alleinige Anfrage von Haushaltshilfe(n) dar. Zwar kann auch in diesem Fall eine umfangreiche Absprache von Einsatzzeiten und Inhalten der notwendigen Tätigkeiten entstehen, die Erstellung einer Pflegeplanung ist aber in der Regel nicht erforderlich.

⇒ **Empfehlung: Geringerer Aufwand durch alleinige Haushaltshilfe**

Die bei alleiniger Hilfeform „Haushaltshilfe“ entfallende Pflegeplanung kann von der Pauschale „Erstbesuch“ abgezogen werden bzw. nicht in Rechnung gestellt werden.

- Die unterschiedlichen Vergütungssysteme in den einzelnen Bundesländern sind aufgrund der Ähnlichkeit der inhaltlichen Beschreibung des Leistungsgeschehens „Erstgespräch“ nicht durch unterschiedlichen Aufwand zu begründen.

Eine Analyse der Leistungs- bzw. Inhaltsbeschreibungen des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ in den einzelnen Bundesländern zeigt trotz bestehender Variabilität in der Detailliertheit der Beschreibung, dass generell der gesamte Prozess der ersten beiden Schritte des Pflegeprozesses - der Pflegeanamnese und der Pflegeplanung - in dem Leistungsgeschehen „Erstgespräch“ oder „Erstbesuch“ beinhaltet sind. Das gilt auch für die Vergütung dieser Leistungen, die alleine im Leistungskomplex Erstgespräch erfolgen kann (Ausnahme Baden-Württemberg). Dementsprechend können die Unterschiede in der Vergütungsstruktur schwerlich in einem unterschiedlichen Leistungsgeschehen begründet liegen.

Gleiches gilt auch für den Folgebesuch, der nicht eigentlicher Untersuchungsgegenstand ist. Er findet Erwähnung, weil er -z. B. infolge eines stationären Aufenthaltes und/oder nach einem akuten Ereignis wie einem Sturz oder einem Schlaganfall und daraus resultierendem veränderten Pflege- und Hilfebedarf- den Aufwand des eigentlichen „Erstgesprächs“ übersteigen kann. Dies konnte in dem beobachteten Fall 1 bestätigt werden. Umgekehrt ist zu schließen, dass die Variabilität der Vergütung nur zu Lasten der Qualität der Pflegeanamnese und Pflegeplanung gehen kann, zudem selbst der Höchstsatz in Hessen nicht einmal die Hälfte des zu veranschlagenden Aufwandes decken kann, es sei denn, es wird in einem unkomplizierten Falle einzig wie dargestellt eine Haushaltshilfe notwendig

⇒ **Empfehlung: Einheitliche Punktbewertung des Leistungskomplexes „Erstgespräch“**

- Veränderungen des Grades der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens müssen neu aufgenommen werden und machen eine erneute Pflegeanamnese und –planung notwendig.

Bei einer signifikanten Veränderung des Pflegebedarfs wie er primär durch Pflegestufenwechsel, aber auch durch Veränderungen innerhalb der breit angelegten Pflegestufen z. B. infolge eines Krankenhausaufenthaltes begründet wird, ist eine erneute Informationssammlung mit anschließender Pflegeanamnese und eine veränderte Pflegeplanung erforderlich. Der hierfür anzusetzende Aufwand kann dem Aufwand im „Erstbesuch“ gleich kommen, er kann ihn aber auch übersteigen, wie im Fallbeispiel 1 ersichtlich wurde.

⇒ **Empfehlung: Signifikante Veränderungen im Pflegebedarf und im Pflegevertrag erfordern eine Wiederholung des Leistungskomplexes „Erstgespräch“**

Aus diesen Aufwand steigernden und verringernden Faktoren lassen sich Arbeitsschritte ableiten, die *obligatorisch* in jedem Erstgespräch durchzuführen sind. Davon unterscheidbar sind einzelne Schritte oder Maßnahmen, die *fakultativ* je nach Einzelfall durchzuführen sind.

