

Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege

Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege

Nationale und internationale
Forschungsergebnisse

Dr. Günter Roth
Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie an
der Universität Dortmund

Band 226
Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
2001

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

ISBN X-XX-XXXXX-X

Einleitung

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist es zu einer deutlichen Ausweitung von Angeboten professioneller ambulanter Pflege vorwiegend für ältere Menschen gekommen. Zugleich wird – auch in der Öffentlichkeit – zunehmend die Frage der Qualität der Pflege in diesem Bereich gestellt.

Bislang gab es in Deutschland keine systematisierten Informationen darüber, welche Mängel bei der professionellen ambulanten Betreuung vor allem älterer pflegebedürftiger Menschen auftreten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) in Dortmund daher eine Untersuchung zur Qualität in der ambulanten Pflege durchgeführt. Der Forschungsbericht liefert erstmals empirische Informationen zum Stand der Pflegequalität im ambulanten Bereich.

Die Daten über Mängel in der professionellen ambulanten Pflege wurden vor allem durch Befragungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, also Fachleuten der sozialen Praxis, wie z.B. Vertreterinnen und Vertretern der Pflegekassen, MDK, Beratungsstellen für Angehörige und von Selbsthilfegruppen sowie Beschäftigten in der ambulanten Pflege erhoben. Die Studie widmet sich auch den Ursachen für die Mängel. Innerhalb der Erhebungen differenziert die Studie unter anderem zwischen der Größe der Einrichtungen und der Trägerschaft und beleuchtet die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland. Darüber hinaus werden die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung dargestellt, verbunden mit einem Überblick über die Regelungen in anderen Ländern sowie Anregungen zur Weiterentwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen.

Die Ergebnisse bilden eine wichtige Grundlage für Überlegungen, wie die Qualitätssicherung bei ambulanten Diensten weiterentwickelt werden kann.

1 Einführung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Methodik.....	6
1.2.1 Literaturanalyse.....	6
1.2.2 Auswahl von Untersuchungsregionen	9
1.2.3 Experteninterviews.....	10
1.2.4 Befragung von Beschäftigten	13
2 Stand der Literatur	19
2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	19
2.1.1 Veränderungen durch die Pflegeversicherung	19
2.1.1.1 Ordnungspolitische Grundsatzregelungen.....	19
2.1.1.2 Regelungen zur Kostenbegrenzung	22
2.1.2 Regelungen zur Qualitätssicherung in Deutschland	30
2.1.3 Internationale Ansätze	39
2.2 Konzepte der Qualitätssicherung.....	50
2.3 Empirische Befunde	57
2.3.1 Bedarf und häusliche Pflegearrangements.....	57
2.3.1.1 Grundlegende Daten	58
2.3.1.2 Hintergründe häuslicher Pflegearrangements	63
2.3.1.3 Belastung informeller Pflegekräfte.....	66
2.3.1.4 Tendenzen der Veränderung.....	69
2.3.2 Messung der Pflegequalität.....	72
2.3.2.1 Internationale Befunde.....	72
2.3.2.1.1 Stationärer Sektor.....	72
2.3.2.1.2 Ambulante und sonstige Pflegeformen.....	79
2.3.2.2 Erfahrungen in Deutschland.....	84
2.3.3 Qualität und die Sicht der Patienten	89
2.3.3.1 Methodische Probleme	89
2.3.3.2 Ergebnisse.....	95
2.3.4 Profession und Beschäftigung.....	100
2.3.4.1 Daten zur Entwicklung und zum Stand der Beschäftigung.....	100
2.3.4.2 Arbeitssituation und -belastung	103
2.3.4.3 Fluktuation und Berufsaufgabe.....	109
2.3.4.4 Arbeitsbelastung und Ausbildung	110
3 Expertenbefragungen	113
3.1 Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen	113
3.1.1 ‚Im Dickicht des Pflegemarktes‘	114
3.1.2 ‚Bürokratische Eigenlogik oder Mängel im System‘	120

3.1.3	„Mangelnde Bedürfnisorientierung“	123
3.1.4	„Beratung oder Werbung?“: Die Einsätze nach § 37 SGB XI.....	126
3.2	Auswahl und Koordination von Diensten und Leistungen	128
3.2.1	Das Naheliegende und das Zufällige.....	128
3.2.2	Haken und Ösen bei der Übergabe?.....	135
3.3	Pflegeverträge	140
3.3.1	„Kleingedrucktes“ oder: „Wer blickt da noch durch?“	141
3.3.2	„Pauschal statt Individuell“: Begrenzte Bedürfnisorientierung und Differenzierung	142
3.3.3	„Auf Gedeih und Verderb?“: Die Kündigungsmöglichkeiten	145
3.3.4	Fehlende und unzureichende Verträge bei fehlender Regulierung.....	147
3.4	Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung.....	148
3.4.1	Die Begutachtung und Pflegeplanung durch den MDK.....	149
3.4.2	Die Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung durch die Pflegedienste.....	155
3.4.2.1	„0-8-15-Planung des Pflegebedarfs“.....	155
3.4.2.2	Mangelnde Anwendung von Pflegekonzepten und -plänen	159
3.5	Pflegedokumentation und Qualitätssicherung	161
3.5.1	„Routine und Abhaken“: Die Pflegedokumentation	161
3.5.2	„Wird schon gut gehen“?: Einschätzungen zur Qualitätssicherung	166
3.5.2.1	Einschätzungen zur externen Qualitätssicherung.....	167
3.5.2.2	Einschätzungen zur internen Qualitätssicherung.....	172
3.6	Ergebnisse und Wirkungen der Pflege	175
3.6.1	Die Sicht der Kunden und Beschwerden	175
3.6.2	Das Dunkelfeld schwerer Mängel.....	180
3.6.3	Mangelnde Aktivierung – Gute Bereitstellung von Hilfsmitteln	185
3.6.4	„Wer weiß wie viel“?: Mängel bei der Abrechnung	188
3.7	Versorgungslage und Organisation	191
3.7.1	„Gute Verfügbarkeit, sehr gute Versorgungslage“	191
3.7.2	Verlässlichkeit und Kontinuität: Eine Frage der Organisation und der Finanzen	193
3.7.2.1	Verlässlichkeit	193
3.7.2.2	Kontinuität	195
3.7.3	Wenig Einigkeit und Klarheit über den Einsatz von Fachkräften	200
3.7.4	Arbeitsbelastung, Motivation: „Auch das eine Frage der Organisation“	205
3.8	Zwischenfazit und Reformbedarf.....	208
4	Befragung von Beschäftigten in Pflegediensten	221
4.1	Strukturmerkmale von Pflegediensten und Beschäftigten.....	221
4.1.1	Datum der Betriebsgründung.....	221
4.1.2	Fluktuation des Personals der Pflegedienste	222
4.1.3	Berufserfahrung der Beschäftigten	223

4.1.4	Alter und Geschlecht der Beschäftigten.....	227
4.1.5	Größe, Beschäftigungsverhältnisse und Qualifikationsstruktur der Pflegedienste.....	228
4.1.6	Beschäftigungsverhältnisse und Qualifikation nach der Mitarbeiterstichprobe.....	235
4.1.7	Zugehörigkeit der Pflegedienste zu Berufsverbänden, Existenz von Leitbildern, Zertifikaten und Ermöglichung von Weiterbildungen	238
4.1.8	Einsatzbereitschaft der Pflegedienste.....	239
4.1.9	Arbeitszeiten und Überstunden der Beschäftigten	241
4.1.10	Versorgtes Klientel und Leistungen der Pflegedienste	243
4.1.11	Beschäftigung nach Arbeitsbereichen	246
4.2	Einschätzung der beruflichen Situation	248
4.2.1	Allgemeine Arbeitszufriedenheit	248
4.2.2	Arbeitsbelastung.....	251
4.2.3	Umgang mit Arbeitsüberlastung	256
4.3	Allgemeine Beurteilung der Qualität des Pflegedienstes	260
4.3.1	Gesamteinschätzung.....	260
4.3.2	Benennung einzelner Qualitätsmängel im Pflegedienst.....	268
4.3.3	Bewertung einzelner Bereiche	270
4.4	Differenzierte Einschätzungen zur Qualität einzelner Bereiche.....	274
4.4.1	Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen.....	274
4.4.2	Auswahl des Pflegedienstes und Koordination in der Pflege	277
4.4.2.1	Auswahl des Pflegedienstes	277
4.4.2.2	Koordination und Übergang in die geeignete Versorgungsform	279
4.4.3	Leistungsverträge, Konzept	282
4.4.3.1	Leistungsverträge	282
4.4.3.2	Pflegeleitbild, -konzept.....	285
4.4.4	Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung.....	286
4.4.4.1	Erfassung der Bedarfe	286
4.4.4.2	Pflegeplanung	290
4.4.5	Pflegedokumentation und Qualitätssicherung.....	292
4.4.5.1	Pflegedokumentation	292
4.4.5.2	Weitere Aspekte der Qualitätssicherung.....	296
4.4.6	Kundenorientierung und Ergebnisqualität	299
4.4.6.1	Kundenorientierung	299
4.4.6.2	Weitere Aspekte der ‚Ergebnisqualität‘	306
4.4.6.3	Unterschiede hinsichtlich Trägerschaft, regionaler Herkunft und anderer Strukturmerkmale der Pflegedienste.....	312
4.4.7	Organisation.....	317
4.5	Zwischenfazit	326

5 Zusammenfassung	345
5.1 Zielsetzung und Methodik	345
5.1.1 Zielsetzung	345
5.1.2 Methodik	346
5.2 Literaturstudie	347
5.3 Expertenbefragung	351
5.4 Befragung von Beschäftigten	355
5.4.1 Strukturmerkmale von Pflegediensten und Beschäftigten	355
5.4.2 Arbeitszufriedenheit und -belastung	356
5.4.3 Allgemeine Qualitätsbeurteilung und Qualitätsmängel	357
5.4.4 Qualitätsbeurteilungen und -mängel in einzelnen Bereichen	359
5.4.4.1 Beratung und Vertragsgestaltung	359
5.4.4.2 Auswahl und Koordination der Versorgung	359
5.4.4.3 Erfassung des Pflegebedarfs	360
5.4.4.4 Pflegeplanung	361
5.4.4.5 Pflegedokumentation	361
5.4.4.6 Qualitätssicherung und Ergebnisqualität	362
5.4.4.7 Organisation	364
5.5 Zusammenfassende Betrachtung unterschiedlicher Ergebnisse in Ost- und West- deutschland	366
5.6 Thesen zur Weiterentwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen	369
6 Literatur	373

Tabelle 1.1:	Auswahlkriterien der Untersuchungsregionen.....	10
Tabelle 1.2:	Durchgeführte Expertenbefragungen.....	13
Tabelle 1.3:	Befragung von Pflegekräften: Stichproben und Rücklauf.....	16
Tabelle 1.4:	Gründe für die Nichtteilnahme.....	17
Tabelle 2.1:	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (1995-2000) absolut ^{1) 2)}	58
Tabelle 2.2:	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (1995-2000) in Prozent ^{1) 2)}	58
Tabelle 2.3:	Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach ausgewählten Altersgruppen der Bevölkerung in Deutschland (1998).....	59
Tabelle 2.4:	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen (1996-2000).....	59
Tabelle 2.5:	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Bereichen (31.12.1999).....	60
Tabelle 2.6:	Kapazitäten der Wohlfahrtsverbände in der ambulanten Pflege (1970-1996).....	102
Tabelle 4.1:	Fluktuation des Personals von Pflegediensten.....	223
Tabelle 4.2:	Berufserfahrung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege.....	224
Tabelle 4.3:	Geschlecht der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten.....	228
Tabelle 4.4:	Größe der Pflegedienste.....	229
Tabelle 4.5:	Beschäftigung in ambulanten Pflegediensten nach Arbeitsverhältnis.....	231
Tabelle 4.6:	Beschäftigung in ambulanten Pflegediensten nach Qualifikation.....	231
Tabelle 4.7:	Regelmäßiger Beschäftigungsumfang in der ambulanten Pflege.....	235
Tabelle 4.8:	Berufsausbildung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege.....	236
Tabelle 4.9:	Weiterbildung der Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland.....	239
Tabelle 4.10:	Weiterbildung der Beschäftigten nach Trägern.....	239
Tabelle 4.11:	Nachteinsätze durch ambulante Pflegedienste.....	241
Tabelle 4.12:	Überstunden von Beschäftigten in der ambulanten Pflege.....	242
Tabelle 4.13:	Überstunden in Ost- und Westdeutschland.....	243
Tabelle 4.14:	Überstunden: Profit- vs. Nonprofit-Träger.....	243
Tabelle 4.15:	Summe der im Pflegedienst versorgten Hilfe- und Pflegebedürftigen.....	244
Tabelle 4.16:	Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Arbeit im Pflegedienst.....	249
Tabelle 4.17:	Selbst- und Fremdeinschätzung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege.....	253
Tabelle 4.18:	Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?.....	261
Tabelle 4.19:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Berufsabschluss.....	262

Tabelle 4.20:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Weiterbildung	263
Tabelle 4.21:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Überstunden	264
Tabelle 4.22:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Arbeitsbelastung	265
Tabelle 4.23:	Qualitätsmängel im Pflegedienst und Zufriedenheit mit der Arbeit	265
Tabelle 4.24:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten nach der Trägerschaft der Dienste	267
Tabelle 4.25:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland	268
Tabelle 4.26:	Zusammenhang zwischen der Angabe von Mängeln im Pflegedienst und der Bewertung des Pflegedienstes in einzelnen Bereichen (Rangkorrelation)	272
Tabelle 4.27:	Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit im Pflegedienst und der Bewertung des Pflegedienstes in einzelnen Bereichen (Rangkorrelation)	273
Tabelle 4.28:	Kündigungsfrist von Pflegeverträgen durch die Pflegebedürftigen	284
Tabelle 4.29:	Gibt es ein Pflegeleitbild und -konzept?	285
Tabelle 4.30:	Zusammenhang zwischen der Existenz von Beschwerden über den Pflegedienst und der Bewertung der Qualität des Pflegedienstes (Rangkorrelation)	302

Abbildung 1-1:	Forschungsdesign	6
Abbildung 4.1:	Boxplot Berufserfahrung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten (Ost- und Westdeutschland).....	226
Abbildung 4.2:	Boxplot Berufserfahrung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten nach Trägervorbänden	226
Abbildung 4.3:	Altersverteilung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten	227
Abbildung 4.4:	Größe ambulanter Pflegedienste nach Trägerschaft (Boxplot).....	233
Abbildung 4.5:	Größe ambulanter Pflegedienste in Ost- und Westdeutschland (Boxplot)	233
Abbildung 4.6:	Anteil Vollzeitbeschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Trägerschaft in % (Boxplot)	234
Abbildung 4.7:	Anteil Vollzeitbeschäftigte in ambulanten Pflegediensten in Ost- und Westdeutschland in % (Boxplot)	234
Abbildung 4.8:	Umfang geleisteter Überstunden pro Woche	242
Abbildung 4.9:	Leistungsstruktur der ambulanten Pflegedienste (Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen mit Leistungen nach...).....	245
Abbildung 4.10:	Pflegebedürftige nach Pflegestufen im Sinne des SGB XI.....	246
Abbildung 4.11:	Beschäftigungsumfang nach Arbeitsbereichen	247
Abbildung 4.12:	Einschätzung der <i>eigenen</i> Arbeitsbelastung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege.....	251
Abbildung 4.13:	Einschätzung der Arbeitsbelastung <i>anderer</i> Beschäftigter in der ambulanten Pflege.....	252
Abbildung 4.14:	Umgang mit der <i>eigenen</i> Arbeitsüberlastung („Selbsteinschätzung“).....	257
Abbildung 4.15:	Umgang <i>der Kolleginnen</i> mit Arbeitsüberlastung („Fremdeinschätzung“).....	257
Abbildung 4.16:	Umgang mit Arbeitsüberlastung: Selbst- und Fremdeinschätzung (Häufigkeiten, Teil I)	258
Abbildung 4.17:	Umgang mit Arbeitsüberlastung: Selbst- und Fremdeinschätzung (Häufigkeiten, Teil II).....	259
Abbildung 4.18:	Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?.....	260
Abbildung 4.19:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Weiterbildung	262
Abbildung 4.20:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Überstunden.....	264
Abbildung 4.21:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten nach der Trägerschaft der Dienste.....	266
Abbildung 4.22:	Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland.....	267
Abbildung 4.23:	Nennung der wichtigsten Qualitätsmängel im Pflegedienst.....	269
Abbildung 4.24:	Ursachen für Qualitätsmängel im Pflegedienst.....	270
Abbildung 4.25:	Bewertung des Pflegedienstes (Durchschnitt der Schulnoten).....	271
Abbildung 4.26:	Bewertung des Pflegedienstes (Häufigkeiten, Schulnoten).....	271
Abbildung 4.27:	Einschätzungen diverser Qualitätsmerkmale der Beratung.....	275
Abbildung 4.28:	Durchschnittliche Dauer der Erstberatung	276

Abbildung 4.29:	Dauer der Erstberatung nach der Trägerschaft der Pflegedienste (Perzentile)	277
Abbildung 4.30:	Gründe für die Wahl des Pflegedienstes (Mittelwerte)	278
Abbildung 4.31:	Gründe für die Wahl des Pflegedienstes (Häufigkeiten)	278
Abbildung 4.32:	Einschätzung der Beschäftigten zur Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Wahl der geeigneten Versorgung und bei der Überleitung	279
Abbildung 4.33:	Einschätzungen der Beschäftigten zur Fehlversorgung von Pflegebedürftigen	280
Abbildung 4.34:	Bewertung der Koordination mit an der Pflege Beteiligten	281
Abbildung 4.35:	Einschätzungen der Beschäftigten zur Fehlversorgung von Pflegebedürftigen in Ost- und Westdeutschland	282
Abbildung 4.36:	Gibt es detaillierte schriftliche Leistungsverträge in Ihrem Pflegedienst?	283
Abbildung 4.37:	Einschätzung von Leistungsverträgen (Aktualisierung bei Bedarf und Mitbestimmung durch Pflegebedürftige)	284
Abbildung 4.38:	Wird das Pflegekonzept oder Leitbild <i>angewandt</i> ?	285
Abbildung 4.39:	Einschätzungen zur Erfassung des Pflegebedarfs	287
Abbildung 4.40:	Einschätzungen zur umfassenden Erfassung des Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen in Ost- und Westdeutschland	288
Abbildung 4.41:	Einschätzungen der Beschäftigten zum Vorliegen ärztlicher Unterlagen in ‚Profit- und Non-Profit-Trägerschaft‘	289
Abbildung 4.42:	Einschätzungen der Beschäftigten zum Vorliegen ärztlicher Unterlagen in Ost- und Westdeutschland	289
Abbildung 4.43:	Einschätzungen zur Pflegeplanung	290
Abbildung 4.44:	Einschätzungen zur Pflegeplanung in Ost- und Westdeutschland	291
Abbildung 4.45:	Einschätzungen zur laufenden detaillierten Pflegedokumentation	292
Abbildung 4.46:	„In der Pflegedokumentation werden erfasst: ...“	293
Abbildung 4.47:	Einschätzungen zur Pflegedokumentation einzelner Bereiche (Häufigkeiten)	294
Abbildung 4.48:	Laufende Überprüfung der Pflegedokumentation	294
Abbildung 4.49:	Frequenz der Überprüfung der Pflegedokumentation	295
Abbildung 4.50:	Einschätzungen der Beschäftigten zur laufenden Führung der Pflegedokumentation in Ost- und Westdeutschland	296
Abbildung 4.51:	Einschätzungen zur Durchführung von Pflegevisiten	297
Abbildung 4.52:	Frequenz von Pflegevisiten	297
Abbildung 4.53:	Durchführung von Pflegevisiten durch Pflegefachkräfte?	298
Abbildung 4.54:	Pflegedienst mit Qualitätssiegel/Zertifikat?	298
Abbildung 4.55:	Ausgewählte Einschätzungen zur Kundenorientierung der Pflegedienste	300
Abbildung 4.56:	Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen	301

Abbildung 4.57:	Einschätzungen zum Umgang mit Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Mittelwerte).....	303
Abbildung 4.58:	Ausgewählte Einschätzungen zum Umgang mit Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Häufigkeiten)	304
Abbildung 4.59:	Beschäftigte in der ambulanten Pflege als Opfer von Gewalthandlungen von seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (in den letzten 12 Monaten).....	305
Abbildung 4.60:	Schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung oder Misshandlung von Pflegebedürftigen durch Pflegekräfte (in den letzten 12 Monaten).....	306
Abbildung 4.61:	Einschätzungen zum Vorkommen und zur Notwendigkeit ‚funktionaler Gewalt‘ (z.B. ‚Fixieren‘, Gabe von Beruhigungsmitteln)	307
Abbildung 4.62:	Einschätzungen zur ‚aktivierenden Pflege‘.....	308
Abbildung 4.63:	Einschätzungen zur Propylaxe und Behandlung von Dekubitus.....	309
Abbildung 4.64:	Einschätzungen zur Bereitstellung und Vermittlung von Hilfsmitteln	309
Abbildung 4.65:	Eingesetzte Pflegekräfte pro Pflegebedürftigen (Durchschnitt pro Monat).....	310
Abbildung 4.66:	Eingesetzte Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem (Minimum, Durchschnitt, Maximum pro Monat)	310
Abbildung 4.67:	Häufigkeit von Haus- oder Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen im Pflegedienst (Minimum, Durchschnitt, Maximum pro Monat).....	311
Abbildung 4.68:	Einschätzungen zur Gewährleistung ständiger Rufbereitschaft (auch nachts).....	312
Abbildung 4.69:	Kritik und Beschwerden von Kunden über den eigenen Pflegedienst in Ost- und Westdeutschland.....	314
Abbildung 4.70:	Kritik und Beschwerden von Kunden nach der Größe der Pflegedienste.....	315
Abbildung 4.71:	Unpünktlichkeit als Kritik von Kunden nach der Größe der Pflegedienste	316
Abbildung 4.72:	Gibt es in Ihrem Pflegedienst ein Konzept zur Einsatzplanung der Pflegekräfte?	318
Abbildung 4.73:	Gibt es in Ihrem Pflegedienst ein Konzept zur Einarbeitung von Mitarbeiterinnen?	318
Abbildung 4.74:	Finden in Ihrem Pflegedienst regelmäßig Dienstbesprechungen statt?.....	319
Abbildung 4.75:	Einschätzungen zur Organisation des Pflegedienstes I (Mittelwerte)	320
Abbildung 4.76:	Einschätzungen zur Organisation des Pflegedienstes II (Häufigkeiten).....	321
Abbildung 4.77:	Einschätzungen zur Organisation des Pflegedienstes II (Häufigkeiten).....	322
Abbildung 4.78:	Bewertung der Dienstpläne hinsichtlich der Berücksichtigung individueller Pflegebedürfnisse nach der Größe der Pflegedienste (Schulnoten 1-6).....	324

1 Einführung

1.1 Problemstellung

Mit dem Erlass des Pflege-Versicherungsgesetzes (Pflege-VG)¹ gewann die Qualitätssicherung in der Pflege in Deutschland generell eine enorme öffentliche Aufmerksamkeit und Relevanz. Einerseits erfuhren dadurch die politischen wie fachlichen Diskurse und Bemühungen um eine Bestimmung, Verbesserung und Sicherung der Pflegequalität einen starken Schub und andererseits wurden infolgedessen Probleme, Mängel oder gar Pflegeskandale deutlich und bekannt. Der in der Ausgestaltung des deutschen Pflege-VG zu beobachtende Niederschlag des Aspektes Qualitätssicherung und Kostenkontrolle ist im größeren Zusammenhang mit einer recht ähnlich gelagerten internationalen Diskussion zu sehen, wobei die dahingehenden Diskurse und Bemühungen in Deutschland oft jenen in den USA und Großbritannien sowie die der Pflege meist wiederum denen der Medizin folgten. So werden ganz allgemein bereits seit einiger Zeit die Erfolge und Fortschritte im Gesundheitswesen in den modernen Wohlfahrtsstaaten, auch in Anbetracht von Kosten und ethischen Bedingungen, zunehmend kritischer betrachtet.

