

BESA – strategisch betrachtet

Im Verwaltungsrat ist BESA in den Kennzahlen ein wiederkehrendes Thema. BESA Minuten brauchen Personal und sie bringen den nötigen Ertrag, um dieses zu finanzieren. Sie bilden somit das Kerngeschäft eines Pflegeheims ab.

Die strategische Führung eines Pflegeheims – bei uns im Alterszentrum Obere Mühle der Verwaltungsrat – beschäftigt sich an seinen Sitzungen nicht mit der Pflegebedürftigkeit der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner. Diese Aufgabe obliegt dem operativ tätigen Betrieb. Allerdings erscheinen Kennzahlen zu BESA im Reporting, das uns jeweils vorliegt. Da sind monatlich folgende Zahlen ersichtlich:

- Durchschnittliche BESA Minuten pro Bewohner
- Durchschnittlicher BESA Ertrag pro Minute
- Personalkosten pro BESA Minute

In Grafiken sind diese Zahlen monatlich im Vergleich mit jenen des Vorjahrs dargestellt. Es sind eben Daten, die laufend ändern und die zu steuern die Kunst der Pflegedienstleitung ist. Um die Pflege für alle in der individuell verordneten Dauer zu gewährleisten, braucht es täglich die nötigen Personalressourcen.

Pflegeeinstufung als Faktor der Betriebsrechnung

Die Pflegeeinstufung der Bewohnerinnen und Bewohner ist also ein relevanter Faktor in der Betriebsrechnung. Die BESA Minuten geben an, wie lange pro Tag jemand Pflege benötigt. Daraus liess sich – theoretisch – der Personalbedarf ableiten. Dieser ist aber noch von anderen Faktoren abhängig und die Werte variieren von Monat zu Monat und von Jahr zu Jahr, je nachdem wie die Bewohnerschaft zusammengesetzt ist. Das Personal aber ist längerfristig in festen Pensen anzustellen. Je grösser ein Pflegeheim ist, desto besser lassen sich die Schwankungen ausgleichen.

Die Erfindung von BESA zur Klassierung des Pflegebedarfs stammt aus den 90er Jahren. Parallel dazu wurden andere Erfassungsinstrumente wie RAI RUG und Plaisir entwickelt (vgl. Artikel von Michael Hunziker).

Zunahme der Pflegekosten

Als im Jahr 1994 das Krankenversicherungsgesetz KVG in Kraft trat und das Krankenkassenobligatorium mit

ihm, gingen alle davon aus, dass ärztlich verordnete Pflege von den Kassen zu berappen ist. Doch die Pflegekosten stiegen mit der steigenden Lebenserwartung von immer mehr älteren Menschen, die in den letzten Jahren ihres Lebens Pflege benötigen. Die Kassen übernahmen schon bald nicht mehr alle Kosten und setzten sich in Bern für eine Begrenzung ihrer Zahlungspflicht ein.

Pflegefinanzierung

Mit der neuen Pflegefinanzierung von 2011 – der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) – war geplant, die Erfassung und die Abgeltung der Pflege schweizweit zu vereinheitlichen. Insbesondere hatten die Krankenversicherer erreicht, dass sie auch gemäss Gesetz nur einen Beitrag an die Pflegekosten leisten müssen. In Artikel 25a Absatz I des KVG steht Folgendes:

Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit

I Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet **einen Beitrag** an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

Der Bundesrat erliess die Details dazu in der zugehörigen Verordnung, der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV). Insbesondere legte er einen Kostenteiler für die Pflegekosten fest. Pro 20 Minuten Pflege haben die Kassen seither CHF 9 zu bezahlen. Bei 12 Pflegestufen sind dies maximal CHF 108.

BESA, RAI RUG und Plaisir – völlig verschieden aufgebaute Systeme – mussten also in die 12 Stufen angepasst und auf einander abgestimmt werden, was etliche Unstimmigkeiten zu Tage brachte.

Ein weiteres Ziel der KVG-Revision war, dass in der Regel niemand wegen Pflegebedürftigkeit Sozialhilfe benötigen soll. Daher begrenzte der Gesetzgeber auch den Anteil, den die Betroffenen selber berappen müssen auf maximal 20% des höchsten Krankenkassenbeitrags, also CHF 21.60.

Von Anfang an war klar, dass damit die Kosten nicht gedeckt sind. Der Gesetzgeber hatte auch dafür eine Lösung: Die Restkosten trägt die öffentliche Hand. Wie sie dies tun soll, legen die Kantone fest.

Pflege-Normkosten im Aargau

Im Aargau sind laut kantonalem Pflegegesetz die Gemeinden für die ambulante und stationäre Langzeitpflege zuständig. Das heisst, sie tragen seit 2011 die Restkosten. Der Kanton hingegen übernahm den vollen Anteil der öffentlichen Hand an die Spalkosten.

Dabei trifft das Wort «Restkosten» den Sachverhalt nicht, denn es sind bei höherer Pflegebedürftigkeit Beiträge, die in ähnlicher Höhe sind wie jene der Krankenkassen. Die folgende Tabelle zeigt die aktuellen Normkosten, die für alle Heime im Kanton gelten. Sie sind in einem Anhang der Pflegeverordnung und werden jährlich vom Regierungsrat festgelegt:

ten Verhandlungen des Kantons mit der VAKA (Verein Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen).

BESA als Ertragsfaktor

Die BESA Einstufung ist also betriebswirtschaftlich relevant. Es wäre selbstverständlich ertragssteigernd, die Bewohnerinnen und Bewohner möglichst «hoch» einzustufen, damit das Geld entsprechend fliesst.

Hier hat der Gesetzgeber der Willkür deutliche Schranken gesetzt. In der Krankenpflegeleistungsverordnung ist festgelegt, wie diese Einstufung erfolgen soll (s. Beitrag von Claudio Pinetti). Die Krankenkassen überprüfen regelmässig, ob alles seine Ordnung hat.