7. Konsequenzen: Bemessung des Zeitaufwandes

Die folgende Darstellung des Zeitaufwandes verzichtet auf die Anlehnung an das Vergütungssystem mittels Punktwerten. Diese Punktwerte sind nur bedingt einem zeitlichen Aufwand zuzurechnen. Vor dem Hintergrund, dass eine Arbeitsstunde einer *Pflegefachkraft* mit ca. 45 € zu veranschlagen ist (vgl. Sießegger 2007), sind minimal 30 Minuten bis hin zu maximal einer Stunde je nach Bundesland für den Leistungskomplex „Erstgespräch“ in Rechnung zu stellen. Die Punktbewertung und daraus abzuleitende Minutenwerte sind ungenau. Nur in Baden-Württemberg wird bei der Leistungserbringung preislich zwischen Pflegefachkraft, Pflegehilfe und Zivildienstleistenden unterschieden. In anderen Bundesländern können die Punktwerte nicht zwischen den Qualifikationen der Leistungserbringer unterscheiden. Da aber das „Erstgespräch“ durch eine Pflegefachkraft zu erbringen ist, ist die Rückrechnung von Punkten auf Zeitwerte ungenau oder irreführend. Daher erfolgt die Darstellung der obligatorischen und der fakultativen Arbeitsschritte in Minutenwerten.

Informationssammlung, Vorbereitung Hausbesuch

Obligatorisch

	Anzahl	Minuten
Telefonat mit Klienten, Angehörigen	1	5-15
Kostenvoranschlag	1	10-30
gesamt		15-45

Fakultativ

	Anzahl	Minuten
Weitere <i>dokumentierte</i> Telefonate (Klienten/ Angehörige, Ärzte, Kostenträger, Klinik, Betreuer u. a.)	je	5-15

Hausbesuch, „Erstgespräch/Erstbesuch“

Obligatorisch

	Anzahl	Minuten
Assessment, Pflegeanamnese	1	15-75
Feststellung des Hilfebedarfes inkl. der Ressourcen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen	1	5-30
Feststellung, ob und ggf. welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, andere Pflegepersonen, ergänzende Dienste erbracht werden	1	5-15
Information über weitere Hilfen	1	5-15
Feststellung, ob und ggf. welche Pflegehilfsmittel organisiert werden	1	5-15
Abstimmung der vom Pflegebedürftigen auszuwählenden Leistungen	1	15-20
Gesamt		50-170

Fakultativ

	Anzahl	Minuten
Erstberatung SGB XI	1	10-15
Organisation Pflegehilfsmittel, Fahrten zu Sanitätshäusern o. Ä.	je	15
Hausbesuch mit pflegebegründender Diagnose „demenzielle Erkrankung“ oder anderer kognitiver Einschränkungen	zusätzlich	15-30
Weitere(r) Hausbesuch(e) infolge gesondertem Gespräch mit Betreuer, Angehörigen oder nach Klinikaufenthalt (wenn Erstbesuch in Klinik stattgefunden und Begutachtung häuslicher Gegebenheiten notwendig)	je	30-60

Abschluss Pflegeanamnese, Pflegeplanung⁹

Obligatorisch: (bei nicht täglicher Leistungserbringung)

	Anzahl	Minuten
Pflegeanamnese, Fortsetzung, Abschluss	1	15-30
Pflegeplanung in Absprache mit Klienten	1	15-60
Gesamt		30-90

Fakultativ: (bei täglicher Leistungserbringung)

	Anzahl	Minuten
Pflegeplanung in Absprache mit Klienten bei erhöhtem Pflegebedarf	1	30
Kostenvoranschlag Überarbeitung	je	5-15
Weitere <i>dokumentierte</i> Telefonate (Klienten/Angehörige, Ärzte, Kostenträger, Klinik, Betreuer u. a.)	je	5-15

	Minuten
Gesamtdauer obligatorische Schritte	95-275

Fazit

Die Zusammenschau von rechtlich-normativen Vorgaben und der Empirie der häuslichen Pflege verdeutlichen, dass die Einleitung des Pflegeprozesses mit Pflegeanamnese und Pflegeplanung selbst bei wenig komplexer Fallstruktur einen Aufwand von mindestens 95 Minuten erzeugen. Diese Zeit kann sich um 15 Minuten reduzieren, sofern es sich nur um die Stellung einer Haushaltshilfe handelt. Sie kann sich aber belegbar auch auf über viereinhalb Stunden erhöhen. Bei dem zugrunde gelegten minimalen Punktwert (Schleswig-Holstein) würde ein solcher Aufwand von 275 Minuten den Vergütungssatz um ein nahezu Zehnfaches übersteigen, bei maximalem Punktwert (Hamburg und Hessen) immerhin noch um ein Vierfaches.