Eine Gemeinsamkeit der Diskussion und Forderung einer weitergehenden rechtlichen, d.h. von Staats wegen angeordneten, Regelung und Verpflichtung zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen lässt sich darin sehen, dass das gesellschaftliche und politische Vertrauen in die autonomen Kräfte der Selbstregulierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesens via Profession im Rahmen der bestehenden Institutionen schwand. Die oft fundamentale Kritik am Gesundheitssystem zielte insbesondere auf deren Institutionen, sie mündete in Forderungen nach umfassenden Reformen, wobei die Stärkung des ambulanten Sektors und explizite Regelungen zur Qualitätssicherung ganz oben auf der Agenda der politischen Diskussion standen.

Theoretisch folgen professionell erbrachte Gesundheitsdienstleistungen (und damit auch die Pflege) einerseits per se der *Eigenlogik* einer ständigen Rationalisierung, d.h. einem relativ autonomen professionellen Bemühen um eine Qualitätsdefinition und -verbesserung. All dies ist andererseits stark durch – international unterschiedliche – *institutionelle* Rahmenbedingungen und Re-

¹ Das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – Pflege-VG)“ vom 26. Mai 1994 (BGBl I, S. 1014, 2797) trat nach zwanzigjähriger Diskussion als 5. Säule des Sozialversicherungssystems stufenweise in Kraft. Leistungen zur häuslichen Pflege sind ab dem 1.4.1995 und die Leistungen zur stationären Pflege ab dem 1.7.1996 zu beziehen.

gelungen bestimmt, die ihrerseits ebenso einer Eigenlogik der ständigen Differenzierung (z.B. Verrechtlichung) unterliegen. Beide Stränge sind in ihrer Entwicklung kaum voneinander zu trennen: die gesellschaftliche und staatliche Anerkennung sowie Regulierung der Profession setzt die Bildung und Anwendung von exklusivem Fachwissen und Kunstfertigkeiten sowie ein gehöriges Maß an Selbststeuerung und -kontrolle voraus, wird aber seinerseits wiederum auch durch institutionelle Rahmenbedingungen (z.B. durch die Förderung von Forschung und Lehre, die Festlegung und Durchsetzung von Standards) bestimmt.

Die in den achtziger und neunziger Jahren allgemein zu beobachtende Betonung des Themas Qualitätssicherung oder -kontrolle im Gesundheitswesen geht auch mit dessen – unter anderem demographisch bedingten – enormen Wachstum und Bedeutungszuwachs selbst einher,² wobei die eigentlichen Herausforderungen und der demographische Wandel erst zukünftig tatsächlich dramatisch werden dürften. Der Bedeutungszuwachs des Gesundheitswesens drückt sich nicht zuletzt in den gestiegenen öffentlichen Kosten für diesen Sektor aus. Die Bemühungen um eine Qualitätskontrolle resultieren insofern auch aus der Absicht der Kostenkontrolle und finanziell motivierten Reformen im Gesundheitswesen. Der Slogan „value for money“, der in der britischen Diskussion der Long-Term-Care-Reform leitend war (Royal Commission 1999), bringt dieses Zusammenspiel zwischen Qualitätssicherung und staatlicher Kostenkontrolle auf den Punkt.

Im Rahmen des allgemeinen Wachstums professionell erbrachter Pflegedienstleistungen ist die Bedeutung der häuslichen und der professionellen ambulanten Pflege enorm gestiegen. Dieses ist in Deutschland nicht zuletzt grundsätzlichen Zielsetzungen und Wirkungen des Pflege-VG zu verdanken.³ Die Unterstützung der häuslichen Pflege gelang auf der Basis eines stark ausgeweiteten öffentlichen Finanzvolumens für den Bereich der Pflege und einer differenzierten Wettbewerbsordnung, die auch den Pflegemarkt mobilisierte. Von den insgesamt 1,826 Mio. Leistungsempfängern der Sozialen Pflegeversicherung befanden sich Ende 1999 1,28 Mio. (70%) im ambulanten (darunter ca. 1 Mio. Empfänger von Pflegegeld) und 0,546 Mio. (30%) im stationären Bereich.⁴ Daten zur Entwicklung der Anzahl und des Personals der am Markt tätigen ambulanten Pflegedienste sind zwar Mangelware und der Vergleich über den Umstellungszeitraum des Pflege-VG ist stark eingeschränkt. Seitdem Ende der achtziger Jahre Leistungen aus der GKV

² Vgl. zum Wachstum der Gesundheitsausgaben in demokratisch verfassten Ländern: Schmidt 1999a.

³ Zu den Zielen und Wirkungen siehe: Rothgang 1997; ders. 2000 b, Roth 2000 a; Roth/Rothgang 1999 a u. 2001; Eifert et al. 1999 b.

⁴ <http://www.bmgesundheit.de/themen/pflege/finanz/2.htm>.

gewährt werden und seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind bei den Kapazitäten der ambulante Pflege jedoch sprunghafte durchschnittliche jährliche Wachstumsraten zwischen fünf und zehn Prozent zu verzeichnen, die deutlich über der Zunahme des Problemdrucks (Altenbevölkerung, Zahl der versorgten Pflegebedürftigen) liegen (vgl. Fretschner et al. 2001).⁵ Im Rahmen des erheblichen Wachstums der Zahl der Beschäftigten seit dem Erlass des Pflege-VG legte zwar die Zahl der Fachkräfte etwas weniger schnell als die Summe insgesamt zu und auch der Anteil an Vollzeitbeschäftigten war etwas rückläufig (vgl. Eifert et al. 1999a). Dennoch kann und muss dem Pflege-VG ein erheblicher positiver Beschäftigungseffekt in der ambulanten Pflege attestiert werden (vgl. BMG 2001), was im seltsamen Kontrast zur diesbezüglich oft sehr kritischen Wahrnehmung großer Teile der interessierten Fachwelt steht (vgl. Roth 2000a).

Das Wachstum auch und gerade der professionellen ambulanten Pflege wird sich vor dem Hintergrund des sich seit Jahrzehnten abzeichnenden umfassenden säkularen Trends der demographischen und gesellschaftlichen Strukturveränderungen aller Voraussicht nach zukünftig weiter beschleunigen. Allein auf der Basis aktueller Bevölkerungsprognosen lässt sich zwischen 2000 und 2040 eine Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger in der GPV in Höhe von 50-75% des Ausgangswertes prognostizieren (vgl. Rothgang 2001: 11). Für die Altenpflege wird darüber hinaus die weiter voranschreitende gesellschaftliche ‚Modernisierung‘ der menschlichen Beziehungen⁶ mit der Erosion tradierter familiärer Verhältnisse, der sogenannten Individualisierung oder Singularisierung und einer zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit, insgesamt eine zusätzliche Ausweitung der professionellen Pflege bewirken (vgl. Blinkert/Klie 1999, 2000).

Daraus folgt, dass der Qualitätssicherung in diesem Bereich sowohl heute als auch künftig eine herausragende Bedeutung zukommt, zumal sich die bisherige Aufmerksamkeit und Bemühungen diesbezüglich vorwiegend auf Pflegeheime oder den sogenannten ‚stationären Bereich‘ konzen-

⁵ Zur Entwicklung der erst seit den achtziger Jahren verstärkt ausgebauten ambulanten Pflegedienste in den westlichen Bundesländern bis Mitte der neunziger Jahre siehe: Schölkopf (1998, 1999a und b). Seit dem Inkrafttreten des Pflege-VG gibt es aufgrund der erst Ende 1999 implementierten Pflegestatistik nach § 109 SGB XI nur für Nordrhein-Westfalen Daten zur *Entwicklung des Pflegemarktes* (für den Zeitraum vom März 1997 bis Ende 1998, vgl. Eifert et al. 1999 b; Roth 2000a). Überwiegend Querschnittsdaten aus dem Jahr 1998 bietet eine repräsentative Erhebung von Infratest (Schneekloth/Müller 2000) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, weil nur einige Daten mit der von Infratest durchgeführten repräsentativen Erhebung von 1994 vergleichbar sind. Die Daten des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen bieten schließlich einen etwas lückenhaften Einblick in den Stand im Jahr 1996, allerdings ohne Aussagen zur Entwicklung (Gerste/Rehbein 1998).

⁶ Die soziologische Modernisierungstheorie geht in der Tradition von Elias, Durkheim oder Weber von der langfristigen Tendenz einer zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung, Enttraditionalisierung, Rationalisierung, Verrechtlichung, Individualisierung, Ökonomisierung und Professionalisierung der menschlichen sowie gesellschaftlichen Beziehungen aus.

trierten. Berichte in der jüngeren Vergangenheit über z.T. gravierende Mängel und Mißstände in der ambulanten Pflege, die Diskussion über ‚Gewalt in der Pflege‘ sowie ein in den letzten Jahren im Gesundheitssektor zunehmender grundsätzlicher Diskurs über Kundenorientierung und Verbraucherschutz unterstreichen die Notwendigkeit der Erforschung des Standes und der Maßnahmen der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege.

Die besondere Schutzbedürftigkeit der Pflegebedürftigen wird nicht zuletzt vor dem Hintergrund ihrer Hilfsbedürftigkeit in der privaten Häuslichkeit und einer bislang äußerst unzureichenden Marktübersicht ambulanter Pflegedienste deutlich.⁷ Die systematische Einschränkung der Konsumentensouveränität von Pflegebedürftigen führt notwendigerweise dazu, dass Stellvertreter – in der Regel Angehörige – über Wohl und Wehe von Pflegebedürftigen entscheiden, was im häuslichen Bereich überwiegend unter Ausschluss der Öffentlichkeit geschieht. Da die Stellvertreter jedoch immer *auch* eigene Interessen vertreten – so steht im Pflegebereich z.B. ein etwaiges Erbe zur Disposition – ist es im Sinne einer menschenwürdigen Pflege um so wichtiger, dass qualitative Mindeststandards definiert und durchgesetzt werden. Der im Pflege-VG realisierte Wettbewerb um Pflegebedürftige zwischen Anbietern benötigt insofern eine Rahmung durch eine öffentlich gewährleistete Qualitätssicherung (Rothgang 2000a: 444).

Anders als im stationären Bereich sind in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen die Möglichkeiten der *externen* Qualitätssicherung eingeschränkt. Zwar werden im Rahmen der gemäß § 80 SGB XI verabschiedeten Maßstäbe und Grundsätze zur Qualitätssicherung einige Mindestanforderungen an ambulante Dienste formuliert, diese beziehen sich jedoch lediglich auf ausgewählte Strukturaspekte, d.h. Qualitätskriterien für die Durchführung der angebotenen Pflege- und Betreuungsleistungen sind weder verbindlich festgelegt, noch bestehen neutrale, d.h. von Kostenträgern losgelöste, Überprüfungsmöglichkeiten. Ferner wurde von der Bundesregierung nicht zuletzt aufgrund einiger in den Medien und in der Fachwelt publizierter *Pflegeskan-dale*⁸ zwar ein Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes PQsG am 27.4.2000 vorgelegt und am 13.7.

⁷ So sind die von den Pflegekassen zur Förderung der Transparenz des vorhandenen Angebots an die Versicherten auszugebenden Vergleichslisten über Preise und Leistungen der Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 5 SGB XI) offenbar nur sehr unzureichend verbreitet. In einer in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Befragung bejahte nur ein Drittel von 93 Einrichtungen, dass solche Listen in der Region verbreitet seien, ein Drittel verneinte dies und ein weiteres Drittel wusste nichts von solchen Listen (vgl. Eifert et al. 1999a: 240).

⁸ Die Berichte, die z.B. in Hamburg oder München bekannt wurden, zeigten gravierende Fälle der Vernachlässigung oder Gewaltanwendung (auch: Fixierung, Gabe von Sedativa) bis hin zu tödlichen Folgen aufgrund schwerer Fälle von Dekubitus (ZDF vom 27.6.2000; Heinemann et al. 1999; Hirsch et al. 1999; Fussek 1997).

2001 vom Deutschen Bundestag verabschiedet.⁹ Die im PQsG für Pflegeheime vorgesehenen verbindlichen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen finden sich jedoch *nicht* für den ambulanten Bereich.

Die Problematik der Sicherstellung der Angebotsqualität im ambulanten Bereich sowie die Verankerung eines Verbraucherschutzes sind vom Auftraggeber der Studie, dem Bundesministerium für Frauen, Familie, Senioren und Jugend, im Jahr 1995 aufgegriffen worden, indem ein umfassendes Papier zur Entwicklung der ambulanten Hilfen für alte, kranke und behinderte Menschen in Deutschland zusammen mit Trägervertretern, Fachexperten und Vertretern der zuständigen Fachministerien einzelner Bundesländer erarbeitet wurde. Nicht zuletzt mündeten die dort gewonnenen Ergebnisse in eine vertiefte Diskussion um die Notwendigkeit der Verabschiedung eines Aufsichtsgesetzes.

Trotz der Ausweitung der fachlichen und öffentlichen Diskussion und der damit verbundenen Fortschritte fehlen bis heute systematische und verlässliche, d.h. methodisch kontrollierte, *empirische* Informationen zum Stand der Pflegequalität und zu Defiziten im ambulanten Sektor. Bezeichnend ist, dass die weit überwiegende Mehrheit fachlicher Beiträge primär *konzeptionelle* Diskussionen um Fragen der Qualitätssicherung und kaum empirisch gesicherte Informationen zur geleisteten Qualität in der ambulanten Pflege liefern. Zwar sind ohne Zweifel auch derartige konzeptionelle Diskussionen durch mehr oder weniger breites Erfahrungswissen geprägt, jedoch fehlen meist dahingehende methodisch kontrollierte und empirisch umfangreich abgestützte Belege. Vorliegende Studien zielen zum einen auf die Zufriedenheit mit Pflegeleistungen, wobei methodische Defizite dieser Untersuchungen zum Teil zu extrem hohen Zufriedenheitswerten führen. Andere Arbeiten setzen sich mit dem Phänomen ‚Gewalt in der Pflege‘ auseinander und thematisieren damit lediglich einen Teilbereich von Mißständen oder sind regional und vom Umfang des empirischen Materials sehr eingeschränkt.

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist deshalb, systematisierte Informationen darüber zur Verfügung zu stellen, welche Mängel und Mißstände bei der professionellen ambulanten Betreuung älterer Menschen auftreten. Ein zweiter Fokus richtet sich auf die Analyse grundsätzlicher Strukturmängel im Hinblick auf die Reichweite bestehender Regelungen und Möglichkeiten der

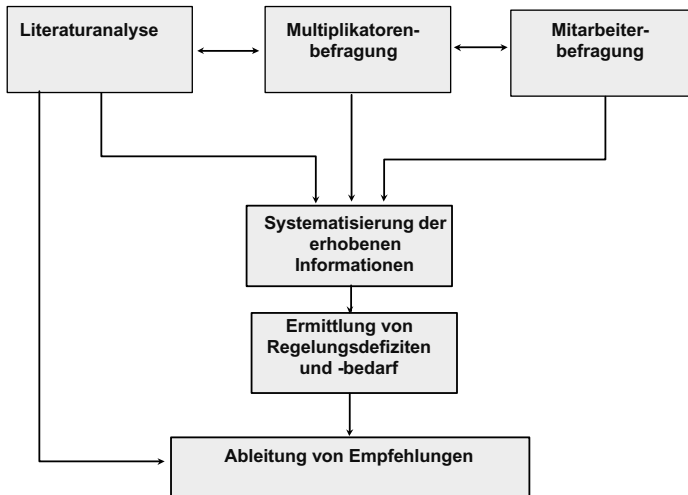
⁹ BGBl I, Nr. 47, vom 12. September 2001, Gesetzentwurf vom 23.2.2001: BT-Drs. 14/5395, Beschluss des Bundestages vom 19.6.2001, BT-Drs. 14/6308.

Qualitätsüberprüfung. Auf der Basis dieser Ergebnisse sollen Empfehlungen dahingehend formuliert werden, inwieweit ein zusätzlicher Regelungsbedarf besteht.

1.2 Methodik

Angesichts des unzureichenden Forschungsstandes, der Dringlichkeit der zu bearbeitenden Fragestellungen und der Kürze der zur Verfügung stehenden Bearbeitungszeit (15 Monate) wurde die Studie primär explorativ und deskriptiv angelegt, wobei sich verschiedene Teile ergänzen sollten (Abbildung 1).

Abbildung 1-1: Forschungsdesign



1.2.1 Literaturanalyse

Als Grundlage und in Ergänzung der empirischen Teile erfolgte eine detaillierte und international angelegte Literaturanalyse, wobei auch das Internet als aktuelle Informationsquelle genutzt wurde. Das Ziel dieser Auswertung war, einen Überblick über aktuelle, auch internationale Erfahrun-

gen in bezug auf Mißstände und Mängel in der professionellen ambulanten Pflege pflegebedürftiger Menschen sowie Regelungs- und Kontrollmöglichkeiten zu gewinnen. Darüber hinaus sollte der nationale und internationale Diskussionsstand zu Qualitätsanforderungen in der ambulanten Pflege rezipiert werden.

Gesucht wurde in den Datenbanken und sonstigen Quellen jeweils im Titel oder Abstract nach Schlüsselbegriffen (jeweils auf Englisch und Deutsch) wie Qualität, ambulante oder häusliche Pflege, Pflegequalität, Qualitätssicherung, ambulante soziale Dienste, Hilfsdienste, ambulante Pflege, häusliche Pflege, häusliche Versorgung, Pflegeskandal, Pflegemängel, Defizite, Mißstände, Druckgeschwüre, Dekubitus, Vernachlässigung, Patienten-/Kundenzufriedenheit, Gewalt, Ältere, Alten-, Senioren-, etc. Je nach Datenbank und Suchmöglichkeiten kamen dabei sogenannte „wildcards“ zur Anwendung, womit Zeichenfolgen in Wörtern gefunden werden (d.h. die Suche nach „*quali*“ findet alle Begriffe, welche die Zeichenfolge „quali“ enthalten, also: z.B. Qualität, Qualitätsstandards, Pflegequalität etc.). Um die Zielgenauigkeit zu verbessern, wurden diese Suchbegriffe wiederum in Kombinationen angewandt. Eingegrenzt wurde die Suche zunächst auf den Zeitraum ab dem Jahr 1995. Ausgehend von den dadurch gefundenen Titeln wurden jedoch auch die dort zitierten interessant und relevant erscheinenden älteren Titel recherchiert und ausgewertet, so dass sich im Rahmen eines ‚Schneeballverfahrens‘ die für das Thema wesentlichen Titel in der vollständigen Literaturliste finden sollten.

Durchsucht wurden auf diese Weise die *Zeitschriftendatenbanken* GEROLIT, MEDLINE, SSCI und ZDB, sowie die *Verbundkataloge wissenschaftlicher Bibliotheken* (Monographien): Bayerischer Verbundkatalog, Britischer Verbundkatalog, British Library, Die Deutsche Bibliothek, Gemeinsamer Bibliotheksverbund der Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen, Hessen, IDS Basel/Bern, IDS Zürich, Kooperativer Bibliotheksverbund Berlin-Brandenburg, Library of Congress, NEBIS Zürich, Nordrhein-Westfälischer Bibliotheksverbund, Österreichischer Bibliotheksverbund, Südwestdeutscher, Bibliotheksverbund, TIB Hannover und das Verzeichnis Lieferbarer Bücher.

Darüber hinaus wurde eine Reihe der direkt in der Dortmunder Universitätsbibliothek zugänglichen Zeitschriften nochmals intensiver durchgesehen: Altenpflege, Forum Sozialstation, Häusliche Pflege, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Pflege, The Gerontologist, The Journals of Gerontology sowie die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.

Dann wurde das *World Wide Web* und zwar insbesondere mittels folgender Seiten und Suchmaschinen von Fachvereinigungen und -journalen hinsichtlich der o.g. Stichworte und Themen durchsucht (jeweils ergänzt mit www.):

AARP.ORG (American Association of Retired Persons)
Mit den Datenbanken: AGELINE; PUBLIC POLICY INSTITUTE,
ALTENPFLEGE.DE,
AOA.DHHS.GOV (Administration of Aging and Aging Network, USA),
AOK.DE
ASB-ONLINE.DE
AWO.ORG
BARMER.DE
BMA.DE (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung)
BMFSFJ.DE (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
BMGESUNDHEIT.DE (Bundesministerium für Gesundheit)
CARITAS.DE
CENTRE FOR POLICY ON AGING, U.K (Datenbank: AGEINFO),
DAK.DE, PRESSE.DAK.DE
DIAKONIE.DE
DRK.DE
DZA.DE (Deutsches Zentrum für Altersfragen)
EUROFOUND.EU.INT (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)
EUROPA.EU.INT/COMM/EMPLOYMENT_SOCIAL/SOC-PROT/AGEING/INDEX_DE.HTM (Europäische
Kommission)
GESIS.ORG (Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen)
Mit den Datenbanken: FORIS, Forschungsinformationssystem Sozialwissenschaftlichen und SOLIS, Sozial-
wissenschaftliches Literaturinformationssystem,
HTTP://HOME.T-ONLINE.DE/HOME/ROGAHN/ (Homepage Altenpflege wehrt sich!),
KDA.DE (Kuratorium Deutsche Altershilfe)
MEDICAL-TRIBUNE.DE (Medical Tribune Online)
PARITAET.ORG
PFLEGE-2000.DE (Lobby für demente, kranke, hilflose und sterbende Menschen)
PFLEGENET.COM (Internet Server für Pflege)
SENIORWEB.UNI-BONN.DE, (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V., BAGSO),
THEMA-ALTENPFLEGE.DE,
VDAK.DE
VERBAENDE.COM
VINCENTZ.NET (Fachwissen für Profis in Altenhilfe und Geriatrie),
WHO.INT (World Health Organization)

Schließlich wurde auch in *allgemeinen* Suchmaschinen und in *Tageszeitungen* nach den o.g. Begriffen recherchiert:

ALTAVISTA.DE,
DIEZEIT.DE
FIREBALL.DE
FOCUS.DE
KLUG-SUCHEN.DE
LYCOS.DE
METACRAWLER.COM
METAGER.DE,
PAPERBALL.DE
PAPERBOY.DE
SPIEGEL.DE
STERN.DE

TAZ.DE
WEB.DE
YAHOO.DE

1.2.2 Auswahl von Untersuchungsregionen

Zunächst wurde die empirische Untersuchung, wie im Untersuchungsauftrag vorgesehen, in vier Großstädten durchgeführt, wovon eine in Ost- und eine in Westdeutschland liegen und eine eher größer, eine eher kleiner sein sollte. Dem liegt die ohne weiteres einleuchtende Überlegung zugrunde, dass die Versorgungslage in Ost- und Westdeutschland auch in der ambulante Pflege grundsätzlich unterschiedlich sein könnte. Dann gilt die Versorgungsdichte und Marktsituation als wesentliche Variable in bezug auf die Qualität der Pflege. So bieten sich Großstädte insbesondere vor dem Hintergrund an, dass die Pflegeskandale, die in den Medien bekannt wurden, primär in Großstädten (so z.B. Hamburg) auftraten. Die Auswahl von Großstädten ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass u.a. die sogenannte ‚Singularisierung‘, d.h. die Vereinzelung alter Menschen und daraus resultierend die Inanspruchnahme ambulanter Pflege in Großstädten weiter vorangeschritten ist als in eher ländlichen Regionen (vgl. Blinkert/Klie 1999, dies. 2000; Roth 2000 b). Allerdings wurden vergleichend kleinere bis mittlere und größere Großstädte in die Untersuchung einbezogen.