Kantonale Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen mit dem Angebot Tages- oder Nachtstrukturen

Gültig ab 1. Januar 2019

Pflegebedarfsstufe	Zeitwert (Minuten)	Versicherer gem. Art. 7a Abs. 3 KLV (in Franken)	Bewohner (in Franken)	Restkosten Gemeinde (in Franken)	Preis pro Stufe* (in Franken)	davon MiGeL*** (von Preis pro Stufe) (in Franken)
1-a	bis 20	9.00	1.80	0.00	10.80	0.20
2-b	21-40	18.00	14.30	0.00	32.30	0.60
3-c	41-60	27.00	21.60	5.20	53.80	1.00
4-d	61-80	36.00	21.60	17.70	75.30	1.40
5-e	81-100	45.00	21.60	30.20	96.80	1.80
6-f	101-120	54.00	21.60	42.70	118.30	2.20
7-g	121-140	63.00	21.60	55.20	139.80	2.60
8-h	141-160	72.00	21.60	67.70	161.30	3.00
9-i	161-180	81.00	21.60	80.20	182.80	3.40
10-j	181-200	90.00	21.60	92.70	204.30	3.80
11-k	201-220	99.00	21.60	105.20	225.80	4.20
12-l-a	221-240	108.00	21.60	117.70	247.30	4.60
12-l-b (121) BESA	241-260	108.00	21.60	139.20	268.80	5.00
12-l-b (122) BESA	261-280	108.00	21.60	160.70	290.30	5.40
12-l-b (123) BESA	281-300	108.00	21.60	182.20	311.80	5.80
12-l-b (124) BESA	301-320	108.00	21.60	203.70	333.30	6.20
12-l-b (125) BESA	ab 321	108.00	21.60	nach Aufwand	**	***
12-l-b (126) RAI / RMC	251	108.00	21.60	140.20	269.80	5.02
12-l-b (128) RAI / SE3	301	108.00	21.60	194.00	323.60	6.02

* Stundensatz von Fr. 64.50

** Der Preis pro Stufe ergibt sich aus dem ermittelten Pflegebedarf und dem Stundensatz von Fr. 64.50

*** Der Anteil MiGeL ergibt sich aus dem ermittelten Pflegebedarf und dem Stundensatz von Fr. 1.20

Es gibt Pflegebedürftige, die während mehr als 240 Minuten pro Tag Pflege benötigen. Für diese – seltenen – Fälle gelten die untersten Tarife der Liste. Die Gemeinden müssen in solchen Fällen den «Löwenanteil» bezahlen, da die Beiträge der Kassen ja bei CHF 108 und jene der Pflegebedürftigen bei CHF 21.60 eingefroren sind.

Basis dieser Berechnungen ist ein Stundenansatz von CHF 64.50. Dieser Wert ist ein Kompromiss nach har-

Pflege und Betreuung

Da die Normkosten nicht alle vom (Pflege) Personal erbrachten Leistungen abdecken, mussten alle Heime eine zusätzliche Dienstleistung in Rechnung stellen: die Betreuung. Laut kantonaler Liste sind es «nicht KVG pflichtige Leistungen». Mittlerweile liegen die Betreuungstaxen der Heime im Kanton im Bereich CHF 30 bis 70, teilweise gekoppelt an die Pflegeeinstufung. In unserem Pflegeheim beträgt die Betreuungspauschale für alle CHF 58.

Was aber ist «Betreuung»?

Eine Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz (Carlo Knöpfel u.a.: Gute Betreuung im Alter in der Schweiz, Seismo Verlag 2018) kommt zum Schluss, dass der Begriff sehr vielfältig verwendet wird und nicht klar definiert ist: «Das Recht kennt keine Regulierung der Betreuung. Es beschäftigt sich nur mit der Pflege.»

Die Studie schliesst mit fünf alterspolitischen Forderungen. Forderung Nr. 4 lautet: «Gute Betreuung als Versicherungsleistung». Dabei ist Betreuung etwas, das zu Hause beginnt, zuerst vielleicht von Angehörigen und Freiwilligen, später wird sie dann von professionellen Anbietern, wie Spitex, Hauspflegediensten oder Care-Migratinnen übernommen.

Wenn die Betroffenen im Pflegeheim sind, lautet die Forderung (Zitat): «Wo Betreuung dann Teil der medizinischen Pflege wird, gilt es, das Krankenversicherungsgesetz

zu revidieren und den Pflegebegriff dort ganzheitlich zu umschreiben. In einem dritten Schritt sind dann diese Veränderungen auch in den entsprechenden Gesetzesartikeln und Verordnungen zu den Ergänzungsleistungen abzubilden.»

Ob dieser Forderung sich umsetzen lässt? So oder so: eine umfassende Revision der Pflegefinanzierung mit gleich langen Spiessen für alle Anbieter von Dienstleistungen in Pflege und Betreuung ist nötig.

Ausblick

Der Verwaltungsrat setzt sich dafür ein, dass im Alterszentrum Obere Mühle alle Leistungen transparent und fair erfasst und abgegolten werden. Dies ist im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner, der Mitarbeitenden und der verschiedenen Kostenträger.

Heidi Berner, Präsidentin

Täglich von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr geöffnet



Wo Kulinarik und Kultur aufeinander treffen

Ob zum Mittagessen, für die Pause zwischendurch oder für die Organisation von Anlässen aller Art - wir sind Ihr kompetenter Partner. Lassen Sie sich von uns verwöhnen.

Mittagsmenüs ab Fr. 16.00

Täglich haben Sie die Wahl zwischen zwei Mittagsmenüs, einem Wochenhit und einem Vegi-Hit, jeweils mit Suppe oder Salat.

à-la-carte-Angebote

Mit saisonal wechselnden Gerichten, kalten und warmen Speisen.

Kaffee und Desserts

Coupes, Glacé, Eis-Kaffee, Meringues, Hausgemachte Desserts und Backwaren

Restaurant, Saal und Gartenwirtschaft

bietet sich für Geburtstagsfeiern, Bankettanlässe für Vereine, Firmen oder Familien auch ausserhalb der ordentlichen Öffnungszeiten an. Das ausgezeichnete Küchenteam ist sehr flexibel und erfüllt Ihnen nahezu alle Wünsche, damit Sie und Ihre Gäste begeistert sind.