Angesichts des Nachweises, dass Inhalte und Prozesse des Leistungskomplexes „Erstgespräch“ nicht im Rahmen der hierfür vorgesehenen Ressourcen zu leisten

⁹ entfällt bei alleiniger Erbringung von Haushaltshilfe

sind, muss befürchtet werden, dass trotz aller Kreativität bei dem Management von Arbeitsabläufen Abstriche bei der Qualität entweder im Leistungskomplex „Erstgespräch“ selber oder aber in den Leistungskomplexen der direkten Pflegeleistungen nach SGB XI unvermeidbar sind, da der Versorgungsauftrag mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht sichergestellt ist. Folgerichtig wäre eine Anpassung der Vergütung an den entstehenden Aufwand eine qualitätssichernde Maßnahme.

Der in den „Erstgesprächen“ betriebene notwendige hohe Aufwand zur Durchführung einer Pflegeanamnese stellt mehr als eine Wiederholung und Verdopplung des Aufwandes zur Erfassung von Pflegebedarf dar, der erstmalig bei der Begutachtung durch den MDK zum SGB XI entsteht. Im Rahmen der Bestrebungen zum Bürokratieabbau und der Vermeidung von Doppeldokumentation wären hier Rationalisierungsreserven zu vermuten, sofern den Leistungserbringern –wie auch im übrigen Gesundheitssystem- zugetraut würde, (Pflege)Bedarfe eigenständig zu erheben und zu erkennen.

Literatur

Arets, J. ; Obex, F. et al. (1999): Professionelle Pflege. Band 1. Bocholt: Eicanos bei Huber.

Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit- Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik, S., Halek, M.(Hg.): Assessmentinstrumente in der Pflege-Möglichkeiten und Grenzen. Hannover, Schlütersche 11-20.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): Auf der Suche nach der passenden Wohn- und Betreuungsform. Ein Wegweiser für ältere Menschen. Checkliste ambulante Pflegedienste.
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=133804.html>
(14.02.2011)

Feuerstein, I.; Kendlbacher, E.; Fritz, E. (2008): Evaluierung der Praktikabilität des RAI-HC 2.0 in der Steiermark. In: *pro care science*, 12/2008: S. 13-18

Garms-Homolová, V. (Hrsg.) (2002): Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument – Home Care. Bern: Hans Huber

Heiber, A. (2010): Vertragsgespräche erfolgreich gestalten. In: *Häusliche Pflege*, 12/2010: S. 20-25

Klie, T. Siebert, A., (2008): Das integrierte Budget. Abschlussbericht, Freiburg.

Loskamp, B. (2003): Der Pflegeprozess - sein Anspruch und seine Umsetzung in der Praxis. In: *Unterricht Pflege*, 03/2003: S. 2-10.

MDK (2005): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege – 10. November 2005.

MDK (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Düsseldorf

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Köln.
http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/mds-stellungnahmen/p42_pflegeprozess.pdf (14.02.2011)

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (2006): Musterdokumentation für die ambulante Pflege.
<http://www.masfg.rip.de> (11.02.2011)

Rappold, E. (2007): SMAF, RAI und ICF – Pflegeassessmentinstrumente für den extramuralen Bereich. In: *Pflege*, 04/2007: S. 205-210

Schäfer, W.; Jacobs, P. (2009): Praxisleitfaden Stationsleitung. Stuttgart: Kohlhammer

Schiedsstelle ambulante (2010): Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI (ambulante und stationäre). Unveröffentlichter Schiedsspruch

Schuler-Rosso, M. (2002): Bedarfsabklärungsinstrument RAI-Homecare. In: *Managed Care*, 07/2002: S. 13-15

Selinger, Y.; Schaepe, C.; Zimmermann, M.; Behrens, J. (2007): Ermittlung von pflegewissenschaftlichen Grundlagen für die Erstellung von Empfehlungen zur Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen (EmVeMe), Handlungsfeld Pflegeplanung und – dokumentation. Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (*unveröffentlichter Projektbericht*)

Sießegger, T. (2007): Misch-Kalkulation, pdl-praxis 10, S. 2

Windeler, J.; Görres, S. et al. (2008): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Abschlussbericht.

http://medizin.degruyter.de/pflegeversicherung/pdf/22_NBA_Pflegebed%C3%BCrftigkeit_4_Abschlussbericht_HP_2.pdf (14.02.2011)

Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld/Münster: IPW/MDK WL.