Als weiteres Auswahlkriterium kam im Hinblick auf die Fragestellung des Forschungsprojektes die Versorgungsstruktur selbst in Frage, darunter primär die jeweilige Dichte des Versorgungsangebotes oder die Versorgungsquote, d.h. die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten pro Einwohner oder pro 65-jährige und ältere Einwohner. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die unterschiedliche Dichte des Versorgungsangebotes zumindest zum Teil auch die Marktposition der Anbieter beeinflusst und dass beides also nur zum Teil mit dem unterschiedlichen häuslichen Pflegepotential oder dem unterschiedlichen Grad an Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung in der jeweiligen Region zusammenhängt. Die durch die Versorgungsdichte bedingte Markt- und Wettbewerbssituation könnte, so die weitere Überlegung, sich auch auf die Qualität der ambulanten Pflegedienste auswirken, wobei unterschiedliche Wirkungen möglich sind. Zum einen könnte sich ein hoher Wettbewerbsdruck förderlich auf die Qualität des Angebotes auswirken und ein nur geringes Angebot mit einem entsprechend geringen Konkurrenzdruck eher der Qualität abträglich sein. Umgekehrt ist aber auch denkbar, dass ein hoher Konkurrenzdruck aufgrund eines Preiswettbewerbs eher der Qualität der ambulanten Pflege abträglich und also

eine niedrige Versorgungsdichte eher zuträglich für Verbesserungen der Pflegequalität sein könnte.

Vor diesem Hintergrund wurde folgende Auswahl an Untersuchungsregionen getroffen (vgl. Tabelle 1.1), wobei neben diesen theoretisch begründeten Kriterien mit möglichst gegensätzlichen Fällen, ergänzend pragmatische Aspekte der räumlichen Entfernung für die Auswahl leitend waren. Alle Angaben wurden im Interesse der Befragten anonym gehalten.

Tabelle 1.1: Auswahlkriterien der Untersuchungsregionen

	„große Großstadt“	„kleinere bis mittlere Großstadt“
West-deutschland	GGW: ca. 550.000 Ew. <i>Eher hohe</i> Versorgungsdichte: 3,9 Beschäftigte (1,9 Vollbeschäftigte) in ambulanten Pflegediensten pro 1.000 Ew.	KGW ca. 300.000 Ew. <i>Eher niedrige</i> Versorgungsdichte: 2,1 Beschäftigte (0,6 Vollbeschäftigte) in ambulanten Pflegediensten pro 1.000 Ew.
Ost-deutschland	GGO ca. 450.000 Ew. <i>Eher niedrige</i> Versorgungsdichte: 2,3 Beschäftigte (1,2 Vollbeschäftigte) in ambulanten Pflegediensten pro 1.000 Ew.	KGO ca. 150.000 Ew. <i>Eher hohe</i> Versorgungsdichte: 2,8 Beschäftigte (ca.2,2 Vollbeschäftigte) in ambulanten Pflegediensten pro 1000 Ew.

Hier wurde aus pragmatischen Gründen aus der möglichen 8-Felder Matrix der drei Merkmale eine Auswahl getroffen.

Angaben zum 31.12.1999

Sowohl die Experteninterviews als auch eine erste Befragungswelle der Mitarbeiterbefragung wurde entsprechend in diesen Untersuchungsregionen durchgeführt. Aufgrund eines in diesen Regionen jedoch sehr geringen Rücklaufs bei der Mitarbeiterbefragung (vgl. dazu unten) wurde für diesen Teil der Untersuchung die regionale Beschränkung aufgegeben und ein Sample von über 1.000 Pflegediensten in ganz Deutschland angeschrieben. Allerdings wurde auch für dieses erweiterte Sample ein regionales Kennzeichen verwendet, das zumindest die Auswertung nach Bundesländern und Ost- und Westdeutschland erlaubt.

1.2.3 Experteninterviews

Den ersten Teil der *empirischen* Untersuchung bildeten *Experteninterviews* mit sogenannten ‚Multiplikatoren‘ von Benutzern ambulanter Dienste, d.h. mit Fachleuten der sozialen Praxis, die, so die Annahme, aufgrund ihrer zentralen Position im hier interessierenden sozialen Feld über

gebündelte Informationen bezüglich der Qualität und den damit verbundenen Problemen in der ambulanten Pflege verfügen. Diese Befragungen waren explorativ angelegt und sollten die wesentlichen Problemfelder eruieren, d.h. Ziel war, eine nach Mängelbereichen strukturierte Defizitliste sowie eine Rangfolge der auftretenden Mißstände aufzustellen sowie Problemfelder zu erschließen. Aufgrund der Bandbreite befragter Multiplikatoren und der damit gewährleisteten Berücksichtigung unterschiedlichster Perspektiven konnte davon ausgegangen werden, dass Pflege-mängel und Mißstände umfangreich abgebildet werden.

Diese Experteninterviews wurden in den vier ausgewählten Großstädten (zwei in Ost-, zwei in Westdeutschland, zwei größere und zwei kleinere bis mittlere Großstädte) durchgeführt und bezogen sich auf folgende Fragestellungen:

- Multiplikatoren von Benutzern ambulanter Dienste zu befragen, welche Mißstände bzw. Mängel an ambulanten Diensten geäußert werden und in welcher Häufigkeit diese benannt werden (Rangfolge),
- im Rahmen dieser Befragungen zu eruieren, ob vorhandene Regelungen, Verfahrensweisen und Instrumente der Qualitätssicherung wirken sowie aufzuzeigen, welche Regelungsdefizite bestehen,
- zu ermitteln, welche Mängel und Mißstände seitens der Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten benannt werden,
- zu ermitteln, welche Mindestanforderungen für ambulante Dienste geregelt und festgelegt werden sollten.

Die Expertenbefragungen zielten darauf ab, Mängel, Mißstände und Beschwerden über ambulante Pflegedienste in Form eines Mängelkatalogs zu erfassen und nach den oben genannten Kriterien ‚Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität‘ zu systematisieren. Zudem sollte eine Einschätzung der Reichweite bestehender Regelungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Qualitätsüberprüfung gewonnen werden.

Im einzelnen sollten im Rahmen der geplanten Untersuchung folgende Multiplikatoren befragt werden:

- Beratungsstellen für ältere Menschen und deren Angehörige;
- Gesprächskreise für pflegende Angehörige;
- Selbsthilfegruppen älterer Menschen bzw. Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger;
- Leiter der Ämter für Altenarbeit der Modellkommunen;
- ausgewählte Pflegekassen auf kommunaler Ebene und Vertreter der MDK;
- Verbraucherzentralen;
- Seniorenvertretungen
- Pflegenotruftelefone und Krisenberatungsstellen

Im Rahmen der Multiplikatorenbefragung sollten u.a. folgende Aspekte erfragt werden:

- Inwieweit werden Beschwerden seitens der Benutzer ambulanter Dienste bei den Multiplikatoren bekannt?
- Welche Mängel werden benannt (z.B. bezüglich der Vertragsgestaltung und -vereinbarungen, Abrechnung, räumliche, sächliche und personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiter, Einbezug und Berücksichtigung von Benutzerwünschen, Umgang mit Beschwerden, Pflegemängel etc.)?
- Lassen sich die genannten Mängel systematisieren und in eine Rangfolge bringen? Welche Mängel werden häufig genannt, welche eher selten?

Dazu wurde basierend auf den Erkenntnissen aus der Literaturanalyse ein Leitfaden entwickelt. Dieser enthielt neun Frageblöcke, angefangen vom Bereich der Pflegeberatung, die Erfassung des Pflegebedarfs, der Pflegeplanung und -dokumentation, über Beschwerden und Ergebnisqualität bis hin zu Vorschlägen oder dem Reformbedarf rechtlicher Regelungen. Bei der Fragestellung wurde darauf geachtet, dass grundsätzlich eine neutrale Formulierung etwa folgendermaßen gewählt wurde: „Gibt es nach Ihren Erfahrungen Mängel im Bereich der ..., oder gibt es keine dahingehenden Mängel? Wenn Ja, welche?“ Nach Kontaktaufnahme mit dem jeweils zuständigen städtischen Amt in den ausgewählten Regionen wurden daraufhin die in Frage kommenden Multiplikatoren ermittelt und schriftlich sowie telefonisch angesprochen, um einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Zur Vorbereitung des Termins wurden die Forschungsskizze mit der Fragestellung als auch der Leitfaden vorher versandt.

Die folgende Tabelle zeigt, dass es nicht in allen Regionen und mit allen Adressaten gleichermaßen gelungen ist, Gespräche zu vereinbaren. Dieses lag zum Teil daran, dass schlicht die vorgesehenen Gruppen, insbesondere solche der Selbsthilfe, nicht existierten oder nicht bekannt waren. Diese Ausfälle wären insofern aus der errechneten Quote der Ausschöpfung als ‚neutrale‘ Ausfälle zu entfernen, die mithin etwas höher ausfallen würde. Deutlich wird bei der folgenden Tabelle aber auch, dass es unter den hier ausgewählten Regionen in Westdeutschland offenbar eher etwas leichter als in Ostdeutschland und in größeren eher leichter als in den beiden kleineren Großstädten war, Gespräche zu vereinbaren und durchzuführen. Ein Hintergrund für nicht zustande gekommene Befragungen dürfte auch die thematische Problematik darstellen. Zumindest ein Gesprächsteilnehmer einer Kommunalverwaltung gab zu, dass die Sensibilität des Themas ein Hinderungsgrund für die Vereinbarung eines Termins sei. In einem anderen Fall (Pflegekasse) wurde die nötige Abstimmung mit höheren Hierarchieebenen als Bedingung für ein Gespräch angegeben – allerdings mit dem Hinweis, von weiteren Nachfragen abzusehen. Andere Akteure antworteten nicht, waren auch telefonisch nicht zu erreichen oder nicht zu einer Befragung bereit. Auffallend ist, dass es unter den hier genannten Organisationen, lediglich mit Kom-

munalverwaltungen, Beratungsstellen und Verbraucherzentralen durchgehend möglich war, Gespräche zu vereinbaren, wobei in einer Stadt allerdings erst nach zahlreichen Schreiben und Telefongesprächen ein telefonisches Kurzinterview durchgeführt werden konnte. Just dieser Teilnehmer benannte auch – nach zahlreichen Telefonanrufen – die Brisanz des Themas als hinderlich für die Terminvereinbarung. Andererseits berief er sich darauf, zu den vorgelegten Fragen kaum Informationen zur Verfügung zu haben. Aufgrund der Zusicherung der Anonymität der Antworten muss eine differenzierte Darstellung der Ausschöpfungsquoten nach Städten und Akteuren allerdings unterbleiben. Ebenso wurde auf eine Benennung der Regionen verzichtet.

Tabelle 1.2: Durchgeführte Expertenbefragungen

Akteure	Kontakt	Antwort	Durchführung in %	Städte	Kontakt	Antwort	Durchführung in %
Beratungsstellen	5	5	100	KGW	8	4	50
Angehörigen- und Selbsthilfegruppen	9	3	33	GGW	9	8	89
Seniorenvertretungen	4	2	50	KGO	8	4	50
Verbraucherzentralen	4	3	75	GGO	9	5	56
Kommunal-/Sozialverwaltung	5	5	100				
Pflegekassen	4	2	50				
MDK	4	1	25				
Gesamt	35	21	60	4	35	21	60

KGW = Kleinere bis mittlere Großstadt Westdeutschland; GGW = Größere Großstadt Westdeutschland;
KGO = Kleinere bis mittlere Großstadt Ostdeutschland; GGO = Größere Großstadt Ostdeutschland.

Die Gespräche dauerten zwischen 1 und 2,5 Stunden und wurden in der Regel – mit dem Einverständnis der Befragten – auf einem Tonband aufgezeichnet, in einem Fall wurde auf Wunsch der Befragten das Mitschreiben vorgezogen. In zwei weiteren Fällen wurde das Gespräch telefonisch geführt und die Antworten mitgeschrieben. Nach der Durchführung des Interviews erfolgte in der Regel eine vollständige schriftliche Aufzeichnung auf deren Basis die unten dokumentierte Auswertung vorgenommen wurde.

1.2.4 Befragung von Beschäftigten

Die zweite empirische Primärerhebung der vorliegenden Studie ist eine schriftliche, standardisierte Mitarbeiterbefragung. Ziel dieser Befragung war es, in Ergänzung und Kontrolle der Intensivinterviews mit Multiplikatoren die wesentlichen Mängel in der ambulanten Pflege aus der Sicht

professionell Pflegenden zu ermitteln und vertiefende Einsichten dazu zu erlangen. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung richtete sich auf die Umstände und Rahmenbedingungen, unter denen die Pflege erbracht wird, um damit auch Informationen über mögliche Ursachen für Pflegemängel zu erhalten. Insbesondere sollten folgende Aspekte erfasst werden:

- kritische Arbeitsbedingungen und Belastungssituationen (zeitliche Beanspruchung, Möglichkeiten der Kommunikation über schwierige Pflegebedingungen, Ausführung von Tätigkeiten für die keine Qualifikation besteht bzw. die als Überforderung wahrgenommen werden, Umgang mit Wünschen/Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen etc.);
- "gefährliche" (= nicht mehr zu verantwortende) Pflegesituationen;
- prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegemängeln;
- Kooperation und Kommunikation mit anderen Leistungserbringern und Care Management;
- Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegedienste.

In Abstimmung und auf Wunsch des Auftraggebers wurde dazu ein recht umfangreicher Fragebogen entwickelt, der mit einer Pflegefachkraft intensiv erörtert, anschließend in einem Pretest mit 15 Pflegekräften auf seine Zuverlässigkeit und Aussagekraft hin getestet und modifiziert wurde. Der Fragebogen wurde aufgeteilt in einen kurzen Teil mit Angaben zum Pflegedienst (Art des Trägers, Größe etc.), den sogenannten *Organisationsbogen* und in den eigentlichen *Mitarbeiterbogen*, da einerseits nicht davon ausgegangen werden konnte, dass alle Mitarbeiter das nötige Wissen über z.B. die Zahl der insgesamt versorgten Pflegebedürftigen aufweisen würden und andererseits auch Doppelarbeit vermieden werden sollte.

Angesichts des sensiblen und eher problematischen Bereichs der Fragestellung sowie des recht anspruchsvollen und umfangreichen Fragebogens wurde Wert darauf gelegt, dass den Befragten die *Anonymität* bei der Verwendung aller Angaben glaubhaft gemacht werden konnte. Denn ohne das Vertrauen in die anonyme Verwendung der Angaben wäre die mögliche Verzerrung der Ergebnisse aufgrund einer Beantwortung im Sinne sozialer Erwartungen als noch stärker anzunehmen, als dies ohnehin zu erwarten ist. Zur Zuordnung von Organisations- und Mitarbeiterbogen und Sicherung der Anonymität wurde folgendes Verfahren verwandt. Auf den Fragebögen wurde ein unspezifisches regionales Kennzeichen (Buchstaben) fix vor der Versendung auf den Bögen vermerkt. Zusätzlich wurde *per Bleistift* ein numerisches Kennzeichen zur Kennzeichnung der Dienste auf den Bögen eingetragen. Dieses numerische Kennzeichen konnten die Leitungen der Dienste zur Wahrung der Anonymität *neu* vergeben, wobei sie angewiesen waren, zwei persönliche Geburtsdaten frei zu wählen und *vor* dem Ausfüllen durch die Mitarbeiter das numerische Kennzeichen auf allen verwendeten Bögen neu einzutragen. Die Mitarbeiter waren ferner ange-

wiesen, die ausgefüllten Bögen mittels Freiumschlägen direkt, also ohne Umweg über die Leitungen der Dienste, zurück zu senden. Allerdings hat von dieser Neukennzeichnung nur eine Minderheit, nämlich 24% der antwortenden Mitarbeiter Gebrauch gemacht.

Auf dem standardisierten Fragebogen wurden geschlossene und offene Fragen verwandt. In der Regel wurden verschiedene Items mit Einschätzungen auf einer Ordinalskala mit sechs Stufen (häufig als „Schulnoten“) vorgegeben. Dieses begründet sich zum einen daraus, dass, bei den angesichts der Thematik zu erwartenden Verzerrungen aufgrund der Beantwortung im Sinne sozialer Erwartungen und den eher selten zu erwartenden Mängeln, nur bei einer sehr breiten Skala auch die ‚feinen Unterschiede‘ Anhaltspunkte liefern, wo sich die eigentlichen kritischen Bereiche der Pflegequalität befinden. Diese Erwartung wurde durch die vorliegenden Daten gestützt, die fast durchgehend eine Schiefe der Verteilung und Häufungen bei Extremwerten beinhalten.

Der Fragebogen wurde zunächst Ende November 2000 an 309, d.h. an alle über die Pflegekassen in den vier Regionen ermittelten Pflegedienste mit einem Begleitschreiben versandt. Pro Anschreiben wurden ein Organisationsbogen und fünf Mitarbeiterbögen beigelegt mit dem Hinweis, dass bei Bedarf weitere Bögen angefordert werden könnten. Ferner wurde pro Fragebogen ein frankierter Rückumschlag beigelegt. Nach ca. zwei Wochen wurde *jeder* angeschriebene Dienst telefonisch kontaktiert, um den Rücklauf zu erhöhen und um ggf. Gründe für die Nichtteilnahme in Erfahrung zu bringen. Von den 309 angeschriebenen Diensten liegen aus der regionalen Stichprobe 17 Organisationsbögen und 69 Mitarbeiterbögen ausgefüllt vor. Dieses entspricht einer Ausschöpfung von 6,5% in bezug auf die insgesamt in der regionalen Stichprobe angeschriebenen Dienste, wenn die neutralen Ausfälle (wegen geänderter Adressen oder Betriebsaufgabe, Betriebsänderungen) unberücksichtigt bleiben (vgl. Tabelle 1.3). Zwar konnte angesichts des sensiblen Fragebereichs, der Länge des Fragebogens und der ohnehin bei schriftlichen Befragungen regelmäßig sehr geringen Beteiligung nicht mit einem sehr hohen Rücklauf gerechnet werden (vgl. Görge 2000; Schnell et al. 1992). Allerdings war allein die absolute Zahl der aus der regionalen Stichprobe beantworteten Bögen viel zu gering, um daraus überhaupt sinnvolle Auswertungen vorzunehmen.

Aufgrund der geringen Zahl der regionalen Stichprobe wurde von März bis Juni 2001 eine größer angelegte zweite Versandaktion, nun *bundesweit*, durchgeführt. Dafür wurden 1.000 Pflegedienste zufällig nach dem Adressbuch des Vincentz-Verlages geschichtet gezogen, wobei die Größe der Schichten repräsentativ für die Größe der Bundesländer war. Hier liegen von 78

Diensten und 324 Mitarbeitern ausgefüllte Fragebögen vor, was einer Quote von 9,4% der angeschriebenen Dienste entspricht (vgl. Tabelle 1.3). Im Vorfeld dieser zweiten Versandaktion wurden die Spitzenverbände der Pflegedienste über die Untersuchung informiert, worauf zumindest einige ihre Unterstützung zusicherten. Ferner wurden zwei Hinweise in Zeitschriften plazierte (in ‚Forum Sozialstation‘ und ‚Care Concret‘), worauf 27 Dienste Fragebögen anforderten und sich 11 weitere Dienste und 102 Mitarbeiter beteiligten. Hier konnte erwartungsgemäß eine deutlich höhere Ausschöpfung der angeschriebenen Dienste mit einer Quote von ca. 40% erreicht werden. Deshalb werden diese Dienste bei der Gefahr von Verzerrungen in den Auswertungen zum Teil gesondert behandelt.

Tabelle 1.3: Befragung von Pflegekräften: Stichproben und Rücklauf

	Angeschriebene Einrichtungen	Neutrale Ausfälle*	Erreichte Einrichtungen netto	Rücklauf Dienste	in %	Rücklauf Mitarbeiter
Regionen	309	49	260	17	6,5	69
Deutschland	1.000	147	853	78	9,1	324
Meldung via Zeitschrifteninfo	29	2	27	11	40,7	102
Ohne Angaben				1		38
Gesamt	1.338	198	1.140	107	9,4	533

* Postalisch nicht zu erreichen oder Dienst aufgegeben.

Trotz telefonischer Nachfrage (bei der regionalen Stichprobe) und Erinnerungspostkarten (bei der repräsentativen Stichprobe) konnte insgesamt nur ein sehr geringer Rücklauf erreicht werden. Zwar ist der Umstand einer geringen Beteiligung bei schriftlichen Befragungen durchaus bekannt und als normal anzusehen. Hinzu kommt bei der vorliegenden Befragung die Problematik und Brisanz des Themas und der dazu gestellten Fragen (vgl. Görgen 2000; Schnell et al. 1992). Problematisch an der geringen Ausschöpfung ist, dass nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass die vorliegende Stichprobe nicht eine *systematische* verzerrte, nicht zufällige Auswahl repräsentiert, so dass die Repräsentativität der Daten in bezug auf die Gesamtheit aller Pflegedienste eingeschränkt wäre.

Hinsichtlich des Hintergrundes der Nichtteilnahme kann folgendes gesagt werden. Mit der Erinnerungspostkarte wurde bei offener Fragestellung die Möglichkeit gegeben, Angaben zu den Gründen der Nichtteilnahme zu geben, wobei die Karten wiederum unfrankiert zurückgesandt werden konnten. Davon machten insgesamt 288 Pflegedienste Gebrauch (vgl. Tabelle 1.4), wo-

durch sich auch eine erhebliche Anzahl neutraler Ausfälle zeigte. Eine große Zahl an Adressen der Dienste war offenbar falsch oder die Dienste hatten ihren Betrieb eingestellt. Schließlich gaben auch einige Dienste an, keine Fragebögen erhalten zu haben. Unter den genannten Gründen für die Nichtteilnahme an der Befragung dominierten solche, welche sich auf *Zeitmangel*, *Personalmangel* und die *Arbeitsüberlastung* bezogen, die zusammen knapp 40% der Nennungen ausmachten. Auch die Angabe ‚Fragebogen zu aufwendig‘ deutet in diese Richtung, wengleich hier keine generelle Überlastung des Dienstes gefolgert werden darf, was bei den drei anderen Kategorien eher der Fall sein dürfte.

Tabelle 1.4: Gründe für die Nichtteilnahme

Nennungen	Absolut	In %
Zeitmangel	14	15,6
Personalmangel	13	14,4
Arbeitsüberlastung	8	8,9
Dienst befindet sich in der Reorganisation	11	12,2
Kein Interesse an Untersuchung	10	11,1
Fragebogen zu aufwendig	3	3,3
Ohne Angaben	23	25,6
Sonstige	8	8,9
Summe	90	100

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Zwar muss berücksichtigt werden, dass der Fragebogen bewusst umfangreich angelegt war, so dass dieser Umstand vielleicht auch dann eine Rolle spielte, wenn nur allgemein auf Zeitmangel als Hinderungsgrund für die Teilnahme abgehoben wurde. Jedoch entspricht die *generell* empfundene Zeitknappheit und Arbeitsüberlastung den in ca. 200 telefonischen Gesprächen gewonnenen Erkenntnissen aus der regionalen Stichprobe. Ansonsten wurde telefonisch meist nicht direkt eine Nichtteilnahme angekündigt, sondern auf ‚nicht erhaltene Fragebögen‘ rekuriert, die nochmalige oder weitere Zusendung von Fragebögen erbeten oder die Beantwortung in Aussicht gestellt. Neben dem Zeitmangel fand sich bei der telefonischen Befragung das ‚*mangelnde Interesse*‘ an der Untersuchung als häufigster Grund, was auch laut der Antwortpostkarten in der zweiten Stichprobe mit 11% der genannten Gründen recht häufig auftaucht. Die Anonymität der Angaben konnte zwar durch die Dienste durch das beschriebene Kennzeichnungsverfahren zuverlässig selbst bestimmt werden, so dass dieser Umstand als Hinderungsgrund ausfallen dürfte. Die Befürchtung, sensible Informationen herauszugeben, wurde im übrigen auch nur äußerst

selten auf der Antwortkarte als Hinderungsgrund angegeben. Unter den auszuwertenden Angaben zur Nichtteilnahme gab schließlich aber auch ein Viertel der Dienste keine Gründe an, so dass auch nach dieser Auswertung der Hintergrund der Nichtteilnahme zum Teil im Dunkeln bleibt.