Apéro, Bankette und Catering

Wir beraten Sie gerne • katrin.gygax@obere-muehle.ch
Mülikafi • Mühleweg 10 • 5600 Lenzburg • 062 885 33 50



Vom Milchbüechli zu BESA

Die Anfänge

Genau vor 35 Jahren nahm ich erstmals an einer Heimleiter-Sitzung teil. Als junger stellvertretender Pflegedienstleiter; noch nicht ganz trocken hinter den Ohren. Die Traktandenliste war voll. Eines der regelmässig wiederkehrenden Traktanden bestand in der Überprüfung des Pflegebedarfs mit den daraus folgenden Konsequenzen für die Rechnungsstellung.

Nachdem die Anliegen der Küche, des Hausdienstes und des Hausabwartes ihre Würdigung erhalten hatten und auch die Buchhaltung sich zu Wort gemeldet hatte, lag es an meinem damaligen Chef und mir, zu jedem Bewohner und zu jeder Bewohnerin ausführlich Stellung zu nehmen. Wir legten dar, wer sich nach wie vor in einem stabilen Zustand befand, wem es schlechter oder noch schlechter ging. Natürlich gab es damals schon Bewohnerinnen und Bewohner, deren gesundheitliche Befindlichkeit sich trotz oder gerade wegen des stationären Aufenthaltes deutlich verbesserte.

Im Sitzungsverlauf nahm dieses Traktandum regelmässig den grössten Zeitraum ein. Die Anwesenheit des gesamten oberen Führungskaders empfand ich damals nicht so sehr als störend. Die Leute konnten alle mit ihrer Verantwortung umgehen. Schwer zu akzeptieren war allerdings, dass der Heimleiter – den ich ansonsten in bester Erinnerung habe – die Informationen des Pflegedienstleiters in sein *Milchbüechli* eintrug und aufgrund seiner eigenen Skalierung der Buchhalterin die Anweisung gab, wer jetzt bei der nächsten Rechnungsstellung mehr, weniger oder gleich viel zu bezahlen hatte. Ich hatte in der ersten und auch in den Folgesitzungen immer deutlicher den Eindruck, dass es weder meinem direkten Vorgesetzten noch dem Heimleiter so recht wohl war mit diesem Prozedere.

Bei der Darstellung der Pflegekosten schien mir manchmal, dass «weiche» Faktoren für die Höhe mindestens genauso wichtig waren, wie belegbare Fakten. Konflikte mit Angehörigen waren auch damals eine grosse Herausforderung und aus heutiger Sicht muss ich selbstkritisch feststellen, dass wohl da und dort in der Heimlandschaft die eine und andere Rechnungsstellung einer objektiven Überprüfung nach heutigen Massstäben nicht Stand gehalten hätte. Kolportiert wurde beispielsweise die Geschichte, dass der Tochter einer Bewohnerin in einem

nicht genannten Heim eine exorbitant hohe Rechnung lediglich mit der Anmerkung zugestellt wurde: «Wir erlauben uns, den gestiegenen Pflegeaufwand für Ihre Frau Mutter mit folgendem Betrag in Rechnung zu stellen ...»

Versuche und Irrtümer

Ende der 80iger Jahre des vergangenen Jahrhunderts hörten wir in der Szene dann erstmals von standardisierten Systemen, welche eine verlässliche, nachvollziehbare und neutrale Bestimmung des *Pflegeaufwandes* beim einzelnen Bewohner ermöglichen sollte. (Kleine Nebenbemerkung: Kein Mensch, der etwas davon verstand, wäre damals auf die Idee gekommen, *Pflege* und *Betreuung* zu unterscheiden.)

Im Rückblick stelle ich fest, dass ich direkter Zeuge sein durfte an einer bahnbrechenden Entwicklung in der Langzeitpflege. Ich stehe heute noch dazu. **Gute Messinstrumente, richtig angewendet sind die einzige brauchbare Grundlage, um dem Bewohner bei der Berechnung des Pflegeaufwandes gerecht zu werden!**

Damals aber entstand in unseren Fachkreisen erheblich viel Unsicherheit und man/frau fragte sich, was das Ganze soll. Die ketzerische Frage eines älteren Berufskollegen ist mir bis heute hängen geblieben, weil sie exemplarisch war. Während einer Schulung schleuderte er der Dozentin den Satz entgegen: «Ich bin nicht Krankenpfleger geworden, um irgendwelchen Schreibgummis, ständig Rechenschaft ablegen zu müssen, über das, was ich mit meinen Patienten tue!» Sie antwortete ihm ruhig: «Doch; das sind Sie! Wir alle sind immer irgendjemandem zur Rechenschaft verpflichtet; wir stehen immer in der Verantwortung.»

Letzteres waren wir uns alle – die zu der Zeit in der Langzeitpflege tätig waren – nicht immer bewusst, wenn es um den Einsatz von Ressourcen in der Pflege ging. Es brauchte geraume Zeit, bis da ein Umdenken einsetzte. Dieser Prozess ist in manchen Häusern und bei uns selber bis heute ein Dauerthema. Und wir wissen, dass in besagten 35 Jahren sich nicht alles so entwickelt hat, wie das vorauszusehen war und erhofft wurde.

Die Väter und Mütter von BESA – und anderen Systemen für die Ermittlung des Pflegebedarfs – hatten sich zum Ziel gesetzt, Werkzeuge zu entwickeln, die nicht

nur praxistauglich sind, sondern auch von ihrer Philosophie her in den Langzeitinstitutionen akzeptiert werden. Der erste gravierende Fehler (heute nahezu ausgemerzt, aber immer noch in aller Leute Munde) bestand damals darin, dass das Erhebungsinstrument sich dann bezahlt machte, wenn möglichst viele Pflegeverrichtungen von den Pflegenden selber erbracht wurden. Bestraft wurden die Pflegenden bzw. Institutionen, welche Wert auf eine möglichst grosse Selbständigkeit des Bewohners legten.