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/begutachtungsinstrument.html>
(14.02.2011)

Anhang

- **Leistungsbeschreibungen zum Erstbesuch / Erstgespräch nach Bundesländern**
- **Ergebnisse der Fallbeispiele: Erfassungsprotokoll**

Leistungsbeschreibungen zum Erstbesuch / Erstgespräch nach Bundesländern

Bundesland ¹	Leistungs-/ Inhaltsbeschreibung des Erstbesuches
Bayern	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellung einer Pflegeanamnese 2. Feststellung des Hilfebedarfes incl. der Ressourcen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen 3. Feststellung, ob und ggf. welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, andere Pflegepersonen, ergänzende Dienste erbracht werden 4. Information über weitere Hilfen 5. Feststellung, ob und ggf. welche Pflegehilfsmittel organisiert werden müssen und ggf. Organisation der Pflegehilfsmittel 6. Abstimmung der vom Pflegebedürftigen auszuwählenden Leistungen 7. Erstellen eines Kostenvoranschlages und die Vorlage bei der zuständigen Pflegekasse 8. Erstellen eines Pflegeplanes 9. Organisation und Koordination der Pflege
Berlin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Information und 3. Beratung 4. Pflegeplanung 5 Angebot eines Pflegevertrages
Brandenburg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Pflegeplanung 3. Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe, einschließlich des Kostenplans 4. Information über weitere Hilfen <p>Zum Erstbesuch gehört insbesondere die Erhebung einer Anamnese, die familiäre, soziale, biographische, pflegerische, medizinische Aspekte berücksichtigt und auf Besonderheiten eingeht (z. B. gesetzliches Betreuungsverhältnis). Die dazugehörige Pflegeplanung beinhaltet u. a. das Erkennen von Problemen und Ressourcen, das Festlegen der Pflegeziele, das Planen der einzelnen Maßnahmen, das Anlegen einer Dokumentation mit Durchführungskontrolle. Beim Erstbesuch ist der regelmäßige individuelle Versorgungsbedarf des Pflegebedürftigen mit dem Pflegedienst schriftlich abzustimmen und zu vereinbaren. Der Pflegedienst ist verpflichtet, eine Kostenübersicht über den festgelegten monatlichen Versorgungsumfang zu erstellen. Wenn sich im Verlauf des Pflegeprozesses Änderungen des regelmäßigen, individuellen Versorgungsbedarfs des Pflegebedürftigen ergeben, ist erneut eine Kostenübersicht zu erstellen.</p>
Bremen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Pflegeplanung 3. Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe, einschließlich des Kostenplans 4. Information über weitere Hilfen

¹ In Baden-Württemberg gibt es keinen Leistungskomplex für das Erstgespräch / den Erstbesuch.

<p>Hamburg</p>	<p>17 a. Leistungskomplex 17 a – Erstbesuch</p> <p>Zur Abstimmung, der vom Pflegebedürftigen ausgewählten Leistungskomplexe mit dem Pflegedienst, kann ein Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt werden.</p> <p>Der Erstbesuch beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Pflegeplanung <p>17 b. Leistungskomplex 17 b – Besuch zur Aktualisierung der Pflege bei gravierender nicht nur vorübergehender Veränderung des Pflegezustands</p> <p>Bei gravierender nicht nur vorübergehender Veränderung des Pflegezustands, insbesondere bei Änderung der Pflegestufe kann dieser Leistungskomplex in Ansatz gebracht werden. Dabei ist der Versicherte bezüglich der von ihm gewählten Leistungen zu beraten und ggf. ein geänderter Pflegevertrag abzuschließen.</p> <p>Der Besuch beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überarbeitung der Pflegeanamnese • Aktualisierung/Überarbeitung der Pflegeplanung <p>Nicht neben dem Leistungskomplex 17 a abrechenbar.</p>
<p>Hessen</p>	<p>Eine allgemeine kurze Information des Pflegebedürftigen, die diese/r von verschiedenen Pflegediensten einholt, um sich anschließend für einen von Ihnen zu entscheiden, erfüllt nicht die Bedingungen des Erstgesprächs.</p> <p>Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>Der Begriff „Erstgespräch“ meint eine ausführliche, auf den Einzelfall bezogene Beratung; einschließlich der Ermittlung der voraussichtlichen Kosten (die ermittelten voraussichtlichen Kosten werden Bestandteil des Pflegevertrages sein) incl. Beratung der Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten einzelner Leistungen durch den Pflegedienst, mit dem ein Pflegevertrag tatsächlich zustande kommt. Das Ergebnis des Erstgesprächs ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.</p>
<p>Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Anhang I - Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe</p> <p>Zur Abstimmung der vom Pflegebedürftigen auszuwählenden Leistungskomplexe mit dem Pflegedienst kann ein Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Der Erstbesuch beinhaltet insbesondere:- Anamnese- Pflegeplanung</p>