Insgesamt kann aus den Angaben der Gründe für die Nichtteilnahme dennoch gefolgert werden, dass die antwortenden Dienste und die vorliegende Stichprobe eher eine Auswahl der engagierteren und *qualitativ anspruchsvolleren* Pflegedienste und Mitarbeiterinnen beinhalten könnte. Dafür spricht auch folgendes: Die Entscheidung einer Teilnahme oder Nichtteilnahme dürfte in der Regel bei den Leitungen liegen, welche bei qualitativ weniger engagierten Diensten wohl eher auf eine Weitergabe an die Mitarbeiter verzichtet haben dürften. Das heißt aber, dass mit den in der vorliegenden Untersuchung festgestellten Qualitätsmängel, wenn überhaupt, eher eine Unter- als eine Überschätzung (im Vergleich zur allgemeinen Situation) verbunden sein dürfte. Weitere Rückschlüsse zur Güte und Beschaffenheit der Stichproben und zu den daraus abzuleitenden Aussagen können auch mittels der unten folgenden Betrachtung der Auswertungen bestimmter Variablen und dem daran anschließenden Vergleich mit anderen repräsentativen Erhebungen gezogen werden. Schließlich kann im Vorgriff auf die Ergebnisse betont werden, dass die in der Untersuchung oft auftretenden extremen *Signifikanzniveaus* mit einer äußerst geringen Irrtumswahrscheinlichkeit (für den Schluss auf die Grundgesamtheit, d.h. die Verallgemeinerung der Aussagen) von oft weit unter 0,1% eine große Sicherheitstoleranz bieten. D.h. dass selbst bei einer Verzerrung durch die systematische Auswahl eher besserer Dienste solche Schlüsse mit einer hohen Wahrscheinlichkeit noch zuverlässig sind, da bis zu einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% eine Verallgemeinerung der Aussagen als zulässig gilt.

2 Stand der Literatur

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1.1 Veränderungen durch die Pflegeversicherung

Mit dem Erlass des Pflege-VG wurden einige grundsätzliche und über die Pflegeversicherung hinaus reichende richtungsweisende Reformen implementiert, trotzdem diese im großen und ganzen eine moderate ‚pfadabhängige‘ und im weitgehenden politischen Konsens vollzogene Weiterentwicklung des bestehenden Sozialversicherungssystems darstellt – was im übrigen typisch für die Entwicklung des deutschen Sozialstaates ist (vgl. Roth 1999a und b). Zu den wesentlichen Strukturveränderungen zählen insbesondere die neuen und vergleichsweise differenzierten sowie umfangreichen Regelungen zur *Qualitätssicherung*, die weitreichenden unterschiedlichen *Regime der Kostenbegrenzung* sowie einige *ordnungspolitische* Neuerungen, die im folgenden, beginnend mit dem letzten Punkt, in ihren Grundzügen aufgezeigt werden sollen.

2.1.1.1 Ordnungspolitische Grundsatzregelungen

Mit der Pflegeversicherung wurden die folgenden, auch für die Qualitätssicherung wichtigen Grundsatzregelungen getroffen. Im Gegensatz zur Krankenversicherung, bei der bisher nur ein ‚halbierter Wettbewerb‘ unter den Kassen (und nicht zwischen Anbietern) herrscht, wurde durch das Pflege-VG ein sogenannter ‚*Pflegemarkt*‘, d.h. ein *Wettbewerb* unter den *Anbietern* von Pflegeleistungen installiert, die direkt um die Pflegebedürftigen konkurrieren. Die empirisch weithin bestätigte allokativen Effizienz von Märkten mit konkurrierenden Anbietern sollte zum einen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zum anderen der Qualitätsverbesserung der Pflegeinfrastruktur zugute kommen. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die deutsche Pflegeinfrastruktur Mitte der neunziger Jahre im internationalen Vergleich allenfalls im hinteren Mittelfeld rangierte (vgl. Alber / Schölkopf 1999; Schölkopf 1999a, b u. c).¹⁰

¹⁰ Allerdings muss beachtet werden, dass die in den Ländern verwendeten Definitionen z.T. erheblich abweichen, was die Vergleichbarkeit einschränkt (vgl. Schölkopf 1999b: 254).

Obwohl die Konsumentensouveränität von Pflegebedürftigen stark eingeschränkt ist und in der Regel Stellvertreter (meist Angehörige) die Nachfrage realisieren, wurde der Wettbewerb auf dieser Ebene (zwischen Anbietern um Endverbraucher) angesiedelt. Da die Stellvertreter von Pflegebedürftigen immer *auch* eigene Interessen vertreten – so steht im Pflegebereich ein etwaiges Erbe zur Disposition – ist es im Sinne einer menschenwürdigen Pflege um so wichtiger, dass qualitative Mindeststandards definiert und eingehalten werden. Hinzu kommt das grundsätzliche Problem der Qualitätsbeurteilung von Gesundheitsdienstleistungen durch Laien, so dass allgemein unvollständige Informationen auf der Seite der Nachfrage und eine grundsätzliche Asymmetrie von Informationen zwischen professionellen Anbietern und Nachfrage ebenso wie möglicherweise verzerrte Präferenzen auf der Seite der Nachfrage angenommen werden. Der im Pflege-VG geschaffene Wettbewerb benötigt insofern eine Rahmung durch eine öffentlich gewährleistete Qualitätssicherung (vgl. Rothgang 2000a: 444).

Um die Funktion des Wettbewerbs zwischen den Anbietern zu erreichen, wurde im Pflege-VG außerdem auf eine Bedarfsplanung, d.h. eine Steuerung des Marktzutritts und des Leistungsangebotes, wie sie etwa im Krankenhaussektor etabliert ist, bewusst verzichtet. Alle Anbieter haben deshalb einen Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI, sofern diese gewisse Mindestvoraussetzungen erfüllen – unabhängig vom Bedarf und auch über die Marktsättigung hinaus (vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drs. 12/5262: 136).¹¹ Diese Regelung steht allerdings im bis heute kaum gelösten Konflikt mit dem – von den Ländern im Vermittlungsverfahren der Gesetzgebung durchgesetzten – § 9 SGB XI, der diesen die Infrastrukturverantwortung und Kompetenzen für die Regelung der Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen (per Investitionskosten) überträgt.¹² Darüber hinaus wurde entsprechend im Vermittlungsverfahren die ursprünglich geplante – und allokativ effizientere – monistische Finanzierungssystematik zugunsten einer mehrgliedrigen aufgegeben, wonach für die Pflegekosten primär die Pflegekas-

¹¹ Außerdem können Versorgungsverträge auch mit professionell pflegenden Einzelpersonen („sonstige Leistungserbringer“) abgeschlossen werden (§ 77 SGB XI) und private gewerbliche Anbieter wurden ausdrücklich jenen der etablierten Wohlfahrtsverbände gleichgestellt (§§ 11 Abs. 2 Satz 3, 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)

¹² Damit ist unklar, wer für die Vorhaltung einer leistungsfähigen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich ist: die Länder nach § 9 SGB XI, die Pflegekassen nach §§ 12 und 69 SGB XI oder zusätzlich zu Ländern und Pflegekassen auch die Kommunen und Pflegeeinrichtungen, die nach § 8 SGB XI in der „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung“ stehen. Igl (1995b: 283) hat in diesem Zusammenhang von einem „Irrgarten an Regelungen“ gesprochen, der durch die Neufassung des § 9 SGB XI im Gesetzgebungsverfahren ausgelöst wurde. Zu den daraus erwachsenden Folgen siehe: Eifert et al. 1999b.

sen, für die Förderung der Investitionskosten aber die Länder aufkommen *sollen* (dazu: Rothgang 1997).

Neben dieser Einschränkung des Wettbewerbs fehlen solche Elemente in anderen Bereichen des Pflege-VG. Kein Wettbewerb wurde auf der Ebene der Pflegekassen verwirklicht, da die Pflegeversicherung praktisch eine Einheitskasse konstituiert (vgl. Rothgang 2000a). Dieses resultiert daraus, dass von den Pflegekassen einheitliche Leistungen gewährt und einheitliche Beitragssätze erhoben werden, die Beiträge nur per Gesetz geändert werden können, dass Verträge mit Leistungsanbietern gemeinsam und einheitlich getroffen werden (Kap. VII und VIII Pflege-VG) und nicht zuletzt aus dem allgemeinen Ausgabenausgleich (§§ 65-68 SGB XI). Aufgrund der in der Kranken- und Pflegeversicherung unterschiedlich gelagerten Wettbewerbsordnung (Kassenwettbewerb in GKV, Einheitskasse in GPV) und Finanzausgleiche (Risikostrukturausgleich in GKV versus Ausgabenausgleich in GPV) entstehen systematisch allokativer Fehlanreize. Dadurch werden insbesondere Bemühungen angeregt, Krankenkassenleistungen nicht zu gewähren (z.B. Rehabilitation) oder in die Pflegekassen zu verschieben (z.B. häusliche Krankenpflege) (vgl. Rothgang 2000a). Ebenso wurde schließlich, trotz der Überantwortung des Sicherstellungsauftrages an die Pflegekassen,¹³ kein Wettbewerb zwischen den Anbietern um Kassenleistungen im Rahmen eines sogenannten Einkaufsmodells (analog zum britischen National-Health-Service) verwirklicht.

Zusammengefasst handelt es sich bei der im Pflege-VG realisierten Wettbewerbskonzeption um eine nur partielle und inkonsequente, die insbesondere durch die Länderregelungen zur Planung und die noch auszuführenden Vergütungsregelungen sowie Budgetierungen sogar konterkariert wird (Rothgang 2000a: 444). Insgesamt kritisiert Johnne die nicht optimale Wettbewerbsordnung im Pflege-VG, wenn auch mit deutlich anderer Akzentuierung: Danach behindern die zentralen Strukturmerkmale der gesetzlichen Pflegeversicherung einen qualitäts- und innovationsfördernden Wettbewerb eher als sie diesen fördern (1997: 205). So wird von ihr für den ambulanten Bereich die Dominanz der Begrenzung der Leistungsanspruchnahme und die Verhinderung von ‚Mitnahmeeffekten‘ gegenüber der Stärkung der Konsumentensouveränität und die Verbesserung

¹³ So wurde der Sicherstellungsauftrag den Pflegekassen und nicht der Seite der Leistungsanbieter (wie bei der GKV) überantwortet (vgl. §§ 12, 69 SGB XI). Danach haben die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

der Möglichkeiten zur Qualitätssicherung durch die Nachfragenden selbst kritisiert (1997: 205 f.; vgl. Schmidt 1998 a: 260; Schmidt 2000: 199 ff.).

2.1.1.2 Regelungen zur Kostenbegrenzung

Ein zentrales und innovatives Instrument zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit, aber durchaus auch der Qualität der Versorgung, stellt im Pflege-VG dar, dass den Anbietern der Pflegeleistungen die Fähigkeit entzogen wurde, selbst den Leistungsfall zu bestimmen, wie dies im übrigen Gesundheitsbereich der Fall ist.¹⁴ Dazu wurde der MDK als ‚gate-keeper‘ etabliert, der mit den Gutachten zum Pflegebedarf in hohem Maße den Zugang zu den Leistungen der Pflegekassen regelt.

Darüber hinaus ist ein weiteres entscheidendes Reformelement zur Kostenbegrenzung, dass die Leistungen der Pflegekassen nur eine *Teilabsicherung* darstellen. Da die Pflegeversicherung ausschließlich *standardisierte* Leistungen und *Individualbudgets* nur bis zu einer Höchstgrenze pro Fall vorsieht, die in der Regel den Bedarf und die tatsächlich anfallenden Pflegekosten in der jeweiligen Pflegestufe kaum decken, haben die Versicherten ein Interesse an der Auswahl möglichst günstiger Pflegedienste und –einrichtungen.¹⁵

Die genannte Funktion des MDK (als gate-keeper) und die Einführung der ‚Quasi-Selbstbeteiligung‘ der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten wurden als Instrumente gegen das generell für Versicherungsmärkte typische Problem einer ‚*moral-hazard*‘ eingeführt (vgl. Mager 1996; Rothgang 2000a). Allerdings muss betont werden, dass die Funktion des MDK, wie noch auszuführen sein wird, keineswegs lediglich als restriktiver ‚gate-keeper‘ verstanden werden muss. Dieser sollte bereits durch die Begutachtung auch Aspekte eines professionellen case-management und der Qualitätssicherung ausüben, mithin nicht nur eine übermäßige, sondern auch eine möglicherweise zu *geringe* Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen (aufgrund verzerrter Präferenzen oder unvollständiger Information) verhindern, d.h. je-

¹⁴ Ausschlaggebend für die *Einstufung* der Pflegebedürftigen waren bis zum Inkrafttreten des Pflege-VG auf Landesebene festgelegte Defizitkataloge (vgl. Hirnschützer 1988: 102ff.). Dabei hatten jedoch die Träger der Pflegeeinrichtungen einen erheblichen Einfluss auf die festgestellten Pflegestufen, so dass diese über ein Instrument verfügten, um ihre Einnahmen zu steuern (vgl. BMA 1998 a: 23).

¹⁵ Werden der gesetzlich vorgegebene zeitliche Mindestbedarf (in den jeweiligen Stufen) und die jeweiligen Leistungsgrenzen der Pflegekassen ins Verhältnis gesetzt, bestünde selbst in der ambulanten Pflege lediglich bei einem Stundensatz von bis zu 20 DM ein Deckungsgrad von 100% (vgl. Rothgang 2000a).

weils das objektiv von Medizin, Pflegewissenschaft und Sozialarbeit angezeigte Mindestmaß an Pflege und Betreuung bestimmen.

Im Pflege-VG wurden weitere – für die Qualitätssicherung bedeutsame – Reformen verwirklicht, die primär der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung dienen sollen. Grundsätzlich können *Leistungserhöhungen* nach dem Pflege-VG nicht von den Pflegekassen verfügt werden, sondern bedürfen einer Rechtsverordnung der Bundesregierung (§ 30 SGB XI). Ebenso ist auch die Festlegung des *Beitragssatzes* den Kassen entzogen und dem Gesetzgeber überantwortet (§ 55). Darüber hinaus werden die Pflegekassen nach § 70 zur Beitragssatzstabilität verpflichtet. Ferner gibt es das grundsätzliche Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29 SGB XI), wonach die Leistungen wirksam und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Pflegeversicherung bewirken.

Eine entscheidende Bedeutung im Hinblick auf die Gewährleistung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Pflege kommt schließlich den speziellen Regelungen der *Vergütungen* zu (dazu ausführlich: Roth/Rothgang 1999a und b). Nach wie vor werden diese überwiegend in Kollektivverhandlungen zwischen Verbänden der Kosten- und Leistungsträger administrativ festgelegt und nicht am Markt zwischen Anbieter und Nachfragenden gebildet. An den Kollektivverhandlungen werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie deren Vertreter in der Regel nicht beteiligt.

Theoretisch wäre eine Marktpreisbildung im Interesse des Wettbewerbs grundsätzlich wünschenswert. Allerdings muss auch hier die eingeschränkte Konsumentensouveränität ebenso wie das Stellvertreterproblem (mögliche Interessengegensätze zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen) berücksichtigt werden. Hinzu kommt wie bereits gesagt das Problem der Qualitätsbeurteilung von Gesundheitsdienstleistungen durch Laien (unvollständige Informationen auf der Seite der Nachfrage, asymmetrische Informationen zwischen Angebot und Nachfrage sowie verzerrte Präferenzen auf der Seite der Nachfrage). Ferner führte die Marktpreisbildung in Fällen mit Sozialhilfebezug nicht zu allokativ effizienten Ergebnissen; denn hier entstünden für die Betroffenen wenig Anreize, möglichst günstige Preise zu vereinbaren, da deren Einkommen und Vermögen ohnehin bereits aufgezehrt wurden (dazu ausführlich: Rothgang 2000a).

Aber auch die an den Preisverhandlungen auf Seiten der Kostenträger neu hinzu gekommenen *Pflegekassen* haben theoretisch kein genuines Eigeninteresse an einer Begrenzung der Pflegekosten. Niedrige Pflegekosten sind für die Pflegekassen nämlich grundsätzlich betriebswirtschaftlich nur dann interessant, wenn die Leistungen der Pflegekassen *über* den Pflegekosten liegen, so dass dann die Leistungen der Pflegekassen nicht bis zur Höchstgrenze ausgeschöpft würden und Einsparungen entstünden (vgl. Rothgang 1997: 56).¹⁶ Da die Pflegekosten jedoch in der Regel deutlich oberhalb der Pflegekassenleistungen liegen, greift als Instrument der Kostendämpfung in der GPV vorläufig also primär die Vorgabe von Höchstgrenzen im Leistungsrecht. So zeigen Erhebungen eine durchschnittliche Deckungslücke in Höhe von 254 DM pro Monat bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (vgl. Schneekloth / Müller 2000: 79).¹⁷ Nur 35% antworteten, überhaupt keine regelmäßigen Pflegekosten privat zu bestreiten.

Entlastet werden bei einer Begrenzung oder gar Verminderung der Pflegekosten insbesondere die *Sozialhilfeträger* (vgl. Roth/Rothgang 2001). Um zu vermeiden, dass sich Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen über die Köpfe der Sozialhilfeträger hinweg und zu deren Lasten einigen, wurde dem zuständigen Sozialhilfeträger im 1. SGB XI-Änderungsgesetz eine Veto-Position eingeräumt. War zuvor eine Mehrheit der Kostenträger ausreichend, um eine Preisvereinbarung durchzusetzen, kann der Sozialhilfeträger allein nunmehr durch seinen Widerspruch ein Schiedsverfahren nach § 76 SGB XI erzwingen und dabei sogar im voraus verlangen, dass nur der Vorsitzende der Schiedsstelle alleine entscheidet, um so zu verhindern, dass er im Schiedsverfahren erneut von den übrigen Vertretern der Kostenträger überstimmt wird (neu gefasster § 85 Abs. 5 SGB XI).¹⁸

Weiter sollen folgende Regelungen im neuen Vergütungsrecht der Kostenbegrenzung dienen, die insbesondere mit der jahrelangen Tradition des ‚Selbstkostendeckungsprinzips‘ brechen.

- der bereits zum 1.7.1993 - sozusagen im Vorgriff auf das Pflege-VG - im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms (SKWPG) vollzogene Übergang auf die prospektive Vergütung,
- der Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zur "leistungsgerechten Vergütung",

¹⁶ Allerdings nehmen die Pflegekassen für sich in Anspruch, auch allgemein als Interessenvertreter ihrer Versicherten zu fungieren.

¹⁷ Hierbei sind allerdings die Empfänger von Geldleistungen mit enthalten, die einen recht erstaunlich hohen durchschnittlichen Fehlbetrag von 245 DM angaben (ebenda).

¹⁸ Die Schiedsstelle ist paritätisch aus Vertretern der Kostenträger und der Einrichtungsträger sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zusammengesetzt (§ 76 Abs. 1 SGB XI). Ist die Kostenträgersseite gespalten, kann es für den Sozialhilfeträger daher sinnvoll sein, die - wenn auch ungebundenen - Vertreter der Pflegekassen nicht an der Entscheidung zu beteiligen.

- die Vorschriften für eine differenzierte Kosten- und Leistungsrechnung, in der auch dem Splitting in der Kostenträgerschaft Rechnung getragen wird,¹⁹
- die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie
- die in § 70 Abs. 2 SGB XI normierte „Notbremse“, nach der „Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, ... unwirksam“ sind.

Diese Regelungen zielen zwar primär auf die Begrenzung der „Preiswalze“ im Heimbereich, sie gelten jedoch prinzipiell auch für den ambulanten Sektor (§ 89 Abs. 3 S. 2 SGB XI). Allerdings ist zu fragen, inwieweit diese Maßnahmen ihr Ziel erreichen (vgl. ausführlich Roth/Rothgang 1999a).

Zunächst ist zu konstatieren, dass auch bei einer *prospektiven* Verhandlung und Festsetzung von Pflegesätzen (§ 85 Abs. 3 SGB XI) als Kalkulationsgrundlage immer auf die Kosten/Preisfestsetzungen der vergangenen Periode zurückgegriffen wird und sich somit wenig ändert. Auch die damit einher gehende Einräumung von Gewinn- und Verlustchancen bietet den Einrichtungen wenig Anreize zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit, da Gewinne in den Vorperioden regelmäßig zu einer Kürzung der Entgelte in der aktuellen Periode führen dürften und die Gewinne damit mittel- und langfristig immer von den Kostenträgern abgeschöpft werden. Ferner dürfte der postulierte Übergang von der Kostendeckung zur Finanzierung „leistungsgerechter“ Entgelte keine gravierenden Veränderungen mit sich bringen. Nach § 89 Abs. 1 S. 2 SGB XI müssen die „leistungsgerechten“ Vergütungen einem Pflegedienst nämlich nach wie vor ermöglichen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seinen Versorgungsvertrag zu erfüllen. Insbesondere - so die Gesetzesbegründung - kann keine Pflegeeinrichtung gezwungen werden, Leistungen unterhalb ihrer ‚Gestehungskosten‘ anzubieten (BT-Drucksache 12/5262: 144). Damit wird der Kostendeckungsgrundsatz durch die Hintertür wieder eingeführt. Gelingt es den Einrichtungen - auch im Rahmen der neu eingeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 Abs. 1 SGB XI - nachzuweisen, dass die angefallenen Kosten notwendig waren, können sie eine Kostenübernahme unter Hinweis auf die genannten Normen einfordern. Allein vom Übergang zur prospektiven Finanzierung leistungsgerechter Entgelte kann somit kein entscheidender Beitrag zur nachhaltigen Begrenzung

¹⁹ Zur in der Praxis schwierigen Abgrenzung der Kostenarten ist die Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflegebuchführungsverordnung, PBV) erlassen worden, während die Verordnung über die Abgrenzung der in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nicht zu berücksichtigenden Investitionsaufwendungen von den vergütungsfähigen Aufwendungen für Verbrauchsgüter (Pflege-Abgrenzungsverordnung, Pflege-AbgV) bisher noch aussteht (Dane 1996: 275; BMA 1998 a: 65). Einschlägige Regelungen zu diesem Komplex sind auch in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI enthalten (vgl. hierzu Allemeyer 1996 c; Dane 1996).

der Preisdynamik im Pflegebereich ausgehen. Auch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) ist mangels Vollziehbarkeit diesbezüglich wenig vielversprechend.²⁰

Entscheidend für eine Kostenbegrenzung ist vielmehr - unabhängig davon, ob prospektive oder retrospektive Preisverhandlungen geführt werden -, dass die Höhe der Vergütung nicht mehr von individuellen Kosten der Einrichtung, sondern von den *Durchschnittskosten* aller Einrichtungen einer geeignet definierten Versorgungsregion abhängig gemacht wird (ausführlich: Roth / Rothgang 1999a und b).²¹ Zunächst dürfte dies zwar nur zu einer Angleichung in Richtung Mittelwert führen, bei der die Preissenkungen im oberen Segment den Preiserhöhungen im unteren Preissegment gegenübergestellt werden müssen. Mittel- und langfristig bieten einheitliche Vergütungshöhen in einer Region aber erstmals wirkliche Gewinnmöglichkeiten, da individuelle Kostensenkungen bei einer hinreichend großen Zahl von berücksichtigten Einrichtungen kaum Eingang in die Durchschnittsbildung finden und die resultierenden Gewinne deshalb beim Einrichtungsträger verbleiben. Da bei einem derartigen Regime jedoch alle Einrichtungen Anstrengungen zur individuellen Kostensenkung unternehmen dürften, ist bei dynamischer Betrachtung mit einer Abwärts-spirale bzw. mit einer Verlangsamung des Anstiegs bei den Kosten zu rechnen,²² selbst wenn zunächst sogar über dem Durchschnitt liegende einheitliche Werte verwendet werden (vgl. auch Prinz 1995).²³ Entgegen den in den ersten Jahren nach Erlass des Pflege-VG üblichen Praktiken

²⁰ Die Entwicklung des zum Budgetausgleich in der gesetzlichen Pflegeversicherung notwendigen Beitragssatzes hängt von vielen Faktoren bei den Einnahmen und Ausgaben ab (vgl. Rothgang 1997: 269-76). Vor Beginn des Budgetzeitraums ist kaum absehbar, welche Entgelte bei konstantem Beitragssatz und ausgeglichenem Budget zu finanzieren sind. Eine nachträgliche Anpassung der Entgelte dürfte dagegen rechtsstaatliche Grundsätze tangieren. Zudem haben die Einrichtungen Anspruch auf leistungsgerechte Entgelte - unabhängig von der Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Schulin (1994: 444) hält den "Abs. 1 des § 70 SGB XI ... daher mangels Vollziehbarkeit und Abs. 2 wegen Verstoßes gegen elementare Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit [für] nichtig."