Wer bei einem – aufgrund eines Schlaganfalls halbseitig gelähmten Bewohner – von Kopf bis Fuss die Körperpflege, die Behandlungspflege, die Ernährung und die Transfers vollständig übernahm, konnte finanziell grossen Aufwand geltend machen. Den deutlich grösseren, als wenn sich die Pflegenden mit viel Zeit und Geduld darum bemühten, dem Bewohner Selbständigkeit bzw. Lebensqualität zu erhalten oder gar zurückzugeben. **Betriebswirtschaftlich wurde belohnt, wer dem Bewohner die Schuhe band. Wer den Bewohner dazu motivierte und trainierte, das selber zu tun, wurde bestraft!**

Es dauerte einige Jahre, bis die Erfassungsinstrumente so angepasst wurden, dass die «Hilfe zur Selbsthilfe» wenigstens im Ansatz den Stellenwert erhielt, der ihr zusteht. Sofern man/frau dann tatsächlich gewillt ist, den Bewohner und seine Individualität ins Zentrum der Bemühungen zu stellen. Keine Freude an diesen Korrekturen hatten (wie immer) die Krankenversicherer.

... und dann das neue Krankenversicherungsgesetz

Die fetten Jahre der Hochkonjunktur führten unter anderem dazu, dass der Solidaritätsgedanke in unserem ausgeklügelten Versicherungssystem zunehmend in Frage gestellt wurde. Einer stärker wachsenden Gruppierung leuchtete auch in Sachen Gesundheitsversorgung immer weniger ein, dass eine Versicherung darauf basiert, dass alle zahlen und somit der Einzelne im Schadenfall insofern profitieren kann, dass er mit einer Krankheit nicht noch in seiner finanziellen Existenz bedroht ist.

Das unter Bundesrat Koller ausgearbeitete KVG, wurde von Bundesrätin Dreyfuss im Abstimmungskampf vertreten und in Kraft gesetzt. Die Mehrheit der Stimmbürger war vor allem von einem verlockenden Argument

angetan; der Aussicht, nur noch das zu bezahlen, was man selber an Kosten verursacht. So nach dem Motto: Krank werden sowieso nur die andern.

Das (inzwischen nicht mehr so ganz) neue KVG ist für die Menschen in diesem Land in erster Linie ein Thema, weil sie die stetig steigenden Krankenkassenprämien damit in Verbindung bringen.

In dieser Gesetzessammlung befanden sich von Anfang an aber auch Teile, die für die Entwicklung unseres Gesundheitswesens bzw. der Qualität in der Pflege von entscheidender Bedeutung waren und heute noch sind. Und davon profitieren grundsätzlich die Menschen in diesem Land, ob jung oder alt.

Es ist das KVG und die dazugehörigen Verordnungen, welche zur Folge hatten,

- dass Pflegequalität grundsätzlich betrachtet, diskutiert und weiterentwickelt wurde
- dass der Wille und die Rechte des Patienten bzw. des Bewohners definiert wurden
- dass die wirtschaftliche Seite von Pflege enttabuisiert wurde.

Dem gegenüber zu stellen ist das Versprechen, dass Pflege auf jeden Fall von den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand bezahlt wird. Dies wurde bekanntlich nie im Sinne des Gesetzes – so wie es die Mehrheit der Stimmbürger verstand – eingehalten; bis heute nicht (siehe auch Editorial).

Die Bestrebungen, BESA stetig zu verbessern und praxistauglich zu machen, erhielten einen weiteren Klotz ans Bein. Der Wille der Politik wurde immer stärker, das KVG so zu revidieren, dass es für die Krankenversicherer im Ganzen kostenneutral war. Das Departement Couchepin – Pascal Couchepin stand bekanntlich den Krankenkassenverbänden immer sehr nahe – kam auf eine gloriose Idee. Trotz vehementem Protest und geschlossenem Widerstand der Pflegefachwelt erfand die Politik in trauter Zweisamkeit mit den Krankenversicherern im Rahmen der KVG-Revision von 2011 einen Unterschied zwischen Pflege und Betreuung. (Nun, Proteste aus der Langzeitpflege und der Heimleiterszene müssen in diesem Land nicht sehr ernst genommen werden. Es handelt sich ja nicht um die Ärzteschaft!)

So wurden in der Folge die Krankenversicherer elegant aus ihrer Gesetzespflicht entlassen, denn zum Zahlen waren sie per Gesetz ja nur für die Pflege verpflichtet; nicht für die Betreuung. Die Beteiligung an den *Pflegekosten* wurden für die Patienten bzw. Heimbewohner und die Krankenversicherer «eingefroren». Und darüber, was jetzt genau der Unterschied zwischen Pflege und Betreuung ist, wird immer noch diskutiert und die Argumente der Erfinder dieses «Buebe- und Meitlitricks» sind bis heute nicht besser geworden. Am Bett ist die Arbeit für das Pflegepersonal übrigens die selbe geblieben!

Phönix aus der Asche

Schon oft wurde BESA tot gesagt! Es ist immer noch da. Das System ist erwachsen geworden und nun gereift. Es hatte zwar eine schwierige Kindheit und Jugendzeit. Man/frau hat es ihm nicht leicht gemacht.

Da und dort wird auch nach mehr als zwanzig Jahren immer noch die Kritik laut, jede Darreichung und jedes gute Wort werde verrechnet. Das stimmt heute so nicht und das gilt auch für die Vergangenheit!

Sachlich kann ich entgegenhalten, dass BESA nicht Einzelleistungen verrechnet, sondern «Leistungspakete». Der Morgengruss würde sich also gar nicht erheben lassen. Manchmal kann ich mir dann auch die Nebenbemerkung nicht verkneifen, dass das ja eigentlich nur die konsequente Umsetzung eines Gesetzes bedeute, welches vom Volk angenommen wurde.

Es war nicht zufällig, dass gerade BESA immer wieder mit dieser grundsätzlichen Kritik in Verbindung gebracht wurde. Andere Systeme wurden zeitweise medial so in Szene gesetzt, dass Heimleiter ein Imageproblem bekamen, wenn sie beharrlich an BESA festhielten. Heute wissen wir, dass hier das typisch schweizerische Verständnis von Lobbying eine grosse Rolle spielte. Immerhin ging und geht es um sehr viel Geld, wenn Institutionen sich für eines der auf dem Markt befindlichen Systeme entscheiden. Und Anbieter, denen es gelingt, die Kantonsbehörden von ihrem Produkt restlos zu überzeugen, haben eine langfristig gesicherte Auftragslage.