<p>Niedersachsen</p>	<p>Der Erstbesuch ist abrechenbar, wenn der Pflegedienst erstmalig mit der Pflege nach § 36 SGB XI beauftragt wird; die Vergütung ist als Pauschale für die mit der erstmaligen Pflegeplanung zusammenhängenden Leistungen zu betrachten. Der Aufwand für die fortlaufende Planung des Pflegeprozesses ist in der Vergütung der einzelnen Leistungskomplexe berücksichtigt.</p> <p>Leistungskomplex 1 Erstbesuch</p> <p>Anamnese zur Erhebung des Pflegebedarfs Die Anamnese erfolgt hier im Sinne eines Aufnahmestatus und dient der Ermittlung des Pflegebedarfs unter Berücksichtigung familiärer, sozialer, biographischer, pflegerischer und medizinischer Aspekte sowie Besonderheiten wie z. B. dem Betreuungsgesetz.</p> <p>Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe und der sich daraus ergebenden Kosten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information über weitere Hilfen /Pflegehilfsmittel • Beratung über den Inhalt des Pflegevertrages / Abschluss des Pflegevertrages • Pflegeplanung <p>Die Pflegeplanung erstreckt sich auf die mit dem Pflegebedürftigen vereinbarten Maßnahmen. Sie umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • das Erkennen von Problemen und Ressourcen • das Festlegen der Pflegeziele • das Planen der Maßnahmen • das Anlegen der Dokumentation <p>Als Ergebnis des Erstbesuchs sind die vom Pflegebedürftigen ausgewählten Leistungen mit dem Pflegedienst schriftlich zu vereinbaren.</p> <p>Der Pflegedienst ist verpflichtet, eine Übersicht über die monatlichen Kosten der ausgewählten Leistungen zu erstellen.</p> <p>Der Erstbesuch ist durch eine examinierte Pflegefachkraft durchzuführen.</p>
<p>Nordrhein-Westfalen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Feststellung der Pflegeprobleme 2. Feststellung der Ressourcen des Pflegebedürftigen 3. Planung der Pflegeeinsätze 4. Informationen über weitere Hilfen 5. incl. Hausbesuchspauschale
<p>Rheinland-Pfalz</p>	<p>Der Erstbesuch beinhaltet insbesondere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Pflegeplanung
<p>Saarland</p>	<p>Beinhaltet insbesondere: 1. Anamnese 2. Einleitung der Pflegeplanung</p> <p>Dieser Leistungskomplex umfasst auch die Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe und der sich daraus ergebenden Kosten, die Information über weitere Hilfen, die Beratung über Inhalt und Abschluss eines Pflegevertrages. Der Erstbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn der Pflegedienst erstmalig mit der Betreuung des Pflegebedürftigen beauftragt wird und ist als Pauschale für alle mit der Pflegeplanung zusammenhängenden Leistungen zu betrachten. Beim Erstbesuch ist der regelmäßige individuelle Versorgungsbedarf des Pflegebedürftigen mit dem Pflegedienst schriftlich abzustimmen und zu vereinbaren. Der Pflegedienst ist verpflichtet, eine Kostenübersicht über den festgelegten monatlichen Versorgungsumfang zu erstellen. Sofern sich im Verlauf des Pflegeprozesses Änderungen des regelmäßigen individuellen Versorgungsbedarfs des Pflegebedürftigen ergeben, ist erneut eine Kostenübersicht zu erstellen.</p>
<p>Sachsen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Pflegeplanung 3. Beratung zum Abschluss eines Pflegevertrages