²¹ Die einheitliche Vergütungshöhe muss nicht notwendigerweise mit dem (gewogenen) arithmetischen Mittelwert im Status quo ante zusammenfallen. Der Vorteil einer solchen Festlegung besteht aber darin, dass die Umstellung für die Kostenträger unerheblich ist und diese Festlegung leichter zu vermitteln ist. Je stärker die einheitlichen Vergütungssätze den Mittelwert unterschreiten, desto größer wird das Risiko, dass Einrichtungen mit hohen Kosten abrupt aus dem Markt ausscheiden müssen.

²² Solange eine Kartellierung der Heime ausgeschlossen werden kann, handelt es sich aus Sicht der Heimträger hierbei um ein n-Personen-Gefangenendilemma. Unabhängig davon, ob die anderen Heime rationalisieren, sind entsprechende Anstrengung für das eigene Heim sinnvoll. In der Sprache der Spieltheorie ist die Kostensenkung eine dominante Strategie. Im Ergebnis kommt es dadurch aber zur einer Abwärtsspirale bei den Entgelten, so dass sich die Einrichtungen besser stellen würden, wenn sie alle auf Rationalisierungsmaßnahmen verzichteten. Die Differenz von individueller und kollektiver Rationalität, die charakteristisch für das Gefangenendilemma ist, führt hier - hinter dem Rücken der Akteure - zu einem im Sinne des Gemeinwohls wünschenswerten Ergebnis, allerdings nur insofern das Funktionieren der Qualitätssicherung vorausgesetzt werden kann.

²³ Zwar können die Einrichtungen immer noch versuchen, die buchhalterischen Kosten nach oben zu manipulieren. Gleichzeitig bestehen bei einer Entgeltvereinbarung auf der Basis von Durchschnittskosten - im Gegensatz zur Entgeltvereinbarung auf der Basis von Individualkosten - aber starke Anreize, die tatsächlichen Kosten zu redu-

der Kollektivverhandlung ist laut dem 2. Bericht der Bundesregierung zum Pflege-VG in neuerer Zeit tatsächlich ein Trend zur Einzelverhandlung festzustellen (BMG 2001: 60; vgl. auch: Douma 1999). Ob dabei eine Orientierung an Durchschnittskosten zur Anwendung kommt, muss an dieser Stelle jedoch offen bleiben.

Im ambulanten Bereich erfolgt die Vergütung überwiegend (zu 80%) über *Leistungskomplexe* und bisher mit auf der Landesebene meist einheitlich – z.T. nach Verbänden differenziert²⁴ – festgelegten Punktwerten, zu einem geringen Teil (11%) über Einzelleistungen oder nach Zeitaufwand (7%); hinzu kommen Kombinationen von Vergütungen nach Leistungskomplexen und Zeitaufwand (8%) (Schneekloth/Müller 2000 117). Die Leistungskomplexe wurden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im März 1995 als Bundesempfehlung angezeigt und zum 8. November 1996 überarbeitet vorgelegt. In jedem definierten Leistungskomplex werden verschiedene Einrichtungen zu Leistungspaketen zusammengefasst (z.B. in der Kleine (Große) Morgen- und Abendtoilette: An- und Auskleiden, Teil- (Ganz-)waschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen) und über ein Punktsystem bewertet. Aufgrund unterschiedlicher Zuschnitte der Leistungskomplexe ist ein Vergleich der Vergütungshöhe zwischen den Ländern jedoch stark eingeschränkt.

Leistungskomplexe, Einzelleistungsvergütungen und Entgelte nach geleisteter Zeit haben im Rahmen eines Modells ökonomisch rational handelnder Akteure je nach Marktsituation (Nachfrage- oder Angebotsüberschuss) und der Gestaltung von Arbeitsverträgen unterschiedliche Anreizwirkungen auf Angebot und Nachfrage von Pflegeleistungen (dazu: ausführlich: Herdt et al. 2000). Dabei entsteht theoretisch insbesondere bei Einzelleistungsvergütungen und Leistungskomplexen für die Anbieter ein Anreiz zur Ausweitung des Angebotes im Sinne einer ‚angebotsinduzierten Nachfrage‘ und zur Verminderung der für die jeweiligen Leistungen aufgewendeten Zeit (vgl. ausführlich: Schulenburg 1992).

Allerdings konnten Herdt et al. (2000) in einer in Hessen durchgeführten Untersuchung bisher keine erheblichen Differenzen im Hinblick auf die Qualitätsdimension zwischen den verschiedenen Vergütungssystemen nachweisen (vgl. 234 f.). Aber im Modulsystem meinen immerhin 29%, im Zeitsystem lediglich 15% der 191 befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen, dass der Pflegedienst Leistungen erbringe, die *nicht* von Trägern der Sozialleistungen vergütet werden

zieren. Werden die Möglichkeiten, höhere als die tatsächlich entstandenen Kosten nachzuweisen, als grundsätzlich begrenzt angesehen, dürften die positiven Anreize daher die Effekte von Kostenmanipulationen überwiegen.

(Herdt et al. 2000: 237). Dieses könnte u.U. als Indiz für die o.g. Leistungsausweitung im Modulsystem gewertet werden. Ferner macht ein Teil der Pflegedienstleitungen und Pflegekräfte bei der Bedarfsgerechtigkeit und Möglichkeit, auf individuelle Wünsche der Pflegebedürftigen einzugehen, Abstriche; im Abwahl- und Modulsystem geschieht dies nach dem Eindruck der Pflegekräfte häufiger als im Zeitsystem (ebenda). Zwar lassen die Antworten der befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen – bei generell hoher Zufriedenheit mit der Arbeit der Pflegedienste – in bezug auf die Zeit, die sich die Pflegekräfte für Gespräche nehmen, durchaus eine Konzentration kritischer Stimmen erkennen (ebenda: 234). Jedoch enthalten die Antworten der Klienten *keine* dahingehenden Unterschiede zwischen den Vergütungssystemen, denen von dieser Seite generell auch keine große Bedeutung zugemessen wird (ebenda: 235). Insgesamt kommen deshalb die Autoren zu dem Befund, dass die Qualität der Pflegeleistungen offenbar von weiteren Variablen determiniert wird, deren Wirksamkeit vom jeweiligen Vergütungssystem unabhängig ist (ebenda: 236). Defizite in den Rahmenbedingungen und die Qualität beeinträchtigende Momente, so die Studie, würden zunächst auf der Ebene der Pflegekräfte kompensiert und seien nicht unmittelbar als Defizit bei den Pflegebedürftigen wahrzunehmen, was im Ergebnis zur faktischen Leistungs- und Qualitätskonvergenz führe (vgl. Herdt et al. 2000: 236).

In ähnlicher Manier kommt der 2. Bericht der Bundesregierung (BMG 2001) zum Pflege-VG aufgrund einer weiteren Studie aus Berlin zum Befund, dass sich nunmehr das neue Vergütungssystem – entgegen den noch im ersten Bericht (BMA 1998) festgestellten Schwächen im Leistungskomplexsystem – insgesamt etabliert habe und in der Praxis ohne nennenswerte Probleme angewandt werde (BMG 2001: 60). Die finanziellen Rahmenbedingungen, die durch das Pflege-VG gesetzt wurden, wurden in der interessierten Fachwelt indes immer wieder scharf als unzureichend, unerträglich, menschenunwürdig etc kritisiert. Allerdings zeigt sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Bewertung der Leistungen der Pflegeversicherung auf der Seite des Angebots und jener auf der Seite der Nachfrage.²⁵ Im Unterschied zu einer noch auszuführenden – und methodisch oft fragwürdigen – sehr hohen Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Ange-

²⁴ Dabei erhalten die Verbände der „Freien Wohlfahrtspflege“ z.B. in Nordrhein-Westfalen höhere Punktwerte als private gewerbliche Anbieter (vgl. Eifert et al. 1999b; Gerste/Rehbein 1996).

²⁵ „Ein Mordsgeschäft“ oder „Suppe für 80 Mark“ und „Gnadenlose Abzocker“ waren einerseits Überschriften in der Presse, während andererseits Pflegekräfte über die Kompliziertheit und „unbeabsichtigte Fehler“ klagten. So konnte für Wiesbaden nachgewiesen werden, dass mit den in Hessen 1995 angewendeten Leistungskomplexen Stundensätze von bis zu 150 DM erzielt werden, obwohl das Abrechnungsverfahren mit Leistungskomplexen korrekt angewendet wurden (Verein für Sozialplanung 1997), wobei jedoch zusätzlich Leistungen der Behandlungspflege bei den Krankenkassen in Rechnung gestellt wurden (Weber 1998: 367).

hören mit den Leistungen der Pflegeversicherung beurteilen dies die ambulanten Pflegedienste überaus kritisch. Lediglich 5% der Dienste gaben bei der entsprechenden Frage an, dass die Pflegesachleistungen für die Versorgung der Pflegebedürftigen „ausreichend / angemessen“ seien; 39% bezeichneten diese als „gerade noch ausreichend“ (vgl. Schneekloth / Müller 2000). Entsprechend der negativen Beurteilung der als nicht ausreichend eingeschätzten Leistungen der Pflegeversicherung beurteilt die Mehrzahl (59%) der befragten Pflegedienste die ausgehandelten Vergütungen als nicht kostendeckend; dabei fällt die Kritik bezeichnenderweise bei den öffentlichen Trägern (74%) und jenen der Wohlfahrtsverbände (66%) und in den größeren Einrichtungen überdurchschnittlich aus (Schneekloth / Müller 2000: 118), also bei den etablierten Vertretern des ‚kommunalen Korporatismus‘. Demgegenüber beurteilen die kleineren privaten gewerblichen Einrichtungen – die überwiegend neu am Markt aufgetaucht sind – die Vergütungen positiver, obwohl diese zum Teil (so in Nordrhein-Westfalen) *geringere* Vergütungen (Punktwerte) zugesprochen bekamen als jene der Wohlfahrtsverbände (vgl. Eifert et al. 1999b).

Im seltsamen Kontrast zu der insgesamt überwiegend negativen Beurteilung der Vergütungen gab freilich ein Drittel der befragten Pflegedienste an, in den nächsten drei Jahren ihre Pflegekapazitäten *erweitern* zu wollen und umgekehrt verneinten dies nur 21% (Schneekloth / Müller 2000: 120). Dieses lässt zumindest grundsätzlich nicht unbedingt auf eine generell schlechte Ertragslage schließen. Aufgrund der mangelnden Vergleichbarkeit der Vergütungen liegen zur tatsächlichen Kostenentwicklung in diesem Bereich keine Daten vor. Wie bereits dargestellt sind außerdem die Pflegekassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Herausgabe von Preisvergleichen noch nicht durchgehend nachgekommen. Allerdings müssen vor dem Hintergrund der o.g. Erweiterungspläne, der nach wie vor stattfindenden raschen Marktausweitung (vgl. Eifert et al. 1999b) und der Preisentwicklung im stationären Bereich²⁶ die Klagen der Einrichtungen und der damit verknüpften interessierten Fachverbände skeptisch beurteilt werden.

²⁶ Hier vollzogen sich zwischen 1996 und 1998 klar über den gesetzlich fixierten Höchstgrenzen liegende Steigerungen der Heimentgelte in Höhe von durchschnittlich 7-8% (für Pflege) und 3-4% (Gesamtentgelte) innerhalb von maximal anderthalb Jahren (vgl. Roth/Rothgang 1999a und b). Nach dem Lüften des ‚Deckels‘ beschleunigte sich der Anstieg der Heimkosten wieder: Nach Daten des VdAK lag dieser bei durchschnittlich 10-20% (1998-2000) (vgl. Roth/Rothgang 2001).

2.1.2 Regelungen zur Qualitätssicherung in Deutschland

In Deutschland wurde die rechtliche Regulierung der Gewährleistung einer hochwertigen Qualität der Pflege lange vernachlässigt. Aber auch der Pflegeforschung und -praxis wurde attestiert, dass sie die Umsetzung der Qualitätssicherung eher zögerlich vollzogen habe, so dass mit dem Pflege-VG häufig der Beginn der institutionalisierten Bemühungen um Qualitätssicherung in der Pflege verbunden wird. Diese Zäsur lässt sich auch an der seitdem rapide ansteigenden Zahl dahingehender Veröffentlichungen belegen. Dabei muss jedoch betont werden, dass die im BSHG (in § 93) und im Pflege-VG beginnende Regulierung den Reformen im übrigen Gesundheitswesen folgt.

So wurden bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 in den §§ 135-139 SGB V ein Abschnitt zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung und darüber hinaus eine Reihe weiterer Vorschriften für Qualität und Qualitätssicherung (§§ 70, 73, 132 SGB V) in das Krankenkassenrecht eingefügt (vgl. Herweck 1994: 54). Nicht unerwähnt bleiben soll auch, dass schließlich bereits das 1975 verabschiedete Heimgesetz mit seinen Verordnungen (Heimmitwirkungsverordnung, Heimsicherungsverordnung, Heimmindestbauverordnung sowie die später hinzu gekommene Heimpersonalverordnung) wichtige Aspekte der Qualitätssicherung enthält.

Im Pflege-VG gibt es neben den im Anschluss auszuführenden besonderen Regelungen zur Qualitätssicherung im Leistungs- und Verfahrensrecht (inklusive den jüngst verabschiedeten speziellen Regelungen im Rahmen des PQSG) eine Reihe von Maßnahmen, die auf ein Mindestmaß an Qualität in der Pflege zielen.²⁷ Dazu zählt schon das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) (§ 18 SGB XI). In diesem Zusammenhang sollen z.B. auch Feststellungen dazu erfolgen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen *Rehabilitation* geeignet, notwendig und zumutbar sind. Ferner wird vom MDK geprüft, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise (z.B. durch Angehörige) sichergestellt ist (§ 18 Abs. 5 S. 2), wobei neben den medizinischen Aspekten auch Feststellungen zur häuslichen Pflege- und Versorgungssituation und zum *sozialen Umfeld* des Pflegebedürftigen getroffen werden. Durch das PQsG wurden die Vorgaben zur Begutachtung präzisiert, wobei darauf hingewiesen wird, dass die Begutachtung durch eine „Untersuchung“ des Antragstellers erfolgen muss und dass nach Abs. 4 auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen

oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragt werden sollen. Ferner hat der MDK nach § 18 (2) SGB XI den Versicherten in seinem *Wohnbereich* zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse allerdings die beantragten Leistungen verweigern. Die Untersuchung kann auch bereits im Krankenhaus erfolgen, so dass erst im Nachhinein eine Begutachtung der häuslichen sowie sozialen Situation (durch Pflegekräfte oder Sozialarbeiter) stattfindet. In Ausnahmefällen kann ein Hausbesuch unterbleiben, wenn nach der Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung eindeutig feststeht (§ 18 Abs. 2 S. 4). Dann ist die Begutachtung durch geschulte und qualifizierte Gutachter durchzuführen. Sie erfolgt durch Ärzte, Pflegefachkräfte (der Alten- oder Krankenpflege) und andere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter), die der MDK vorhält (vgl. § 18 Abs. 6, S. 1 u. Ziff. 5.5, Sätze 1 u. 2 PflRi). Der vom MDK im Zuge der Begutachtung aufzustellende *Pflegeplan* muss schließlich u.a. Aussagen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen Hilfen, über notwendige technische Hilfsmittel und über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit enthalten. Ferner muss der MDK den Pflegebedarf wiederholt prüfen (vgl. Marschner, Kommentar; Giese / Wiegel 2000).

Ein weiterer für die Pflegequalität richtungsweisender Bestandteil stellt die *Beratung* der Pflegebedürftigen dar, die auch flankierend für die Wahlfreiheit der Versicherten und die Funktion des in der Pflegeversicherung gewünschten Wettbewerbs vorgesehen ist. Nach § 7 SGB XI müssen deshalb die Pflegekassen ihre Versicherten umfassend aufklären und *beraten*, was durch das 1. SGB XI-ÄndG und das PQsG konkretisiert und ausgeweitet wurde. Dazu gehört, dass die Pflegekasse laut Abs. 3 zu Zwecken der Förderung des Wettbewerbs und der Transparenz des Angebotes dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Leistungsbescheid eine *Leistungs- und Preisvergleichsliste* der zugelassenen Pflegeeinrichtungen des wohnlichen Einzugsbereichs zu übermitteln hat; diese Vorgabe wurde erstmals am 25.6.1996 durch das 1. SGB XI-ÄndG zunächst in § 72 als Absatz 5 eingefügt²⁷ und nun mit dem PQsG in den § 7 Abs. 3 vorgezogen sowie insbesondere um den Zusatz der Herausgabe der Festlegungen der *Leistungs- und Qualitätsvereinbarung* nach dem neuen § 80a sowie der *Vergütungsvereinbarung* nach dem Achten Kapitel erweitert. Darüber hinaus hat die Pflegekasse auch eine Beratung anzubieten, welche Pflegeleistungen für den Pflegebedürftigen in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Zur Unterstützung der bei Pflegeleistungen prekären Konsumentensouveränität – mit der ein

²⁷ Als Überblick zum Aspekt der Qualitätssicherung im Pflege-VG siehe: Dangel/Korporal 2000; Giese/Wiegel 2000.

²⁸ Nach Erhebungen in Nordrhein-Westfalen waren diese Übersichten bis Ende 1998 allerdings nur in *einem Drittel* der Kreise und kreisfreien Städte verbreitet (vgl. Eifert et al. 1999a).

‚Pflegemarkt‘ überhaupt nur funktionieren kann – haben einige Länder in ihren Ausführungsgesetzen eine zusätzliche Beratungsregelung vorgesehen (vgl. Eifert et al. 1999b). So hat z.B. Nordrhein-Westfalen in seinem Ausführungsgesetz eine durch die Kommunen unabhängig von Trägerinteressen zu *organisierende*, Beratung vorgeschrieben. Diese wird in Nordrhein-Westfalen bis auf wenige Ausnahmen in aller Regel in kommunaler Trägerschaft wahrgenommen (vgl. Eifert et al. 1999a), womit allerdings die Vorgabe der Neutralität nur teilweise realisiert wird, weil Kommunen sowohl Anbieter von Diensten als auch Finanziers (im Rahmen der Sozialhilfe) sein oder sein können. Gleichwohl bietet sich damit eine sinnvolle Ergänzung der Beratung durch die Pflegekassen, da damit verschiedene weitere Angebote örtlicher sozialer Dienste und nicht versicherte Personen ins Blickfeld gelangen und weil auch die Pflegekassen als Finanziers nicht unbedingt dem Anspruch der Neutralität genügen können.

Ebenso wie die Beratung dienen die Beratungs- und Kontrolleinsätze, die in der häuslichen Pflege nach § 37 SGB XI abgerufen werden müssen, der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. In diesem Zusammenhang seien auch die Pflegekurse genannt (§ 45 SGB XI). Allerdings ist zu § 37 kritisch anzumerken, dass einerseits die Pflegedienste, welche die Beratungs- und Kontrolleinsätze durchführen, grundsätzlich dem Anreiz unterliegen, auch ökonomische Eigeninteressen zu verfolgen, weshalb eine objektive fachliche Beratung aus diesem Grunde nicht immer vorausgesetzt werden kann. Auf der anderen Seite unterliegen auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen unter Umständen verzerrten Präferenzen oder einer eingeschränkten Rationalität (z.B. durch persönliche oder familiäre Probleme), denen auch mit den Kontrollbesuchen oft nur teilweise beizukommen sein dürfte.

Grundsätzlich wird in § 28 Absatz 3 SGB XI vorgeschrieben, dass Pflegekassen und Leistungsträger sicherzustellen haben, „dass die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-technisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden“. Laut § 28 Abs. 4 SGB XI soll die Pflege „auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr der Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden“. Ferner muss auf die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI hingewiesen werden, die auch die „Leistungsfähigkeit“ zum Gegenstand haben. Um eine umfassende Pflege sicherzustellen, sieht das Pflege-VG eine Reihe aufeinander abgestimmte Leistungen vor, eben die Möglichkeit der Inanspruchnahme professioneller Pflege (§§ 36, 41 ff.), die Bereitstellung von

Hilfsmitteln (§ 40), die Finanzierung von Wohnumfeldverbesserungen (§ 40) oder die Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39).

Dann zielen die Strukturvorgaben für Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Erteilung von Versorgungsverträgen (und der Möglichkeit der Kündigung von Seiten der Pflegekasse) auch in die Richtung der Pflegequalität. Die Anforderungen des § 71 (Abs. 1) SGB XI besagen für die hier interessierenden ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), dass diese selbständig wirtschaftende Einrichtungen darstellen müssen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten *Pflegefachkraft* Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen; nach Abs. 3 ist, um als Pflegefachkraft zu gelten, neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.

Neben den bisher genannten allgemeinen Vorgaben, die im Sinne einer Gewährleistung von ‚Strukturqualität‘ verstanden werden können, gibt es einige bereits gültige spezielle Regelungen zur ‚Qualitätssicherung‘ im Pflege-VG, die auch die sogenannte ‚Prozess-‘ und ‚Ergebnisqualität‘ im Auge haben. Diese in Deutschland einschlägige grundlegende Abgrenzung nach Donabedian wird auch in den Prüfmaßstäben des MDK verwandt, deren gesetzliche Grundlage im Anschluss auszuführen sein wird. Praktisch ist diese Einteilung allerdings nicht immer leicht zu bewerkstelligen. So werden unter Strukturqualität gemeinhin Aspekte der Organisation (Größe, Ausstattung, Zahl der Mitarbeiter, Fachkräfte etc.) verstanden; unter ‚Prozessqualität‘ fallen die Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie die Durchführung der Pflege. Schließlich werden unter ‚Ergebnisqualität‘ Aspekte des ‚Erfolgs der Aktivierung‘, Rehabilitation, Stärkung sozialer Netze, Zufriedenheit der Pflegebedürftigen subsumiert (vgl. Dangel/Korporal 2000: 249).

Spezielle grundlegende Regelungen zur Qualitätssicherung stellen die „Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung“ nach § 75 und einheitliche „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung“ nach § 80 SGB XI dar, welche auf der Ebene der Spitzenverbände abgeschlossen wurden und für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich

sind.²⁹ Diesem Vorbild folgen die Rahmenempfehlungen für die häusliche Krankenpflege, die seit dem 2. Neuordnungsgesetz im Bereich der GKV gelten, wonach die Pflegedienste und Krankenkassen einheitliche Regelungen hinsichtlich der Ausführungen der häuslichen Krankenpflege vertraglich vereinbaren müssen, womit erstmals eine Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege vorgenommen wurde (vgl. Feldmaier-Berens/Sitte 1999).