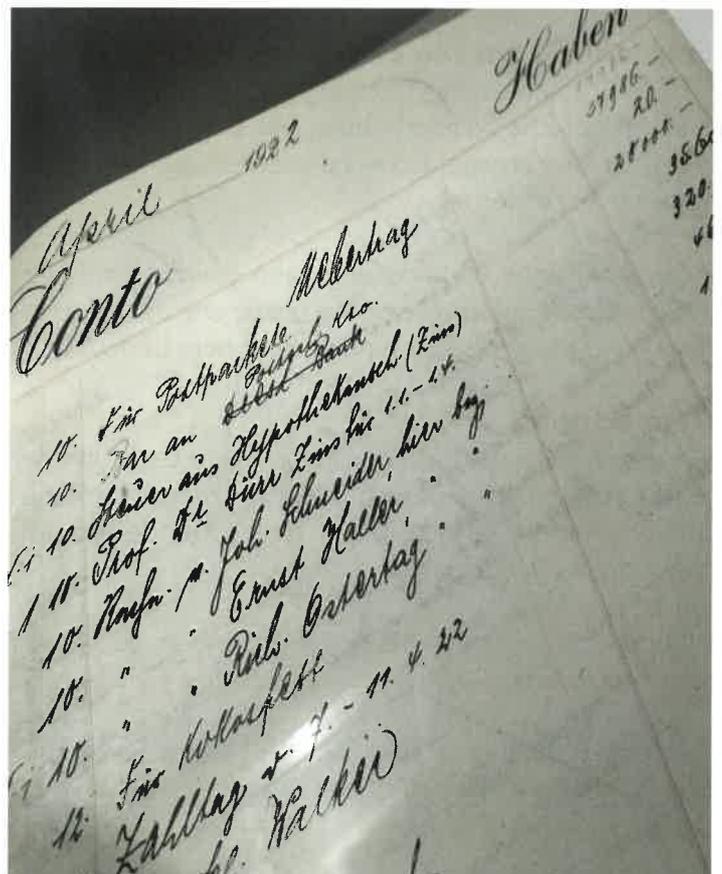
BESA war und ist aber dort stark, wo es die wichtigste Forderung aus dem KVG systemimmanent umsetzt,

seit Anbeginn! Die Anwendung von BESA erfordert von der Bedarfserhebung über die Pflegeplanung bis zur Leistungserfassung zwingend den Einbezug des Bewohners und der von ihm bestimmten Vertrauenspersonen. Ignoriert man das, funktioniert das Werkzeug gar nicht.

Diese Gewissheit, in Verbindung mit der stetigen Schulung der Pflegefachleute sorgt für eine grosse Akzeptanz auf Seiten unserer Bewohner bzw. ihren Vertrauenspersonen. Das ist uns sehr viel wert. Regelmässige Überprüfungen durch die Krankenkassen bedeuten für uns seit vielen Jahren keinen unnötigen Stress mehr: Fehler gibt es immer; machen wir sie, korrigieren wir sie.

BESA ist für das Alterszentrum Obere Mühle, Lenzburg seit vielen Jahren das Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs. Wir sehen zur Zeit keine relevanten Alternativen.

Michael Hunziker, Redaktion



BESA

von A wie Assessment bis Z wie Zeitplanung

Im nachfolgenden Bericht möchte ich Ihnen aufzeigen, was es an administrativen Schritten, Gesprächen und Beobachtungen braucht, vom Eintritt eines neuen Bewohners bis zum Zeitpunkt, indem die BESA Erhebung abgeschlossen ist.

Noch bevor der Bewohner physisch im Alterszentrum eingetreten ist, werden seine Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse usw.) im Domis Heimprogramm aufgenommen. Danach gelangen diese Daten via Schnittstelle ins BESA Programm.

Ab der ersten Minute, in der die/der Bewohnerin/ Bewohner auf der Pflegeabteilung eintritt, beginnen die Pflegepersonen mit ihren Beobachtungen, Fragen und Pflegemassnahmen. All das muss sofort auch schriftlich in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

Beispielsweise werden die benötigten Medikamente oder die schon bestehenden Verordnungen: wie tägliches Blutdruck messen oder Beine einbinden, eingetragen. Das ist von Wichtigkeit, damit die Folgedienste, wie der Spätdienst oder die Nachtwache, erste wichtige Informationen zu Verfügung haben. Sie werden auch später für die BESA Erhebung benötigt.

Folgende Arten von Erhebungen gibt es:

- EE Eintrittserhebung, beim Eintritt
- FE ordentliche Folgerhebung, alle 6 Monate
- a.o. FE ausserordentliche Folgerhebung, bei signifikanter Veränderung

Eine signifikante Veränderung kann sowohl eine Verschlechterung, als auch eine Verbesserung des Gesundheits- und Pflegebedarfs eines Bewohners bedeuten.

Beobachtung

Für die Klärung des individuellen Pflegebedarfs und der Ausführung einer effektiven Pflege, müssen Informationen gesammelt werden. BESA stellt folgende drei Instrumente zu Verfügung:

Bewohnerbefragung = BB, Angehörigenbefragung = AB und Beobachtung = BEO

Alle drei Instrumente sind nach 16 Pflegeschwerpunkten strukturiert. (Siehe Anhang I).

Das Ziel von BB/AB/BEO ist eine fundierte Informationssammlung, welche die Grundlage der weiteren Pflegeprozessschritte (Analyse/Zielsetzung/Pflegeplan) bildet.

Im Unterschied zu den Befragungen (BB/AB), in denen die subjektive Einschätzung des Bewohners/ der Bewohnerin und der Angehörigen festgehalten wird, ermittelt das Instrument Beobachtung eine möglichst objektive Einschätzung von vorhandenen Ressourcen.

Die subjektive Einschätzung ist eine individuelle Betrachtung, in die persönliche Gefühle und Erfahrungen zu einer Situation oder einem Phänomen einfließen.

Die objektive Einschätzung ist eine sachliche Betrachtung, die neutral, wertfrei und ohne Interpretation erfolgt.

Wer beobachtet?

Die Beobachtung wird durch befähigte Pflege- und Betreuungspersonen vorgenommen, die Einblick in den Alltag des Bewohners/ der Bewohnerin haben.