Sachsen-Anhalt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Pflegeplanung 3. Dokumentation 4. Hilfestellung 5. Beratung über Inhalt der Leistungskomplexe 6. Beratung über Inhalt des Pflegevertrages
Schleswig-Holstein	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Abstimmung und Festlegung der konkreten Pflegeplanung (Die Pflegeplanung berücksichtigt, dass die Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität zugleich dem Ziel der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen dienen.) 3. Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe 4. Informationen über weitere Hilfen 5. Beratung über Inhalt und Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages
Thüringen	<p>Beim Erstbesuch ist der regelmäßige individuelle Versorgungsbedarf des Pflegebedürftigen mit dem Pflegedienst schriftlich abzustimmen und zu vereinbaren. Der Pflegedienst ist verpflichtet, eine Kostenübersicht zu erstellen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese (familiär, sozial, biographisch, pflegerisch und medizinisch sowie weitere Besonderheiten, wie z. B. Betreuungsgesetz) 2. Pflegeplanung (umfasst das Erkennen von Problemen und Ressourcen, Festlegen der Pflegeziele, Planen der Maßnahmen, Anlegen der Dokumentation mit Durchführungskontrolle) 3. Beratung bei der Auswahl der Leistungskomplexe und der sich daraus ergebenden Kosten 4. Beratung über Inhalt und Abschluss eines Pflegevertrages

Ergebnisse der Fallbeispiele: Erfassungsprotokoll

Tabelle 1: Vorbereitung Hausbesuch

Vorbereitung	Fall 1		Fall 2		Fall 3		Fall 4	
	Anzahl	Minuten	Anzahl	Minuten	Anzahl	Minuten	Anzahl	Minuten
• Pflegebedürftige, Angehörige	2	25	2	15	1	5	4	25
• Ärzte	1	5						
• Kostenträger								
• Rehaklinik							1	5
Kostenvoranschlag		15		10		15		
Gesamtdauer Vorbereitung		45		25		20		30

Tabelle 2.1: Hausbesuch

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4
Beginn, Uhrzeit	15:50	8:58	15:32	14:18
Anwesende Personen	Pflegebedürftiger, Ehefrau, Pflegekraft	Pflegebedürftige, Ehemann, Pflegekraft	Pflegebedürftige, 2 Söhne, Sozialarbeiterin	Pflegebedürftige, Bruder, Pflegekraft
Häusliche Gegebenheiten	Wohnraum angepasst; Umbau Bad	Wohnraum teilweise angepasst, Rampe Eingang	Normale Wohnung, keine Anpassung	Mehretagig, keine Anpassung, viele Treppen erhöhter Toilettensitz
Pflegebegründende Diagnose	Wirbelbruch	Diverse	Diverse	Schlaganfall
Pflegestufe	2	1	2	Noch kein Bescheid

Tabelle 2.2: Hausbesuch

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4
Durchführung				
• Information SGB XI				
• Beratung Schmerzen				
• Beratung zu Verhinderungspflege				
• Beratung zu Abrechnung				
• Beratung zu Hilfsmittel				
• Information Leistungsspektrum Pflegedienst				
Erfassung von				
• Stammdaten				
• Aktueller Versorgungssituation				
• Pflegebedarf				
• Haushaltshilfe				

Tabelle 2.3: Hausbesuch

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4
• Sonstige Hilfen, Begleitung				
• Behandlungspflege				
• Hilfsmittel				
• Wohnungsanpassung				
• Weiterer Therapiebedarf				
• Medizinischer Status				
• Wundinspektion				
Leistungsvereinbarung				
• Pflege				
• Haushaltshilfe				
• Sonstige Hilfen, Begleitung				
• Behandlungspflege				

Tabelle 2.4: Hausbesuch

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4
Ermittlung von Patienten- / Klientenpräferenzen				
• Waschen				
• Einsatzzeiten				
• Geschlecht Pflegeperson				
Kostenvoranschlag				
• Telefonat				
Gesprächsende, Uhrzeit	17.05	9.14	16:10	14.55
Gesamtdauer (min)	75	19	38	37

Tabelle 3: Nachbereitung, Pflegeplanung

	Fall 1		Fall 2		Fall 3		Fall 4	
Nachbereitung	Anzahl	Minuten	Minuten	Minuten	Minuten	Minuten	Minuten	Minuten
Telefonate Pflegebedürftige, Angehörige								
Telefonate Ärzte	1	10						
Telefonate Kostenträger								
Pflegeanamnese	1				1		1	
Pflegeplanung	1						1	15
Bewilligung Pflegestufe							1	5
Kostenvoranschlag	1		1		1		1	10
Gesamtdauer Nachbereitung		45		15		²		30
Gesamtdauer		165		59		58		97

² Fall 3 stellte einen Wechsel des Pflegedienstes dar. Deshalb werden der Abschluss der Pflegeanamnese und die Pflegeplanung erst nach Aufnahme der Pflege (in diesem Fall nach Abgabe der Expertise) erstellt und es fehlen für die „Nachbereitung“ die Zeitangaben.