In den mit dem PQsG erweiterten *Rahmenverträgen* nach § 75 Abs. 2 SGB XI werden neben den Grundsätzen zum Inhalt der Pflegeleistung und den allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme insbesondere Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte *personelle Ausstattung* der Pflegeeinrichtungen genannt. Letzteres ist aber nur im stationären Bereich und dort nicht in allen Bundesländern auch umgesetzt worden, wobei die festgelegten Personalrichtwerte für Pflegeheime erheblich differierten.³⁰ Mit dem PQsG wurde dieser Passus geändert, wonach nun – wiederum nur für Pflegeheime – auf der Landesebene Personalrichtwerte festzusetzen sind oder zumindest Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung von Pflegezeiten vertraglich zu vereinbaren sind (§ 75 Abs. 3 SGB XI). Ferner werden laut dem PQsG bundesweite Pflegeheimvergleiche (§ 92a SGB XI) durchgeführt sowie *Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen* mit den Pflegeeinrichtungen (nur im stationären Sektor) abgeschlossen werden (§ 80a SGB XI). Als Begründung für das Aussparen der ambulanten Pflegedienste von dieser Verpflichtung wurde die dort vorzufindende heterogene Versorgung genannt (vgl. Begründung zum Gesetzentwurf des PQsG, BT-Drs. 14/5395 v. 23.2.2001).

Schließlich gibt es wiederum nur für Pflegeheime eine vorgeschriebene „Fachkraftquote“ in Höhe von mindestens 50% durch die Heimpersonalverordnung.³¹ Auch hier findet sich im *ambulanten* Sektor *keine* entsprechende Regelung zu einer dahingehenden Qualitätssicherung. Hier muss wie dargestellt nur die *leitende* Pflegekraft eine Pflegefachkraft sein (vgl. § 71 SGB XI). Allerdings

²⁹ Nach § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind die Sozialhilfeträger als Vertragspartei am Vertragsabschluss zu beteiligen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Sozialhilfeträger in vielen Fällen weiterhin für einen Teil der Pflegekosten aufkommen müssen (vgl. dazu: Roth/Rothgang 2001).

³⁰ Personalanhaltszahlen wurden festgelegt in Bayern, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein; Stellenäquivalenzziffern (ohne Personalanhaltszahlen) finden sich in Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen (vgl. Schneekloth / Müller 2000: 152 f.).

³¹ Weitere Schutzvorschriften finden sich für den stationären Sektor im Heimgesetz sowie der Heimmindestbauverordnung. Ferner greift hier die Organisation der Heimaufsicht ein, die in den Ländern bei unterschiedlichen öffentlichen Verwaltungen angesiedelt ist. Auch hier hat der Deutsche Bundestag am 22.6.2001 eine Novelle mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes beschlossen, das zum 1.1.2002 in Kraft treten wird (BR-Drs. 454/01).

muss diese nach den Qualitätsgrundsätzen nach § 80 SGB XI eine Weiterbildung für leitende Funktionen von mindestens 460 Stunden erfolgreich absolviert haben. Die Übergangsfrist von sieben Jahren für die erfolgreiche Teilnahme an dieser Weiterbildung endet im Jahr 2002 (vgl. 3.1.2 Grundsätze; Marschner, Kommentar; Rothgänger 1998: 29). Zudem muss der Träger des Pflegedienstes sicherstellen, dass eine Pflegefachkraft (d.h. aus den o. g. Berufen) als Vertretung bereitsteht. Diese muss jedoch keine entsprechende Weiterbildung als Leitung haben, sie sollte, muss aber nicht zwingend sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein (vgl. 3.1.1.2, Marschner, Kommentar; Rothgänger ebenda). Die leitende Pflegefachkraft ist verantwortlich für die fachliche Planung und Durchführung der Pflege (Dokumentation, Einsatzplanung etc.), und sie muss dafür sorgen, dass die Pflege nur geeigneten Kräften übertragen wird (vgl. Rothgänger 1998: 30).

Darüber hinaus haben ambulante Pflegedienste nach den nach § 75 SGB XI geschlossenen Rahmenvereinbarungen die *Abrechnungsunterlagen* den Pflegekassen vorzulegen und die Leistungen nach Art, Menge und Preis, Tagesdatum und der Dauer der jeweiligen Leistung zu *dokumentieren*. Diese Angaben sind von den Pflegebedürftigen zu unterzeichnen und zu belegen. Die Manipulation und Berechnung nicht erbrachter Leistungen berechtigt die Pflegekassen zur sofortigen Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Pflegedienst.

Weitere Grundsätze der Qualitätssicherung ergeben sich aus den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI (vgl. Rothgänger 1998): Dazu zählt die Verpflichtung,

- eine dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende *Pflegekonzeption* zu erarbeiten,
- eine individuelle *Pflegeplanung* durchzuführen,
- eine geeignete, sachgerechte und kontinuierliche *Pflegedokumentation* vorzuhalten,
- eine klientenorientierte *Dienstplanung* zu entwickeln,
- die *Angehörigen* in die Arbeit einzubeziehen sowie,
- geeignetes *Informationsmaterial* zu erstellen

Ausgangspunkt der Pflegeplanung muss der individuelle Pflegebedarf sein. Die Pflege ist auch an Sonn- und Feiertagen sowie bei Tag und Nacht zu erbringen und der Pflegedienst muss ständig erreichbar sein. Außerdem sind weitere Grundsätze aufgestellt worden, so dass die Pflege möglichst immer von denselben Pflegekräften zu erbringen und zu dokumentieren ist, dass das Pflegeergebnis anhand der Pflegeziele im Rahmen einer *Selbstkontrolle* regelmäßig überprüft und mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern ist. Unter 4.1. der Grundsätze ist geregelt, dass die Träger des ambulanten Dienstes für die Festlegung und Durch-

führung interner Maßnahmen der Qualitätssicherung verantwortlich sind und sich an der externen Qualitätssicherung beteiligen sollen, diese dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachweisen (vgl. Marschner, Kommentar; Rothgänger 1998: 31).

Die Pflegeeinrichtungen sind ferner verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und diese haben auf Verlangen der Pflegekassen und dem MDK (oder sonstigen Sachverständigen) die *Prüfung* der Qualität ihrer Leistungen durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu beziehen (§ 80 Abs. 2 SGB XI). Werden bei der Prüfung festgestellte gravierende Mängel nicht fristgerecht abgestellt, besteht die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag zu kündigen (§ 80 Abs. 3 SGB XI). Über die Prüfung und ihr Ergebnis ist innerhalb von sechs Wochen ein Bericht zu erstellen, der gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten enthält. Der MDS hat ein *Konzept* zur Durchführung der Qualitätsprüfungen erarbeitet (vgl. Marschner, Kommentar; MDK 1996, MDS 2000), das sich wie ausgeführt an den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Vereinbarungen nach § 80 SGB XI orientiert.

Mit dem PQsG wurden die im SGB XI bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung, wie bereits angesprochen, wesentlich ausgeweitet, wobei zwar der Schwerpunkt auf den stationären Sektor gelegt wurde, aber auch einige für den ambulanten Bereich wichtige Neuerungen zum 1.1.2002 eingeführt wurden. Grundsätzliche Regelungen wurden als Elftes Kapitel mit den §§ 112-120 eingefügt. Der Tenor ist, dass primär die Träger von Pflegeeinrichtungen selbst im Innern und erst nachgeordnet Kontrollen von außen für die Qualitätssicherung sorgen sollen, wobei zudem unabhängige, jedoch von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte, Sachverständige in die Qualitätssicherung und -prüfungen einbezogen werden. Nach § 112 Abs. 2 SGB XI sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen. Laut § 113 SGB XI sind „Leistungs- und Qualitätsnachweise“ durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen zu erteilen (Abs. 2). Zur Anerkennung ist der Erlass einer Rechtsverordnung nach § 118 SGB XI vorgesehen.

Darüber hinaus sind laut § 114 SGB XI der MDK oder die genannten Sachverständigen berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zuge-

lassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen. Nach den Absätzen 2 und 3 dürfen die Prüfer Grundstücke oder Räume der Dienste jederzeit angemeldet oder unangemeldet betreten und dort Prüfungen und Besichtigungen vornehmen. Zudem sind die Prüfer berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Ferner sind ggf. die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in die Prüfung einzubeziehen. Bei der Feststellung von Qualitätsmängeln sind laut § 115 SGB XI je nach Schwere der Mängel Auflagen zur Beseitigung innerhalb einer bestimmten Frist, die Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung und die Kündigung des Versorgungsvertrages möglich; darüber hinaus kann nach Abs. 5 im Falle schwerwiegender Mängel die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagt und dieser an einen anderen geeigneten Dienst vermittelt werden. Laut § 116 SGB XI sind die Kosten der Leistungs- und Qualitätsnachweise von dem Träger der geprüften Einrichtung zu tragen. Diese sind aber als Aufwand bei den nächsten Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen. Per Rechtsverordnungen kann die Bundesregierung sowohl die Höhe dieser Entgelte als auch näheres zu den Beratungs- und Prüfvorschriften erlassen (§§ 116 Abs. 4, 118 SGB XI). Schließlich sind nach § 118 Abs. 4 SGB XI vom MDK und MDS den zuständigen Ministerien bei Bund und Ländern erstmals zum 31.12.2003, danach im Abstand von drei Jahren Berichte über die Ergebnisse der Prüfungen sowie über die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu erstatten. Allerdings sind die speziellen Informationen zur Qualitätsprüfung *einzelner* Einrichtungen offenbar laut § 115 Abs. 1 SGB XI nicht für „Dritte“ bestimmt, denn die Prüfer und die Empfänger von Daten sind danach zur Verschwiegenheit verpflichtet. Eine regelmäßige Publikation einzelner Qualitätsberichte zur Unterstützung eines an der Qualität der Pflege orientierten Wettbewerbs ist leider auch im PQsG nicht vorgesehen.

Leider sind nach bisher geltender Rechtslage auch erst *wenige* ambulante Pflegedienste geprüft worden (vgl. unten). Darüber hinaus war ein gravierender Mangel – auch der wenigen bisher durchgeführten Kontrollen –, dass diese einige Zeit *vorher angekündigt* wurden. Aufgrund des zum 1. Januar 2002 wirksam werdenden PQsG werden solche Prüfungen jedoch eben unangemeldet durchgeführt werden können, wobei allerdings in der häuslichen Pflege das Einverständnis des Pflegebedürftigen einzuholen ist.

Dennoch ist zusammenfassend festzuhalten, dass das Pflege-VG eine Vielfalt an Regelungen und verschiedene Instrumente enthält, welche sowohl implizit als auch explizit auf die Sicherung

der Qualität der Pflege zielen und mit dem PQsG weiter verbessert wurden. Insgesamt, so Schmidt, bedient man sich neuer Methoden, die in der Vergangenheit so nicht existierten: Die Vereinbarungen zur Qualität im Pflegevertragsrecht und das Qualitätssicherungskonzept des MDK kombinieren die Realisierung von Mindeststandards und deren Überprüfung methodisch mit der Selbstbindung und Selbstaktivierung der Dienste und Einrichtungen (Schmidt 1998 a: 261). Dieses muss als produktiver Ansatz verstanden werden, der jedoch offenbar in der Praxis so bisher nicht wahrgenommen wurde. Hier wurde der MDK, der selbst seine Funktion als Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung, d.h. auch in der Unterstützung interner Qualitätssicherung, sieht primär als Kontrollinstrument der Pflegekassen wahrgenommen (vgl. Rothgänger 1998: 32).

Zuletzt muss darauf verwiesen werden, dass die *Länder* im Rahmen ihrer Ausführungsgesetze nach § 9 SGB XI zur Planung und Förderung der Pflegeinfrastruktur ihren Spielraum zwischen einer schlanken oder aufwendigeren Interpretation unterschiedlich genutzt haben (vgl. Eifert et al. 1999b). So ist z.B. Nordrhein-Westfalen Vorreiter einer besonders anspruchsvollen Interpretation. Es hat dementsprechend zahlreiche dahingehende Zielsetzungen und ‚Maßnahmen‘ in sein Landespflegegesetz aufgenommen, die auf eine umfassende Qualitätssicherung auch in der ambulanten Pflege zielen (vgl. ausführlich: Eifert et al. 1999a und b). Dazu zählen neben den relativ differenzierten Vorgaben für die Planung und Förderung insbesondere die ergänzend zum Bundesgesetz aufgenommene Regelung einer „trägerunabhängigen Beratung“. Dies soll die stark eingeschränkte Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen im unübersichtlichen Pflegemarkt unterstützen. Ferner wurden verschiedene Regelungen aufgenommen, welche die koordinierte und konzertierte Steuerung der Pflege und der Pflegepolitik zum Wohle Aller zum Ziel und Gegenstand haben. Unter den Vorgaben zur besseren Kooperation und Koordination spielen die auf der kommunalen Ebene installierten Gremien der „Pflegekonferenzen“ eine zentrale Rolle, womit dem oft beklagten unzusammenhängenden nebeneinander Arbeiten der vielfältigen Einrichtungen oder Dienste der Pflege, hauswirtschaftlichen Versorgung, Rehabilitation und Medizin begegnet werden sollte (vgl. Eifert et al. 1999a); Rosendahl 1999).

2.1.3 Internationale Ansätze

Auch in den meisten anderen modernen Industriestaaten stellt die Koordination zahlreicher sehr unterschiedlicher Dienste sozialer und medizinischer Hilfe sowie Pflege³² einen zentralen Gegenstand der Bemühungen um Qualitätssicherung (und Kostenbegrenzung) in diesem Bereich dar (vgl. Kalisch et al. 1998: 111). Dänemark und den Niederlanden werden diesbezüglich am wenigsten gravierende Probleme attestiert (Schulte 1996: 97). An anderer Stelle werden aus den Niederlanden und Schweden Modelle des 'good-practice' zur Qualitätssicherung berichtet (Pillinger 2001). Allerdings sind die international vergleichenden Forschungen zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege noch nicht sehr weit gediehen. So war und ist die vergleichende Forschung zu Wohlfahrtsstaaten überwiegend global und auf quantitative Aggregatdaten sowie Finanztransfers hin angelegt und wenig auf soziale Dienstleistungen wie die Pflege bezogen (vgl. Schmid 1996: 62). Entsprechend existiert keine Darstellung der Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, was in den mittlerweile zahlreichen, meist europäisch vergleichenden, ökonomisch, juristisch oder politologisch orientierten Überblicken zur Pflegepolitik in der Regel noch nicht einmal als *Thema* erwähnt wird. Deshalb bleiben die folgenden Ausführungen notwendigerweise unvollständig und kursorisch, jedoch können zumindest zunächst einige für das vorliegende Thema relevante Grundzüge der Institutionen und Regelungen in wichtigen Ländern und daran anschließend einzelne Informationen zur Qualitätssicherung in ausgewählten Ländern aufgezeigt werden. Immerhin gibt es als Basis eine Reihe international vergleichende allgemeine Übersichten zur Pflegepolitik mit den jeweils wichtigsten Informationen über Bevölkerung, soziologische Rahmendaten, Nachfrage, Angebot, Institutionen, Finanzierung, Organisationen, Regelungen etc., was hier indes nicht im einzelnen ausgeführt werden kann.³³

Als *Gemeinsamkeit* lässt sich im großen und ganzen für die OECD-Länder beobachten, dass seit einigen Jahren der Problemdruck (Altenbevölkerung, Zahl der Pflegebedürftigen), die dahingehenden sozialpolitischen Aktivitäten und die Zahl der unterschiedlichsten sozialen Dienste stark zunahmen. Ferner wurden auch die Bemühungen um Kostenbegrenzung und Qualitätssicherung intensiviert, die im Rahmen größerer Reformen der sozialen Sicherungssysteme angesiedelt sind und die generell auf eine Belebung durch Wettbewerb und Märkte sowie Stärkung der privaten

³² Pacolet et al. ermittelten 22 verschiedene Formen ambulanter Dienste für ältere Menschen in Europa (vgl. 1998: 75).

³³ Vgl. Alber/Schölkopf 1999; Schulte 1996; Eisen/Mager 1999; Eisen/Sloan 1996; EUROFOUND 2000; Kalisch et al. 1998; OECD 1999; Pacolet et al. 1998; Schölkopf 1999 c; Walker/Maltby 1997.

oder nicht staatlichen Organisationen zielen. Weiter wird entsprechend den weit überwiegenden Wünschen der Klienten³⁴ – und aus Kostengründen – die Unterstützung der häuslichen Pflege favorisiert, teilweise einhergehend mit dem Versuch, die traditionell dominierende in Institutionen erbrachte Pflege abzubauen. Letzteres scheint jedoch nur in Dänemark gelungen zu sein,³⁵ und ob der Ausbau der häuslichen Pflege tatsächlich insgesamt auch Kosten einsparen kann, scheint vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen insgesamt nicht gesichert (vgl. Binstock 1999; Kalisch et al. 1998).³⁶

Neben den genannten Gemeinsamkeiten der Pflegepolitik in den Industriestaaten zeigen sich gravierende *Unterschiede*, schon bei den Institutionen und ihren Regelungen, was die Vergleichbarkeit der ohnehin sehr heterogenen Versorgungslandschaften beeinträchtigt (Edvartsen 1996; Schölkopf 1999c). So gibt es diverse staatliche und private Versicherungssysteme (Krankheit / Gesundheit, Rente, Pflege), Mischformen, über Steuern finanzierte Leistungen oder Dienste und eine Vielzahl mehr oder weniger privater und mehr oder weniger staatlicher Organisationen und nicht zuletzt spielen in diesem Sektor die kommunalen oder regionalen Institutionen meist eine bedeutende, aber höchst unterschiedliche Rolle.

Unterscheiden lassen sich in *Europa* einerseits die nördlichen Staaten (Dänemark, Norwegen, Finnland, Niederlande und Schweden) und Österreich³⁷ mit sehr hohen Versorgungsniveaus und andererseits die südlichen Staaten (Portugal, Spanien, Italien, Griechenland) und Irland mit einer sehr geringen Versorgung mit professionellen Pflegediensten; Deutschland liegt – wie so oft beim

³⁴ Vgl. Walker/Maltby 1997: 105 auf der Basis einer in der EU durchgeführten Befragung.

³⁵ Ein Abbau von Heimkapazitäten ist seit Ende der achtziger Jahre in Dänemark zu beobachten, wo sogar 1987 per Gesetz der weitere Ausbau von Pflegeheimkapazitäten untersagt wurde (Daatland 1999: 414, 419; Jamieson 1999: 400; Schölkopf 1999 b: 266). Ein Rückgang der Pflegeheimplätze wird auch für Australien berichtet, wo mittels Assessment-Teams zwischen 1986 und 1990 die Inanspruchnahme und die Kapazitäten um 15% vermindert werden konnten (Challis/Truske 1997: 104). Indes gibt es auf der Basis internationaler Vergleiche anhand von *Aggregatdaten* bisher keine Anhaltspunkte dafür, dass der Ausbau professioneller häuslicher Pflegeangebote die Inanspruchnahme von Pflegeinstitutionen substituiert (vgl. Jamieson 1999: 401; Schölkopf 1999c: 290). Im Gegenteil, eher korreliert ein hoher Ausbaustandard im ambulanten Sektor auch mit einem solchem im stationären Bereich (vgl. Pacolet et al. 1998: 24).

³⁶ Neben Dänemark versuchte auch die USA sowohl durch den Ausbau der häuslichen Pflege als auch durch Beschränkungen des Ausbaus und der Zugänge zu den Pflegeheimen die Inanspruchnahme stationärer Pflege zu vermindern (vgl. Feder et al. 1997: 448).

³⁷ Die OECD-Berichte weisen Anfang der neunziger Jahre für Österreich noch einen sehr geringen Wert aus von 3% der 65-jährigen und älter, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen (Schölkopf 1999 b: 255). Ebenso weisen Pacolet et al. (1998: 82) Österreich diesbezüglich als sehr gering versorgt aus. In der 1999 erschienenen OECD-Veröffentlichung liegt dieser Anteil jedoch bei 24% (OECD 1999: 120), ohne dass dieser Sprung gegenüber früheren Veröffentlichungen erklärt werden würde (dieses gilt auch für: Schölkopf 1999 c: 290).

Vergleich von Wohlfahrtsstaaten – in der ‚goldenen‘ Mitte,³⁸ während Frankreich, das Vereinigte Königreich und Belgien schon etwas abgeschlagen im hinteren Mittelfeld liegen (vgl. Schölkopf 1999c: 290). Kanada, Australien und die USA weisen unter den OECD-Ländern ähnlich hohe Versorgungsquoten in der ambulanten Pflege (gemessen als Anteil der 65-jährigen und älteren mit hauswirtschaftlicher und ambulanter Pflege an der Gesamtbevölkerung) auf wie die europäische Spitzengruppe, während Japan eher im hinteren Mittelfeld plziert ist (OECD 1999: 120).

Die Höhe der Versorgungsniveaus wird zwar von verschiedenen Faktoren bestimmt, doch entspricht in der Regel eine fortgeschrittene Intensität der Regulierung und die deutlich höheren öffentlichen Leistungen für soziale Dienste auch einer höheren Versorgungsquote, womit offenbar ein recht großer Teil der Varianz der Versorgung *institutionell* und weniger funktional (z.B. demographisch) erklärt werden kann (vgl. Pacolet et al. 1998; Schölkopf 1999b). So sehen die südeuropäischen Länder primär die Familien und dann die Kommunen und diese wiederum weniger als den Staat in der Verantwortung und diese haben entsprechend keine eigenständige Altenpolitik in Form einer speziellen Pflegeversicherung oder in Form einer den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten vergleichbaren umfassenden staatlich finanzierten Bereitstellung öffentlicher Pflegedienste, so dass Lücken in der Versorgung trotz des auch dort steigenden Problemdrucks hingenommen werden (vgl. Schölkopf 1999c: 285).

In den Ländern *Skandinaviens* gibt es dagegen einen breiten gesellschaftlichen Konsens für eine dahingehende staatliche Verantwortung und in der Regel sind die Kommunen vom Zentralstaat verpflichtet, als Träger der sozialen Dienste für ältere Menschen entsprechende Angebote bereit zu halten, was allerdings erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgungslage nach sich zieht (Schölkopf 1999c: 286). Finanziert werden die Dienste über öffentliche Mischsysteme und primär im Rahmen des Steuersystems: Die Kommunen haben die Kosten zu tragen, sie erhalten aber Zuschüsse vom Zentralstaat und verfügen über eine weitgehende Steuerautonomie; die Selbstbeteiligung der Betroffenen ist ebenso meist sehr gering wie keine Prüfung der Bedürftigkeit stattfindet (Schölkopf: ebenda). Abseits dieser Gemeinsamkeiten gibt es allerdings auch hier Unterschiede (vgl. Daatland 1999: 417). So beschritt insbesondere Schweden in neuerer Zeit einen Weg, der stärker in die Richtung anderer kontinentaler europäischer und angelsächsischer Länder wies, mit einer Beschränkung des Zugangs zur ambulanten Pflege, einer Konzentration

³⁸ Schmidt (1999 b) prägte recht treffend den Begriff der Politik des „mittleren Weges“ zur Charakterisierung des deutschen Wohlfahrtsstaates.

auf schlimme Fälle und der Stärkung privater Anbieter, während Dänemark weiterhin eine breite und großzügige Bereitstellung sozialer Dienste durch staatliche (kommunale) Träger beibehält (Daatland 1999: 418). Dieses ging z.B. so weit, dass das Aufsuchen älterer Menschen in deren Wohnungen zur *präventiven* Ermittlung von Pflegebedarf oder Wünschen sonstiger Hilfen gesetzlich vorgeschrieben wurde (Daatland 1999: 419).³⁹

Weniger einheitlich sind die Institutionen in diesem Sektor im *kontinentalen Europa*, was im übrigen ein erneuter Beleg für die beschränkte Reichweite der berühmten Typisierung Esping-Andersens ist, der diese Staaten (gemeinsam mit Deutschland) dem Typus des ‚konservativen‘ Wohlfahrtsstaates zuordnete.⁴⁰ Während die Niederlande bereits seit 1968 – als erster Staat in Europa – eine separate Pflegesozialversicherung einführt, hat Österreich 1993 ein über Steuern finanziertes Leistungsgesetz implementiert. Frankreich und Belgien, welche das Pflegerisiko nur teilweise in der Krankenversicherung abgesichert haben, sind diesbezüglich jedoch zurückhaltend (vgl. Schölkopf 1999c; Pacolet et al. 1998; Eisen/Mager 1999), wiederum anders als Deutschland mit seiner 1994 nach zwanzigjähriger Diskussion verabschiedeten Pflegeversicherung.