Was wird beobachtet?

Die Beobachtung beschränkt sich auf Phänomene, die den 16 Pflegeschwerpunkten zugeordnet werden können.

- Welche Ressourcen sind sichtbar?
- Welche Schwierigkeiten sind erkennbar?
- Welches Verhalten ist beobachtbar?
- Wo ist Mithilfe sichtbar?
- Werden Wünsche oder Bedürfnisse geäussert?

Die Beobachtungsphase dauert in der Regel 7 Tage à 24 Stunden. Damit können wir Regelmässigkeiten und Zusammenhänge von Phänomenen erkennen. Die Beobachtungsphase kann je nach Situation auch über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Ablauf der Beobachtung:

Die verantwortliche Pflegefachperson plant die Beobachtungsphase und macht diese für das Pflege- und Betreuungsteam sichtbar, indem sie beim Pflegerapport dies den anderen Pflegenden mitteilt. Sie kann die Beobachtung der einzelnen Pflegeschwerpunkte zeitlich

aufteilen und an weitere Pflegepersonen im Team delegieren. Während der Beobachtungsphase werden Phänomene bewusst unvoreingenommen beobachtet und ohne Interpretation in der Pflegedokumentation und im Pflegebericht festgehalten.

Die Erfassung der gesammelten und dokumentierten Informationen erfolgt direkt im BESA System durch geschulte Pflegepersonen.

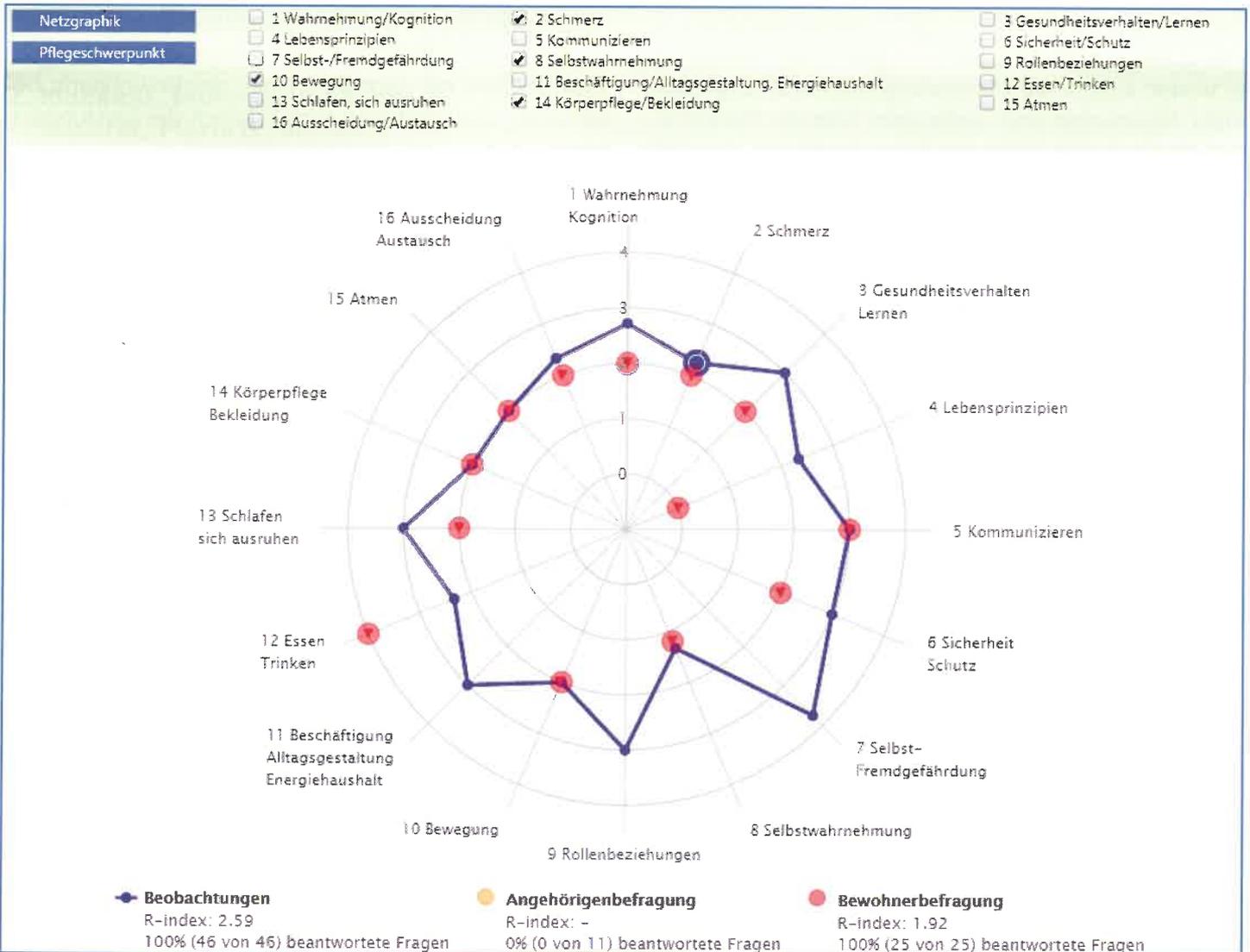
Quantitative Beobachtungen

Für die quantitative Präzisierung gilt das folgende 5er skalierte Ampelsystem

- maximal intakte Ressource ($\geq 95\%$) = immer
- Wert zwischen Mittelwert und Maximum ($<95\%$ und $\geq 65\%$) = eher häufig
- Mittelwert ($<65\%$ und $\geq 35\%$) = teilweise
- Wert zwischen Mittelwert und Minimum ($<35\%$ und $\geq 5\%$) = eher wenig
- minimale Ressource ($< 5\%$) = nicht

Je aussagekräftiger das beobachtete Phänomen beschrieben wird, um so fundierter ist die Datengrundlage für den nächsten Prozessschritt (Analyse). Können Fragestellungen zu bestimmten Phänomenen nicht beantwortet werden, nutzt man das Feld «kann nicht beurteilt werden», um Interpretationen zu vermeiden.