Österreich, ansonsten ein von der Sozialversicherung dominierter Wohlfahrtsstaat, gewährt unabhängig vom Einkommen, eine nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelte, Geldleistung, unabhängig, ob die Person zu Hause oder in einem Altenheim gepflegt wird, d.h. dieses Geld können die Pflegebedürftigen frei verwenden, um verschiedene Pflegeleistungen einzukaufen (vgl. Schölkopf 1999c: 287; Mager/Manegold 1999: 341 f.). Wie gesagt handelt es sich prinzipiell um eine aus Steuern finanzierte Leistung, allerdings gibt es verschiedene Umlagen und Finanzströme, womit auch die Sozialversicherungen mittelbar in die Finanzierung eingebunden sind (Mager/Manegold 1999: 349). Wenn die oben genannten Versorgungswerte aus den OECD-Berichten (1996 und 1999) nicht auf Datenfehlern basieren, so scheint sich in Österreich geradezu eine Explosion in der Versorgungslage – wohl ohne Zweifel infolge der gesetzlichen Regulierung – ereignet zu haben. In diesem Zusammenhang gibt es offenbar auch eine Tendenz, zur Ausweitung des Angebotes privater gewerblicher Pflegedienste, die zunächst gegenüber den domi-

³⁹ Über ein Modellprojekt einer Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege durch aufsuchende Beratungsdienste in Wiesbaden berichtet Weber 1998.

⁴⁰ Zur Kritik an der Typisierung Esping-Andersens z.B. Obinger/Wagschal 1997. Die geäußerte Kritik gilt auch für die Typenbildung bei Pacolet et al. 1998, welche ‚Beveridge-orientierte skandinavische Länder‘ (Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland), ‚Beveridge-orientierte Länder‘ (Vereinigtes Königreich, Irland), ‚Bismarck-orientierte Länder‘ (Deutschland, Belgien, Niederlande, Frankreich, Luxemburg) und ‚Bismarck-orientierte Mittelmeerländer‘ unterscheiden.

nierenden karitativen Organisationen nur in geringem Maße vertreten waren (vgl. Schölkopf 1999c: 287).

Frankreich hat Mitte der siebziger Jahre die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit den Krankenkassen übertragen, die in Form von Sachleistungen und Pauschalen, gestaffelt nach Bedarf, einen Teil der Pflegekosten übernehmen (Schölkopf 1999c: 287). Diese tragen gemeinsam mit verschiedenen Altersversicherungen ca. 60% der staatlichen Leistungen für Pflegebedürftige [in einem Verhältnis von 70 (Krankenkassen) zu 30% (Alterssicherung)]; gut 40% der staatlichen Leistungen für Pflegebedürftige entfallen auf die Departements, die im Rahmen der Sozialhilfe Leistungen finanzieren. Die in Frankreich seit Anfang der neunziger Jahre im Gang befindliche Diskussion, eine soziale Pflegeversicherung einzuführen, führte bisher nicht zum Erfolg; allerdings wurde ein in die Sozialhilfe integriertes und vom Einkommen abhängendes Pflegegeld realisiert, das je nach Pflegebedürftigkeit als Sachleistung gewährt wird (vgl. Köstler 1997, 1999; Cabotte / Choquet 2000). Hinsichtlich der Trägerschaft der angebotenen Dienste dominieren im Gesundheitswesen öffentliche Träger, im Sozialbereich private Träger (Köstler 1999: 267). Die hauswirtschaftlichen Dienste sowie Pflegedienste werden überwiegend von privaten Trägern verwaltet. Die Pflege wird entweder von freiberuflichen Krankenschwestern oder von Pflegediensten geleistet, die von gemeinnützigen privaten Vereinigungen, von kommunalen Zentren oder von stationären Einrichtungen verwaltet werden (Köstler 1997: 26; 1999: ebenda).

Die *Niederlande* gewähren jedoch erst seit 1980 Leistungen bei häuslicher Pflege und seit 1989 auch für hauswirtschaftliche Dienstleistungen (Schölkopf 1999c: 287), in der Regel als Sachleistungen, seit 1996 auch als Pflegegeld.⁴¹ Zwar ist auch in den Niederlanden eine gewisse Selbstbeteiligung an den Pflegekosten etabliert, jedoch bleibt immer ein auskömmlicher Einkommensanteil beim Hilfeempfänger, so dass keinesfalls die Sozialhilfe einspringen muss (Schölkopf: ebenda).⁴² Anbieter sind fast zu 90 Prozent nicht staatliche, gemeinnützige Einrichtungen, wobei wiederum mehr als die Hälfte konfessionell (christlich) ausgerichtet sind (Winters 1999: 311), private gewerbliche Anbieter gibt es bisher wenig. Ein Wettbewerb unter den Anbietern findet nicht statt, da diese als Monopolisten mit zentral verhandelten Vergütungen operieren, allerdings gibt es auch in den Niederlanden Bemühungen, mehr Wahlfreiheit und Wettbewerb einzuführen (Winters 1999: 312) und es existieren Globalbudgets mit Obergrenzen. Ferner wird hier die so-

⁴¹ Diese Aussage steht in gewissem Widerspruch zu jener bei Pacolet et al. (1998: 116), die die Niederlande als „eher barleistungsorientiert“ einstufen.

genannte koordinierte Altenhilfe („Welzijn Ouderen“) von den Kommunen finanziert und örtlich im wesentlichen von privaten Organisationen durchgeführt (Schulte 1996: 101). Darüber hinaus gibt es eine Koordinierung im Rahmen sog. struktureller Beratungsplattformen, die gleichsam einen ‚runden Tisch‘ aller unterschiedlichen Organisationen der Altenhilfe bilden und z.B. bis zum Abschluss von Verträgen über die Zusammenarbeit führen kann (Schulte 1996: 101).

Insgesamt ist in den Niederlanden die Regulierungsdichte und –intensität offensichtlich aufgrund des zentralistischen Zugriffs des Staates höher, als dies etwa in Deutschland der Fall ist (Schulte 1996: 90). Dieses gilt namentlich für den Bereich der Qualitätssicherung, weil hier verbindliche Qualitätsanforderungen für die Leistungsanbieter bestehen (ebenda). So müssen alle Einrichtungen, die zu Lasten der Krankenversicherung Leistungen erbringen, eine ministerielle Anerkennung haben und dazu qualitativen Anforderungen (z.B. im Hinblick auf Hygiene, Sicherheit, Leistungsstandards) genügen (Schulte 1996: 105). Diese Anerkennung wird periodisch überprüft. Ebenso ist jährlich ein Bericht von den Einrichtungen vorzulegen über deren qualitative Entwicklung (Schulte 1996: 106). Ferner gibt es Qualitätsanforderungen bei anderen finanziellen Regelungen zugunsten von Anbietern und Betreibern von Einrichtungen sowie in anderen sozialen Leistungsgesetzen (vgl. Schulte ebenda). Über die bereits genannten Vorschriften hinaus wurden durch den „Dutch Care Institutions Quality Act“ im Jahr 1996 Qualitätssicherung und die Anstellung von Qualitätssicherungsmanagern zur Implementierung von ‚total quality management‘ vorgeschrieben (Pillinger 2001: 18). Ein weiterer Ansatz ist, dass nach dem 1993 erlassenen „Act on Professions in Health Care“ Standards für die Anerkennung und Zulassung als professionelle Pflegeperson in den Niederlanden gesetzt wurden.

Schließlich war für die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege in den Niederlanden äußerst wichtig, dass Organisationen von Betroffenen zur Entwicklung und Anwendung externer Qualitätssicherung und von Beschäftigten für die interne Qualitätssicherung entstanden sind. Neben verschiedenen Modellprojekten war die Gesetzgebung zu Patientenrechten und die Einführung persönlich verfügbarer Budgets der Pflegebedürftigen von zentraler Bedeutung, um zu gewährleisten, dass die Dienstleistungen besser den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen. Laut den dazu durchgeführten Untersuchungen ziehen es die meisten Klienten vor, die Freiheit zu haben, mit Hilfe der Budgets selbst Pflege und Hilfen zu organisieren (Miltenburg 1995: 254). Wichtig ist auch die Möglichkeit, mit immer gleichbleibenden Pflegepersonen verbindliche Absprachen zu

⁴² Nach Winters (1999) besteht in der häuslichen Pflege ein Deckungsgrad von ca. 80-86% der Gesamtkosten.

treffen und selbst zu entscheiden, welche Leistungen erbracht werden. Ferner sind Bezieher von Geldleistungen insgesamt zufriedener mit dem Umfang und der Qualität der von ihnen erhaltenen Hilfe, die als zweckmäßiger und flexibler eingeschätzt wird als diejenige, die in Form von Sachleistungen angeboten wird (Miltenburg 1995: 255).

In der Pflegepolitik *Großbritanniens* stehen (wie in Skandinavien) die Kommunen in der Verantwortung für das Angebot an Pflegediensten (Fieber 1997; Jamieson 1999; Schölkopf 1999c: 287).⁴³ Die Finanzierung der ambulanten Pflegedienste erfolgt über Zuschüsse von Seiten der Kommunen und Selbstbeteiligungen der Klienten, wobei die lange Zeit dem Zentralstaat obliegende Finanzierung von Pflegeheimen den Kommunen kaum Anreize bot, ihr ambulantes Angebot auszuweiten und das private Angebot an Pflegeheimen stark anwachsen ließ (vgl. Jamieson: 1999: 404; Fieber 1997, 1999; Royal Commission 1999). Dieses wurde mit dem Community Care Act und der Einrichtung des National Health Services (NHS) Anfang der neunziger Jahre korrigiert, womit die Steuerung der Zugänge zur Pflege dem „gate keeper“ NHS und die finanzielle Verantwortung für die ambulante und stationäre Pflege den Kommunen übertragen wurde, die diese zum größten Teil in „Social Services Departments“ wahrnehmen. Ferner wurde mit dieser Reform das Monopol der kommunalen Anbieter gebrochen und der Markt geöffnet, so dass im Jahr 1997 bereits 38% der geleisteten Pflegestunden auf private gewerbliche Träger und 5% auf Wohlfahrtsverbände entfielen (Royal Commission 1999: 98).⁴⁴ Insgesamt kam es infolgedessen tatsächlich zur Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der in Pflegeheimen untergebrachten Personen und zu einem erheblichen Wachstum der in der ambulanten Pflege geleisteten Stunden, allerdings – entgegen den Erwartungen – bei einer leicht rückläufigen Zahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege (Royal Commission 1999: 120).

⁴³ Großbritannien fällt aber aus der gängigen Typisierung von Wohlfahrtsstaaten heraus, da es sich von seiner Grundkonzeption des ‚Beveridge-Modells‘, das mit über Steuern finanzierten allgemeinen Leistungen eher den nordeuropäischen sozialdemokratischen Staaten ähnelte, seit der Kürzungs- und Privatisierungspolitik Thatchers doch deutlich entfernt hat (Schölkopf 1999c: 287). Die staatlich finanzierten und erbrachten Leistungen werden mehr und mehr an der Bedürftigkeit orientiert, was eher dafür spricht, das Vereinigte Königreich dem ‚liberalen‘ Typus zuzuordnen. Aber auch die Typisierung nach Esping-Andersen, welche das Vereinigte Königreich als ‚liberalen Wohlfahrtsstaat‘ klassifiziert, scheint nach neueren Analysen fragwürdig (vgl. Wagschal / Obinger 1997).

⁴⁴ So wurde als Anreiz ein gemeinsames Budget geschaffen, unabhängig, ob ambulante oder stationäre Pflege erbracht wird. Dann wurden die Kommunen gesetzlich gezwungen, einen bestimmten Anteil an Leistungen an den nicht staatlichen Sektor zu vergeben. Ferner erwiesen sich die Angebote nicht staatlicher Organisationen finanziell als deutlich günstiger, so dass – im Gegensatz zu früher – der Anteil der von den Betroffenen selbst zu tragenden Kosten nur noch ein Viertel der gesamten Einnahmen der Anbieter ausmachte (Royal Commission 1999: 99).

Mit der Marktöffnung wurde eine weitere – für die Qualitätssicherung – folgenschwere Deregulierung betrieben: Mussten ‚Home Care Agencies‘ bis 1995 auf der Basis des Employment Agencies Act von 1973 eine Lizenz erwerben, wurde diese Verpflichtung mit dem Deregulation and Contracting Out Act 1994 abgeschafft (Fieber 1997: 10). Bestimmungen über Mindeststandards für die Pflege blieben zwar weiterhin bestehen, jedoch wird die Qualität der ambulanten Pflege privater Unternehmer in keiner Weise von der öffentlichen Hand kontrolliert (ebenda). Allerdings müssen Nursing Agencies, die zum privaten Sektor zählen, aufgrund des Nursing Agencies Act von 1957 immerhin noch registriert werden (ebenda). Flankierend zur angesprochenen Stärkung des ‚freien Spiels der Kräfte des Marktes‘ wurden in Großbritannien indes die wichtige Institution der ‚care manager‘ als ‚corner stone‘ der Reform der ambulanten Pflege (Royal Commission 1999(3): 3) eingeführt. Dieser soll nach der Feststellung des Bedarfs das notwendige Leistungspaket zusammenstellen und auf dem Markt – je nach Angebot – einkaufen (vgl. Schweikart 1999).

Bis heute wurde einige Kritik an der Community Care Reform laut: So stünden die care manager im Dienste der örtlichen Gebietskörperschaften und damit im Interessenkonflikt zwischen den fiskalischen Interessen, ihrem professionellen Ethos sowie jenen der Klienten (Schulte 1996: 109). Zwar ist, so Schulte (ebenda), das umfassend angelegte care management als Instrument eines konsequenten Assessments zu begrüßen, als Gefahren sind jedoch das Fehlen der Unabhängigkeit einerseits und die durch eine professionelle Dominanz mögliche Beeinträchtigung der Wunsch- und Wahlrechte der Klienten andererseits zu berücksichtigen.⁴⁵ Allerdings soll die ‚user participation‘ dem zuletzt Genannten entgegenwirken, wobei auch Schweikart (vgl. 1999: 90) zugesteht, dass das care management an die verantwortlichen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ‚hohe professionelle Ansprüche‘ stelle. Insgesamt, so berichtet dieser (1999: 89), verlief die Einführung des Care Management in Großbritannien sehr uneinheitlich und aus der Sicht der begleitenden Wissenschaft herrschte teilweise eine ‚offensichtliche Konfusion‘. Ähnliches stellte die Royal Commission in ihrem Bericht fest und kommt (1999 (3): 2 f.) zum Fazit, dass unter den Restriktionen begrenzter Ressourcen ‚...assessment and care management have in practice been concerned primarily with restricting access to the service system, and controlling resources,

⁴⁵ Kritisch zur Situation des Assessments in UK: Challis/Traske 1997: 104, die jedoch ebenso anführen, dass durch ein konsequentes methodisch kontrolliertes Assessment die Heimeinweisung in vielen Fällen verhindert oder rückgängig gemacht werden könne, was – unter anderem durch australische Studien – empirisch belegt sei. Ebenso überwiegend kritisch beurteilen Johnson et al. 1999 den Stand des Assessment in der Pflege in UK.

rather than with providing a means of delivering appropriate and relevant services geared to individual needs". Vor allem, so Schweikart (ebenda) weiter, erwies sich der Anspruch auf eine strikte Trennung der Einkäufer von Pflegeleistung von den Anbietern dieser Leistungen als problematisch, so dass viele lokale Verwaltungen, primär an Kostensenkungen orientiert, „have failed to develop sophisticated purchasing strategies which discriminate between good and bad quality providers“ (Royal Commission 1999 (3): 3). So ermittelte die Royal Commission sogar „new perverse incentives“, weil für die Kommunen aufgrund der Schonung von Vermögen bei häuslicher Pflege und der weitergehenden Anrechnung in den Fällen der Heimunterbringung diese nach wie vor oft billiger sei (Henwood / Wistow 1999(3): 20). Weitere Defizite ermittelte die Royal Commission bei der nach wie vor nicht ausreichenden Definition und mangelnden Klarheit sowohl beim Assessment der Pflegebedürftigkeit, der Aufstellung von Pflegeplänen, Dokumentationen als auch beim Care Management insgesamt. Aber auch die Kontrolle der Pflegequalität sei nach wie vor ungenügend: „Little Progress seems to have been made in developing satisfactory systems of monitoring and reviewing the implementation of care plans or service delivery.“ (Warburton / Cracken 1999: 30).

Bureau kommt schließlich in einem Vergleich der Organisation ambulanter Pflege in Großbritannien und Deutschland zu einer interessanten Einschätzung eines grundlegenden Unterschiedes zwischen der deutschen „legalistischen“ und „formalistischen“ Steuerung, die „von oben“ kommt und dem britischen Vertrauen in die gut etablierte professionelle Selbststeuerung (1998: 242). Hierbei spielt der „United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) eine zentrale Rolle durch die Definition von Qualifikationen und prozeduraler Standards für die Praxis der Gemeindepflege. Dadurch seien andererseits, so Bureau, Entscheidungen im Team der Pflegekräfte selbst formeller und diese hätten einen weniger großen Stellenwert als in Deutschland. So seien z.B. Aufgaben, Rolle und Unterordnung von Hilfskräften im britischen System völlig klar und unumstritten. Ein weitere für die Qualität der Pflege wichtige Differenz stelle dar, dass auch der Verhandlungsstil in Großbritannien zwischen Kosten- und Leistungsträger regional sehr unterschiedlich, generell aber weniger zweigeteilt und stärker von gemeinsamen professionellen Sichtweisen geprägt sei als in Deutschland, wo zentrale Verhandlungen dominierten und eine deutliche Demarkationslinie zwischen einer Dominanz der Kosten- (bei den Kassen) und Qualitätsorientierung (bei den Diensten) ausgemacht wurde (1999: 246).

In den USA wird die häusliche ambulante Pflege hauptsächlich durch die Dienste des home-health-care gewährleistet, die über Medicare (staatliche Krankenversicherung) und Medicaid

(Programm für Bedürftige) zugelassen und finanziert werden (dazu: z.B. Riekse/Holstege 1996; Hooymann/Kiyak 1996). In Medicare sind 97% der über 65-jährigen abgesichert (Kalisch et al. 1999: 100). Allerdings umfasst Medicare nur eine Grundversorgung mit fixen Fallbudgets, so dass ca. die Hälfte aller Pflegekosten über private Mittel (darunter nur ein Anteil von ca. 10% über private Versicherungen) bestritten werden. Jedoch werden seit neuerem private Pflegeversicherungen steuerlich begünstigt (Kalisch et al. 1999: 107) und fast alle älteren Amerikaner haben eine private Zusatzversicherung. Für Arme springt die der Sozialhilfe ähnelnde Medicaid im Falle der Pflegebedürftigkeit ein. Aufgrund der (zeitlichen und budgetären) Beschränkungen bei der Finanzierung der Heimpflege durch Medicare und weil die privaten Mittel für Heimpflege in der Regel angesichts enormer ungedeckter Kosten bald aufgezehrt sind, spielt im Falle der Heimpflege die Medicaid die wesentliche Rolle, die z.B. 1994 47% der gesamten Heimkosten bestritt (Feeder et al. 1997: 425).

Neben den via Medicare und Medicaid finanzierten home-health-services werden in den USA verschiedene staatliche und regionale soziale Dienste bereitgestellt, die auf dem „Older Americans Act“ und dem sogenannten „Aging Network“ beruhen und von der „Administration of Aging“ verwaltet werden (vgl. Wagner et al. 1989; Hooymann/Kiyak 1996). Diese umfassen eine Vielzahl regional unterschiedlicher Angebote (Beratung, Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Transporthilfen, Rechtsbeistand etc.), die zum Teil kostenlos, zum Teil aber an der finanziellen Bedürftigkeit orientiert sind. Deren Anbieter unterliegen offenbar – im Gegensatz zu den health services – keiner zentralen Regulierung hinsichtlich des Marktzugangs und der Überwachung, allerdings haben sich regional unterschiedliche Konzepte des professionellen Assessment und Care-Management etabliert (vgl. Miller et al. 1998; Bulger/Feldmaier 1998; Foley 1999).

Bemängelt wird in diesem Zusammenhang, dass es abseits von den Zertifikaten des Medicaid und Medicare eine Vielzahl verschiedener Regulierungen auf der Ebene einzelner Staaten für jeweils unterschiedliche Programme gibt (Coleman 2000). Hinsichtlich der Anbieter erhalten in den USA die privaten gewerblichen Träger eine wachsende Bedeutung, die die höchsten Zuwächse in der Altenpflege verbuchen können (vgl. Kalisch et al. 1999: 107). Ferner sind hier auch von den Pflegebedürftigen angestellte professionellen Einzelpersonen – dies sind zum Teil auch Familienangehörige – recht häufig vertreten (vgl. Kalisch ebenda), was insbesondere für eine den Bedürfnissen entsprechende Pflegequalität positiv eingeschätzt wird. In einigen OECD-Ländern (Österreich, Kanada, Ungarn, Japan) werden hier sogar auch den Familienangehörigen rechtliche Verpflichtungen auferlegt (Kalisch ebenda).

Auch in den USA waren Skandale und steigende Kosten wesentliche Auslöser für zahlreiche gesetzliche Reformen, die neben der Kostenbegrenzung auf die Qualitätssicherung zielten. Dabei ging vom „Omnibus Budget Reconciliation Act von 1987 (OBRA-87) eine wichtige Weichenstellung für die Ausweitung der häuslichen Pflege und die Qualitätssicherung aus (Schnelle et al. 1997: 527). Das Gesetz verankerte folgende Vorgaben: Patientenrechte, Pflegekurse, Evaluation von Kompetenzen der Pflegekräfte, regelmäßige Kontrollen von Anbietern, Begutachtungsvorgaben, strengere Qualitätsmaßstäbe und Beschwerdestellen (Coleman 2000). Alle Pflegeheime, die für die Abrechnung mit Medicaid und Medicare zugelassen sind, müssen eine professionelle Leitung nachweisen und die Anwesenheit einer professionellen Pflegedienstleitung mindestens acht Stunden pro Tag und sieben Tage die Woche und einer Pflegefachkraft rund um die Uhr nachweisen (Harrington et al. 2000: 279). Darüber hinaus wurde vorgeschrieben, dass ausreichendes Pflegepersonal vorgehalten werden muss, um die größtmögliche Versorgung in allen Bereichen (physiologische, psychische, soziale, dentale, pharmakologische, Versorgung, Diätversorgung, Rehabilitation etc.) zu gewährleisten, wobei jeweils Minimalstandards vorgeschrieben wurden (Harrington et al. ebenda). Die Standards werden von vertraglich verpflichteten staatlichen Agenturen überwacht und diese überprüfen alle lizenzierten Pflegeheime ungefähr einmal pro Jahr (alle 9-15 Monate) (Harrington et al. 2000: 279).

Ferner wurde ein „Outcome-Based Quality Improvement“ (QBQI) im Rahmen der von Medicaid mit Zertifikaten versehenen Dienste vorgeschrieben.⁴⁶ Grundlage ist das darauf basierende System des Outcome and Assessment Information Set“ (OASIS) (Coleman 2000). Seitdem wurden die Vorhaltung und Anwendung von Daten wie das „Minimal Data Set“ (MDS) oder das „Resident Assessment Instrument“ (RAI) flächendeckend durch Medicare und Medicaid sowie die oberste zuständige Health Care Financing Administration (HCFA) durchgesetzt (Schnelle et al. ebenda). Darüber hinaus ist in den USA das System von Managed-Care mit Assessment und Zugangskontrollen sowie die prospektive Finanzierung mit Fallpauschalen und Diagnostic Related Groups seit längerem umgesetzt worden. Charakteristisch für die USA scheint insgesamt, dass Qualitätskontrollen über gesetzliche Vorgaben, via Verträge und Finanzierung, über professionelle Selbstkontrollen und Akkreditierung (z.B. beim National Committee for Quality Assurance (NCQA) und

⁴⁶ Allerdings betrifft dieses nur einen Teil der Dienste. So vermuten Analysen z.B. in bezug auf Kalifornien, dass die Zahl der nicht lizenzierten Dienste die der lizenzierten um das zwei- bis dreifache übertrifft und dass die zuständigen staatliche Verwaltungen keine Qualitätsvergleiche zwischen lizenzierten und nicht lizenzierten Diensten herstellen (Coleman 2000: 5).

der Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) und schließlich über die Publikation von Leistungsdaten realisiert werden (vgl. Mara et al. 1999). Fraglich bleibt laut der Literatur dennoch, inwiefern diese Regelungen ausreichen. So konstatieren Harrington et al. (1991, zit. nach Coleman 2000: 5) „that state licensing standards for home care agencies are relatively weak or nonexistent“; diese kommen deshalb zum Schluss, dass es fraglich sei, inwiefern „state regulation has a direct effect“ auf die Qualität der Pflegedienste (ebenda).