Analyse der Pflegeschwerpunkte



Die Analyse

BESA Ressourcen unterstützt entlang des Pflegeprozesses das Finden der relevanten Pflegeschwerpunkte und der passenden Pflegediagnosen, sowie der damit verbundenen Ziele, welche die Grundlage für die anschließende Planung der Pflegemassnahmen ist.

Der folgende Ablauf zeigt, wie dieser Prozess technisch umgesetzt werden kann.

Als erstes erscheint die graphische Darstellung des Ressourcenprofils/Netzgrafik mit der Ressourcenausprägung pro Pflegeschwerpunkt.

Hier findet die erste Eingrenzung der möglichen Pflegeschwerpunkte statt. «Was möchte ich mir im Detail anschauen, wo sind wenige, wo hat es viele Ressourcen?»

Der äussere Kreis kennzeichnet maximale Ressourcen. Je weiter aussen die Markierungen gesetzt sind, umso mehr Ressourcen sind vorhanden. Sind die Markierungen also auf dem innersten Kreis, bedeutet dies, dass

der Bewohner in den entsprechenden Pflegeschwerpunkten nur wenige Ressourcen hat.

In Blau sind die Resultate aus der Beobachtung dargestellt, rote Punkte kommen aus der Bewohner und gelbe Punkte aus der Angehörigen Beobachtung. Zusätzlich zu den gesammelten Informationen sind am Ende jedes Pflegeschwerpunktes die passenden, in der Langzeitpflege häufigsten Pflegediagnosen aufgeführt. Im Moment arbeiten wir im Alterszentrum noch nicht mit den Pflegediagnosen.

Am Beispiel Pflegeschwerpunkt Schmerz akut, wird jetzt ein geeignetes und vor allem realistisches Ziel gesetzt. Beispielsweise «Bewohner kann sich möglichst schmerzfrei und sicher bewegen».

Wichtig bei Zielen ist, dass diese klar beschrieben, verständlich, erreichbar und überprüfbar sind. Wenn das Ziel/die Ziele mit dem Bewohner, der Bewohnerin besprochen sind, geht man zum Erfassen des Leistungskatalogs über.

Meier Hans-Rudolf – LK2010 Von 12.05.2016

Leistungskatalog (LK2010)

1.2.2 Pflegeleistungen im Bereich Affektregulierung und Impulskontrolle

Hinweise zur Abgrenzung
-keine

Regulierung individuelles Verhalten und Empfinden / Fürsorge nein, keine Leistung
 ja

Beistand (verbal/nonverbal) in aufwühlenden Situationen und/oder bei impulsivem Verhalten und/oder aufgrund von Krisensituationen ⓘ
z. B. durch trostspendende oder zielgerichtete Massnahmen in Trauerphasen, bei depressiven Verstimmungen oder Depressionen, durch Reduktion erkannter Stressfaktoren, durch Vermeidung von Reizüberflutung

Häufigkeit im Normbereich : 2- 4 Mal/Tag Unterdurchschnittliche Häufigkeit

Anwesenheit der Pflegemitarbeitenden > 70% (grösser 70%)

Information und Beratung zu Erkenntnis/Einsicht bezüglich eigener Ressourcen und Strategien ⓘ

Häufigkeit im Normbereich : 2- 4 Mal/Tag > 70% (grösser 70%)

Anwesenheit der Pflegemitarbeitenden > 70% (grösser 70%)

Verändern der Örtlichkeit oder Bewegung zur Entlastung (Katalysatorfunktion) ⓘ

Häufigkeit im Normbereich : 1- 3 Mal/Tag > 70% (grösser 70%)

Anwesenheit der Pflegemitarbeitenden > 70% (grösser 70%)

Planen einer gezielten und individuellen Tagesstruktur bzw. Tagesgestaltung ⓘ

Häufigkeit im Normbereich : 1- 3 Mal/Tag > 70% (grösser 70%)

Anwesenheit der Pflegemitarbeitenden > 70% (grösser 70%)

Vermeidung von Selbstgefährdung inklusive Isolieren zur Entlastung ⓘ

Der Leistungskatalog

Die Leistungen sind **10 Massnahmenpaketen** zugeordnet und in 5 thematische Pflegethemen eingeteilt. Diese 5 Pflegethemen werden in Zeiteinheiten ausgewiesen.

Um in einem bestimmten Massnahmenpaket eine Leistung zu erfassen, wird zuerst die Häufigkeit der Leistung notiert und ob die Pflegemitarbeitenden anwesend waren. Der dritte Faktor ist die Mitwirkung der Bewohnerin oder des Bewohners. Auch hier haben wir mehrere Möglichkeiten: Von «Bewohner beeinflusst die Pflegedurchführung nicht/kaum», bis «Bewohner erschwert die Pflegedurchführung stark».

1. Psychogeriatrische Leistungen

- Gedächtnis und Orientierung
- Affektregulierung und Impulskontrolle
- Sozialverhalten und Integration

2. Mobilität, Motorik und Sensorik

- Mobilität, Motorik, Sensorik

3. Körperpflege

- Kompensation der Selbstpflegefähigkeit des Körpers
- Kontinenz und Kompensation der Inkontinenz

4. Essen und Trinken

- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

5. Medizinische Pflege

- Medikation und Schmerzmanagement
- Wund- und Hautversorgung
- Atmung und Sauerstoffversorgung

Bedarfsmeldeformular

Im Moment, wenn das Ausfüllen des Leistungskataloges abgeschlossen ist, hat das BESA System die Pflegestufe (0 bis 12) und das Bedarfsmeldeformular des Bewohners zur Verfügung. Dieses wird, nachdem es von uns und dem Hausarzt unterschrieben wurde, den Krankenkassen zugeschickt.

Der ganze Prozess vom Eintritt bis zum Zeitpunkt, indem uns das Bedarfsmeldeformular zu Verfügung steht, dauert rund 6 bis 8 Wochen.

Anhang I: 16 Pflegeschwerpunkte nach M. Gordon

1. Wahrnehmung / Kognition
2. Schmerz
3. Gesundheitsverhalten / Lernen
4. Lebensprinzipien
5. Kommunizieren
6. Sicherheit / Schutz
7. Selbst- / Fremdgefährdung
8. Selbstwahrnehmung
9. Rollenbeziehung
10. Bewegung
11. Beschäftigung / Alltagsgestaltung
12. Essen / Trinken
13. Schlafen, sich ausruhen
14. Körperpflege / Bekleiden
15. Atmen
16. Ausscheidung / Austausch

*Claudio Pinetti,
Bereichsleitung Pflege/Stv. Zentrumsleiter*



BESA – das Instrument für die Erfassung und Abrechnung der krankenkassenpflichtigen Pflegeleistungen im Alterszentrum Obere Mühle

Was ist BESA, wozu dient es, welche Leistungen werden damit erfasst, was bedeutet das für uns? Fragen solcher Art werden im Alterszentrum Obere Mühle in der letzten Zeit vermehrt von Angehörigen unserer Bewohner/innen gestellt. Um Klarheit darüber zu verschaffen und um mehr über das Unternehmen zu erfahren, haben wir Beat Stübi, den Geschäftsführer von BESA Care interviewt.

Herr Stübi, was bedeutet die Abkürzung BESA und was ist der Gegenstand dieses Instruments?

BESA steht für «Bewohner/innen Erfassungs- und Abrechnungssystem». Das BESA System ist das älteste von den in der Schweiz insgesamt drei zugelassenen Instrumenten zur Abrechnung von krankenkassenpflichtigen Leistungen bei pflegebedürftigen Menschen in Altersinstitutionen. Damit diese Leistungen transparent ausgewiesen und anschliessend von den Krankenkassensicherern übernommen werden, wird gesetzlich in jedem Schweizer Alterszentrum ein solches System vorausgesetzt. Aktuell wird das BESA System in rund 750 Institutionen in der Schweiz und Österreich eingesetzt.

Welche Leistungen werden im BESA erfasst? Würden Sie das etwas detaillierter erklären?

BESA fokussiert sich ausschliesslich auf krankenkassenpflichtige Leistungen, die im systemintegrierten Leistungskatalog 2010 erfasst werden und zu fünf Themenbereichen gehören:

- *Psychogeriatrische Leistungen* (z.B. Hilfe bei der Orientierung, Beistand in schwierigen Lebenssituationen oder Unterstützung im sozialen Kontakt)
- *Mobilität, Motorik und Sensorik* (Leistungen zum Erhalt, dem Wiedererlangen oder dem Kompensieren von Mobilität, Motorik und Sensorik – alles, was zur Beweglichkeit und zur Sinnesempfindung gehört)
- *Körperpflege* (z.B. Duschen, Waschen, Hautkontrolle, Nagelpflege und Anziehen, so wie Unterstützung im Bereich der Ausscheidung)
- *Essen und Trinken* (alle Leistungen und Tätigkeiten rund um die Ernährung, so etwa Unterstützung beim Essen und Trinken, Essensvorbereitung oder Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme)

- *Medizinische Pflege* (präventive, diagnostische und therapeutische Massnahmen, z.B. Wundversorgung, Schmerzbekämpfung oder Medikamentenmanagement, so wie die Unterstützung bei Atemproblemen)

Weitere Leistungen wie Hotellerie-, Verpflegungs- sowie Betreuungsleistungen werden von den Institutionen direkt den Bewohnern/innen in Rechnung gestellt und somit werden diese im BESA System nicht erfasst.

Was passiert nach der Leistungserfassung?

Sobald die Pflegeleistungen im BESA System von den Fachpersonen in den Institutionen erfasst sind, rechnet der im System hinterlegte Algorithmus eine Pflegezeitpauschale auf der Grundlage der durchschnittlichen Pflegeminuten und Häufigkeit der Leistungen aus. Dieser Zeitwert ist für die Bestimmung der Pflegebedarfsstufe der einzelnen Bewohner/innen entscheidend. Es gibt insgesamt 12 Pflegebedarfsstufen, jede von diesen Stufen steht für eine Zeiteinheit/einen Pflegeaufwand von 20 Min. pro Tag.

Die Krankenkassensicherer übernehmen einen fixen, gesetzlich vorgegebenen Betrag pro Pflegestufe, der seit dem Jahr 2014 auf nationaler Ebene festgelegt ist. Die Bewohner/innen müssen sich an den Pflegekosten ebenso beteiligen, allerdings mit einem Betrag von max. CHF 21.60 pro Tag (in Abhängigkeit von der Pflegebedarfsstufe). Weitere Pflegekosten, die über den eigenen Betrag und demjenigen der Krankenkasse hinausgehen, werden von der öffentlichen Hand (Gemeinden oder Kanton) geregelt und getragen.

Sie reden die ganze Zeit von einem System. Das weist auf etwas Komplexes und Umfassendes hin ...

Die Leistungserfassung bzw. -abrechnung wird im BESA mit dem Produkt BESA Leistungen abgedeckt und ist sozusagen die Kernkompetenz von BESA. Unser System beinhaltet jedoch drei weitere Produkte, die je nach Bedürfnissen zusätzlich integriert werden können. Mit dem Produkt BESA Ressourcen wird eine systematische Klärung des Pflegebedarfs eines Bewohners gewährleistet, unsere elektronische Pflegedokumentation BESA-

doc dient der professionellen Pflegeplanung und BESA Qualität ermöglicht die Evaluation der Pflegequalität in den Alters- und Pflegeinstitutionen.

Sie erwähnten zu Beginn, es gäbe zwei weitere Softwareanbieter in der Schweiz für die Leistungserfassung und -abrechnung. Welche Vorteile hat das BESA System den anderen Anbietern gegenüber?

Ich knüpfe hier gerne an Ihre vorherige Frage: Die Tatsache, dass wir eine komplette Lösung entlang des gesam-

ten Pflegeprozesses anbieten können, wird von unseren Kunden sehr geschätzt. Denn alles aus einer Hand zu haben, unterstützt spürbar die geforderte Effizienz und Ressourcenersparnis in den Institutionen.

Ausserdem haben wir in den letzten drei Jahren die Unternehmensbereiche Support und Schulungen weiterentwickelt und stehen im Vergleich zur Konkurrenz sehr gut da.

Beat Stübi, Geschäftsführer BESA Care