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass entsprechend der Vielgestaltigkeit internationaler Felder ambulanter Pflege und aufgrund der Neuartigkeit der überall zu verzeichnenden Bemühungen um Qualitätssicherung die dahingehenden informellen wie formellen, privaten wie öffentlichen Ansätze ebenso vielfältig und kaum vollständig darzustellen sind. Es fehlt jedoch – nach den spärlichen dazu vorliegenden Veröffentlichungen zu urteilen – allem Anschein nach häufig an einheitlichen staatlichen Regulierungen (vgl. Kalisch et al. 1998; Pillinger 2001), so dass sich die oft beklagte Zersplitterung und schwierige Koordination auf dem Feld der sozialen und gesundheitlichen Dienste in den meisten Ländern nach wie vor als Problem auch der Qualitätssicherung stellt. Allerdings kann für die meisten westlichen Industriestaaten auch festgestellt werden, dass insbesondere die Bemühungen um Vernetzung und ‚care management‘, die Stärkung des Pflegemarktes, die Stärkung der Wahlmöglichkeiten und Position der Konsumenten, sprich der Konsumentenorientierung, sowie die Ideen des ‚total quality managements‘ im Rahmen der professionellen Selbststeuerung verstärkten.

2.2 Konzepte der Qualitätssicherung

Nachdem die deutsche Diskussion um Qualitätssicherung in der Pflege international lange Zeit hinterher hinkte (vgl. Schnabel/Schönberg 1998: 7), wurden seit den Gesundheitsreformen und spätestens dem Erlass des Pflege-VG zahlreiche Beiträge dazu vorgelegt. Zwar lag traditionell der Schwerpunkt der Bemühungen um Qualitätssicherung – auch international – im stationären Sektor (Mara et al. 1999: 235), mittlerweile gibt es jedoch auch für den ambulanten Bereich diverse Überblicke zu den zahlreichen Konzepten und Instrumenten der Qualitätssicherung.⁴⁷ Deshalb

⁴⁷ Einen breiten Überblick der in der Literatur diskutierten Instrumente, der Fachdiskussion sowie exemplarische Erfahrungen mit der Einführung und Anwendung von Instrumenten der Qualitätssicherung in der Pflege liefern Schnabel/Schönberg (1998); vgl. auch: Niehörster/Vahrenhorst 1994; weitere Überblicke mit begrifflichen und

erübrigen sich an dieser Stelle wiederholte ausführliche Darstellungen, es sollen hier im folgenden einige wenige Hinweise genügen und der Schwerpunkt auf empirische Beiträge gelegt werden.

In den mittlerweile durchaus zahlreichen konzeptionellen Beiträgen werden meist zuerst *Begriffe* diskutiert, wobei das Konzept von Donabedian (1966) samt Untergliederung oder die DIN-ISO kraft ständiger Reproduktion mittlerweile sattem bekannt sein dürften. Immer wieder wird auch in bezug auf begriffliche Klärungen die Klage geführt, dass eine unüberschaubare Vielfalt herrsche und explizite, verbindliche *Standards* in der Pflege fehlten.⁴⁸ Allerdings werden heute auf verschiedenen Ebenen zahlreiche Pflegestandards diskutiert, entwickelt, verwandt und überprüft.⁴⁹ Zu nennen wären hier auch Beiträge zu sogenannten Prozeßstandards für die ambulante Pflege.⁵⁰ In neuerer Zeit kann jedoch von einem zunehmenden Konsens ausgegangen werden, einen weitgehenden Grad der Vermeidung von Dekubitus als professionellen Qualitätsstandard anzuerkennen. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung sieht in der Dekubitusprophylaxe den wesentlichen Standard und Dekubitus als Zeiger für Pflegequalität überhaupt (vgl. Huhn 1998; DBfK 2000; Grieshaber 2000a). Ferner dürften zumindest gewisse ‚basics‘ wie die Gabe ausreichender Ernährung oder die Vermeidung von Schädigungen (z.B. durch dysfunktionale Gewalt oder medizinische Fehler) als selbstverständlicher Pflegestandard gelten.

Im Rahmen der konzeptionellen Diskussion werden vielfältige Instrumente, Methoden oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung benannt, die in interne und externe Ansätze unterschieden werden können, wobei diese aber sowohl intern wie extern greifen (z.B. das Assessment) und externe Beratung oder Kontrollen die interne Sicherung ergänzen sollten. Oft ist auch die bekannte Unterscheidung und Zuordnung einzelner Instrumente zur ‚Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqua-

konzeptionellen Grundlagenbeiträgen siehe: Klie 1995; Görres 1996 a und b; Kühnert 1996; Katz/Green 1996; Giebing et al. 1997; Blonski 1998; Ewers / Schäffer 1998; Dangel-Vogelsang 1999; Kämmer 2000b; speziell zur ambulanten Pflege siehe: Dane / Schmöcker 1994; Tüshaus 1998; Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999; Schönberg 2000.

⁴⁸ Vgl. paradigmatisch eine Vertreterin des Wohlfahrtswerkes Baden-Württemberg (Blume 2000: 218). Gerne wird darauf verwiesen, dass die Qualität der Pflege ein sehr schillernder Begriff und Pflege an sich kein standardisiertes Produkt sei, sowie darauf, dass bei dieser persönlichen Dienstleistung Produktion und Konsum zusammen erst die Qualität ausmachen und schließlich, dass Qualität aus der Sicht der Betroffenen nicht unbedingt mit der aus der professionellen Sicht identisch sei.

⁴⁹ Siehe zur Diskussion um Standards z.B.: Besendorfer et al. 1996; Görres 1996 b; Sale 1996; Wachter-Kreder 1997; Bartholomeycik 1998; Schnabel/Schönberg 1998; Baartmanns/Geng 2000; Bölicke 2001; Kämmer 2000 b; Schröder 2000.

⁵⁰ Zur qualitativ anspruchsvollen Steuerung des Pflegeprozesses siehe auch: Entzian 1998, 1999; Schaper 1999; Schönberg 2000.

lität nicht eindeutig zu leisten und der daraus sich ergebende Erkenntnisgewinn beschränkt. Ein recht umfassender Ansatz der Qualitätssicherung ist das Konzept des Total Quality-Management (TQM), womit oft verschiedene Instrumente integriert werden. In diesem Zusammenhang wird auch bereits der Begriff des „Quality Management Integration“ verwandt, wobei folgende Kernelemente verbunden werden: Kundenorientierung, kontinuierliches Lernen und ständige Verbesserung, Einbeziehung der Beschäftigten, Führungsverhalten und Systemorientierung (Bradley / Thompson 2000). Im Rahmen des TQM sind verschiedene Instrumente zusammengefasst, unter anderem auch die sogenannten ‚Qualitätszirkel‘ oder der Einsatz von ‚Qualitätsbeauftragten‘.⁵¹

Weitere hier anschließende Maßnahmen sind die Qualifizierung von Mitarbeitern sowie die Erteilung von *Zertifikaten* (vgl. Blonski 1998).⁵² Dabei haben zahlreiche Organisationen Prüfverfahren und Zertifikate – oft wiederum auf der Basis der bereits genannten DIN ISO 9000 ff. (vgl. Schnabel / Schönberg 1998 71 ff.) – entwickelt. Zu nennen sind hier insbesondere die Prüfverfahren und Zertifikate der, auf einer Skala zwischen Markt und Staat schwer einzuschätzenden, Technischen Überwachungsvereine (TÜV), die vor allem wegen der staatlich legitimierten Überwachung von Kraftfahrzeugen eine Institution mit hoher gesellschaftlicher Anerkennung darstellen (vgl. Reck-Hog/Klinik 1998). Dieses kommt der Transparenz und dem Verbraucherschutz entgegen, weil die Pflegebedürftigen nicht mit einer unüberschaubaren Vielzahl an Zertifikaten überfordert werden. Ein Qualitätssiegel wurde auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen aufgestellt (vgl. Schönberg 2000: 24) und ebenso wurden von seiten der professionellen Anbieter interne Prüfverfahren und Zertifikate entwickelt, z.B. vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) (1999) oder der Arbeiterwohlfahrt (AWO 2000).

Weiter können hier auch *Handbücher* angeführt werden, wie das der Diakonie (Ahrens 1998) oder des Kuratoriums Deutscher Altershilfe (KDA) sowie andere Konzepte der Selbstbewertung von Pflegeeinrichtungen wie der ‚European Quality Award‘ (vgl. Schönberg 2000: 27). Zu nennen wäre zudem das Prüfverfahren des MDK, dem jedoch kraft seiner Aufsichtsfunktion die Beratungsleistung kaum abgenommen wird, so dass die Verbindung interner und externer Qualitätssicherung in diesem Fall erschwert wird.⁵³ Eine Verbindung externer und interner Instrumente stellt

⁵¹ Vgl. z.B. Freedman et al. 1995; Schomburg 1996; Hennecke-Court 1998; Schnabel/Schönberg 1998; Hartmann 1999; Robitzsch 1999;

⁵² Vgl. z.B. Risse 1996; Sayle 1996; Blonski 1998; Kleibohm 1998; Mai-Dorn 1998; Reck-Hog/Klink 1998; Schmidt-Birk 1998; Seitz/Tews 1999; Becker et al. 2000.

⁵³ „Wir wollen beraten - nicht ausschließlich kontrollieren“, so der Titel eines Aufsatzes von einem Vertreter des MDK (Brüggemann 1997).

auch das Verfahren des SIESTA (Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe) dar (vgl. Berger 1997; Berger / Gerngroß-Haas 1997). Dieses Konzept, dessen Grundlage ein methodisch kontrolliertes Assessment und die umfangliche Erhebung von Strukturdaten darstellt, wurde allerdings noch nicht evaluiert und auch nicht für den ambulanten Bereich adaptiert (vgl. Schnabel/Schönberg 1998: 50-53).

Andere Instrumente der Qualitätssicherung beziehen sich auf einzelne Bestandteile des Pflegeprozesses wie eben das *Assessment* und die Kontrolle anhand von *AEDL-Skalen*, die darauf aufbauende *Pflegeplanung* sowie *Pflegedokumentation*⁵⁴ und die *Pflegevisite* (Paul 1996; Wierz 2000). Assessment-Instrumente (wie z.B. AGAST oder RAI) dienen der methodisch kontrollierten Erfassung und Beobachtung der Zustände der Pflegebedürftigen und zur Dokumentation, u.a. mit Hilfe von Skalen der *Activities of Daily Living (ADL)*.⁵⁵ Grundlagen des Assessment und der darauf aufbauenden ‚outcome-orientierten‘ methodisch kontrollierten Qualitätsmessung stammen aus den USA und in den o.g. Reformen der HCFA wurden solche Ansätze weithin implementiert. Ferner wurden über die genannten Verfahren hinaus Methoden und Instrumente entwickelt und getestet.⁵⁶ Rosen et al. (1999: 37) stellen fest: „Since the Institute of Medicine advocated the use of ‚resident centered, outcome-oriented measures‘ as indicators of good or poor quality of care in long-term care facilities, comparing resident outcomes across facilities has become the ‚quintessential‘ method of quality assessment. Decline in functional status, as measured by an individual’s loss of independence in activities of daily living (ADLs) over a period of time is considered to be one of the most meaningful outcomes for quality assessment in long-term care.“ Und: “Good care is not simply the absence of bad events; better facilities should be able to slow the rate of decline.” (ebenda)

In diesen Zusammenhang gehören auch systematische ‚Audit-Verfahren‘, wobei unter Vorgabe standardisierter Kataloge Qualitätsbeurteilungen durch geschulte Kräfte auch zur Qualitätsentwicklung genutzt werden können. So wurde z.B. in Großbritannien vom Royal College of Physi-

⁵⁴ Dazu z.B.: Höhmann et al. 1995, 1997; Garms-Homolova/Niehörster 1997; Galow 1998; Sowinski 1998 a; Staub-Bernasconi 1999; Brüggemann 1999; Entzian 1999; Garms-Homolova 2000; Göpfert-Divivier/Robitzsch 1999; Meier-Baumgartner 1999; Schnabel/Schönberg 1998; Spaniol-Höfner 1999.

⁵⁵ Vgl. für die deutsche Rezeption: Gilgen/Garms-Homolova 1995; Garms-Homolova 1998; Schnabel/Schönberg 1998; Garms-Homolova/Gilgen 2000; Anwendungen und Entwicklungen von Assessments in Großbritannien finden sich bei: Shepherd et al. 1996; kritisch: Johnson et al. 1999.

⁵⁶ Vgl. Green 1989; Rantz 1995; Galias 1996; Jette et al. 1996; Arling et al. 1997; Smith et al. 1997; Slaugnessy et al. 1997 a und b; Rantz 1998a und b; Madigan/Anderson 1999; Rosen et al. 1999; Sloss et al. 2000; Tamiya et al. 2000;

cians of London ein Audit-System entwickelt und evaluiert; hier fanden wiederholte Audits in Großbritannien in 17 Pflegeheimen und 27 geriatrischen Tageskliniken in einem Intervall von sechs bis acht Monaten statt, wodurch recht zuverlässig Verbesserungen oder Verschlechterungen der Zustände und der Pflegequalität der Pflegebedürftigen ermittelt werden konnten (Brocklehurst et al. 1998).

Zwar ist die Messung funktionaler Verschlechterungsprozesse noch nicht hinreichend standardisiert. Grundsätzlich besteht auch die Gefahr, dass Einrichtungen aufgrund bestimmter – wegen des Rasters oder der jeweiligen Messung nicht oder ungenügend erfasster – schlechter Risiken als qualitativ minderwertig klassifiziert werden oder dass minderwertige Performance nicht erkannt wird. Allerdings werden Fortschritte verzeichnet bei der Bestimmung relevanter ‚outcome-Kriterien‘; so ermittelten z.B. Rosen et al. (1999) eine erstaunlich hohe Reliabilität des gemessenen outcome unter Verwendung auch unterschiedlicher ADL-Skalen (vgl. dazu auch: Zimmer et al. 1996). Allerdings war die Varianz in der Messung funktionaler Verluste und der Qualitätsbewertung einzelner Einrichtungen (Ranking) bei den verschiedenen getesteten Instrumenten – bei insgesamt hoher Konstruktvalidität und Reliabilität – *zum Teil* durchaus signifikant unterschiedlich (Rosen et al. 1999: 41).

Sloss et al. (2000) ermittelten auf einem anderen Weg, nämlich auf der Basis der Auswertung von Fachliteratur und Expertenbefragungen und ausgehend von 78 verbreiteten Gesundheitsrisiken älterer verletzlicher („vulnerable“) Pflegebedürftiger⁵⁷ in einem methodisch kontrollierten Ranking-Verfahren eine Liste mit 21 Zielbereichen für die Qualitätsverbesserung und -messung. Für das Ranking waren folgende fünf Kriterien leitend: 1) hohe Prävalenz, 2) hohes Ausmaß der Gesundheitsrisiken und Auswirkungen auf die Lebensqualität, 3) hohe Effektivität von Interventionen im Hinblick auf Mortalität und Lebensqualität, 4) große Disparität der Qualität der Leistungen zwischen Anbietern und Regionen und 5) gute Verfügbarkeit von Daten, um deren Auswirkungen auf die Qualität der Pflege zu messen. Darauf aufbauend wurde folgende Reihenfolge von outcome-Kriterien aufgestellt: Auf den ersten fünf Plätzen landeten relativ einvernehmlich: Pharmazeutische Probleme, Depression, Demenz und Delirium, angeborener Herzfehler und Schlaganfall mit einem durchschnittlichen (wiederholten) Ranking von 2.0 und weniger. Deren Anwendung im Rahmen der Qualitätsmessung steht allerdings noch aus.

⁵⁷ Definiert als: Personen 65-jährig und älter, die ein erhöhtes Risiko funktionaler Verluste und des Todes innerhalb der nächsten zwei Jahre aufweisen.

Ein weiteres in den USA verbreitetes und erfolgreich getestetes Instrument für die häusliche Pflege ist schließlich das OASIS (Outcome and Assessment Information Set) (vgl. Shaughnessy et al. 1997 a, b und c, 1998), dessen Anwendung über vier Jahre in 163 Diensten modellhaft getestet und von der HCFA flächendeckend vorgeschrieben wurde. Damit werden ebenso anhand medizinischer Verlaufsdaten Messungen und Überprüfungen der Pflegequalität unter Einbezug von Risikofaktoren möglich.

Entscheidend an diesen Instrumenten ist zusammengefasst, dass sie methodisch kontrolliert eingesetzt werden, dass die Reliabilität und Validität verschiedener Items und Messungen überprüft wurde,⁵⁸ aber auch, dass mittels Assessment sowie Dokumentation nicht nur Daten und Papier generiert werden, sondern auch eine Verbindung zum täglichen Arbeiten und zum Qualitätsmanagement entsteht, um zur tatsächlichen Verbesserung des ‚outcome‘ beizutragen. Gerade diesbezüglich liegt in Deutschland offenbar noch generell ein großer Nachholbedarf vor.

In neuerer Zeit befassen sich immer mehr konzeptionelle Beiträge – auch in Deutschland – mit der Sicht auf und der Sicht von ‚Kunden- oder Patienten‘.⁵⁹ Die Patientenzufriedenheit oder patientenorientierte Qualitätskriterien spielen aber auch in den genannten ‚outcome-orientierten‘ Konzepten der Qualitätsmessung und -verbesserung eine zentrale Rolle. Dem liegt zum einen das Bewusstsein zugrunde, dass schließlich alle Pflege auf das Wohlbefinden der Gepflegten zielt, d.h. dass die Sicht der Betroffenen bei der Qualitätsbeurteilung und -sicherung eine zentrale Rolle spielen soll und dass die Klienten die Qualität oft anders einschätzen als die Professionellen oder Experten (dazu: Schönberg 2000). Schönberg (ebenda) hat dahingehend eine Sichtung der Instrumente der Qualitätssicherung vorgenommen und diese im Hinblick auf die Entwicklung „verbraucherorientierter Qualitätskriterien“ ausgewertet. In diesem Zusammenhang ist anzuführen, dass bisher auch einzelne Verbraucherzentralen einige wichtige Bestandteile des Pflegeprozesses wie die *Pflegeverträge* (vgl. Schütte 1996) einer Prüfung unterzogen und Vorgaben im Sinne des Verbraucherschutzes formulierten.⁶⁰ Ein zentrales Instrument im Sinne der Orientierung der Pflege an den Wünschen und Bedürfnissen der ‚Kunden‘ stellen zweifellos die zuse-

⁵⁸ Vgl. für Deutschland z.B.: Bruder et al. 1996; Cappell 1996 b; Zimmer et al. 1996.

⁵⁹ Vgl. zu konzeptionellen Aspekten: Aust 1994; Blum 1997; Schäffer 1997; Dücker 1998; Hans-Weinberger-Akademie 1998; Fowler et al. 1999; Grieshaber 1999a; Sackmann 1999; Applebaum et al. 2000; Cohen-Mansfield et al. 2000; Coleman 2000; Geron et al. 2000; Maslow 2000; Müller/Thielhorn 2000; Schönberg 2000.

⁶⁰ Vgl. z.B. Schütte 1996; Verbraucherzentrale Hamburg 1997; Schönberg 2000. Vgl. dazu auch (m.w.N.): Göpfert-Divivier/Robitsch 1999: 30.

hends häufiger wahrgenommenen *Befragungen* der Klientel dar, auf deren Ergebnisse und methodische Problematik indes an anderer Stelle eingegangen wird.

Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Stärkung der Betroffenen oder Verbraucher bietet in diesem Zusammenhang das Instrument einer *Beratung*, die möglichst umfassend und auch von neutraler Seite angeboten werden sollte, wie dies z.B. in Nordrhein-Westfalen per Landespflegegesetz vorgeschrieben wurde (vgl. Eifert et al. 1999b). Allerdings wurde diese Vorgabe regional höchst unterschiedlich wahrgenommen. Häufig ist zudem seit dem Pflege-VG auf der kommunalen Seite die Tendenz unübersehbar, die Wahrnehmung traditioneller Aufgaben wie die Förderung koordinierender Beratungsstellen, ‚komplementärer Dienste‘ (z.B. Familien- oder Haushaltshilfen) und ‚offener Altenhilfe‘ (z.B. für Kultur- und Kommunikation) einzuschränken und, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen, sogar neu zugewiesene Mittel für neu definierte Aufgaben (wie die Mittel nach § 17 PfG NW für Beratung nach § 4 etc. PfG NW) für die Haushaltskonsolidierung zu verwenden (Eifert et al. 1999b). Ähnliche Rückzüge in der kommunalen Altenpolitik werden auch aus anderen Bundesländern berichtet (vgl. Eifert et al. 1999a; Weber 1998). Neben der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zielen die Maßnahmen der Koordination und Unterstützung der Laienpflege, wie z.B. mittels Pflegekursen,⁶¹ oder die Angehörigenarbeit (vgl. Prümmer 1997) direkt auf die Unterstützung der Qualität der häuslichen Pflege. Allerdings zeigen die unten ausgeführten empirischen Befunde große Defizite sowohl beim fehlenden oder schlecht entwickelten professionellen Angebot als auch bei der ebenso fehlenden Nachfrage wie auch bei der dafür nötigen Vermittlung zwischen den Profis und den Angehörigen.

Die Beratung und Koordinierung von Hilfsmaßnahmen kann auch als Teil des bereits angesprochenen *Care* und *Case-Management* angesehen werden. Dieses hat in ähnlicher Weise seinen Sinn in der Optimierung von Zugängen zu und Übergängen zwischen vielfältigen, sehr unterschiedlich organisierten, finanzierten etc., d.h. heterogenen Versorgungsformen. Diese sind für die Betroffenen oft schwer zu durchschauen oder zu überblicken und sie funktionieren nicht koordiniert, sondern primär in einer Systemlogik, die nicht immer den jeweiligen Interessen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entspricht; derartiges wird oft unschön als „Schnittstellenproblematik“ diskutiert. Darüber hinaus ist ein zentraler Aspekt des Care- und Case-Management selbstverständlich ganz allgemein und umfassend auch das Ziel der Qualitätssicherung, wenn-

⁶¹ Vgl. Plück/Giersberg 1998; Schild-Woestmeyer/Dietz 1998; Ward-Griffin/McKeever 2000.

gleich das Care und Case-Management wiederum nicht mit dem oben angesprochenen – *internen* – Qualitätsmanagement (z.B. im Sinne des TQM) identisch ist, weil damit jeweils unterschiedliche Bezugs- und Ansatzpunkte sowie Instrumente verbunden werden (vgl. Schweikart 1999: 80-86).⁶²

2.3 Empirische Befunde

Im folgenden soll ein Überblick zu empirischen Befunden in den für die Qualität in der ambulanten Pflege zentralen Bereichen gegeben werden. Zunächst wird im ersten Abschnitt der Hintergrund der häuslichen Versorgungssituation und der Pflegearrangements aufgezeigt. Der zweite Abschnitt widmet sich den Befragungen und den daraus gewonnenen Erkenntnissen über die Bedürfnisse und Einschätzungen der Patienten oder Kunden. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Lage der Profession, Ausbildung und Beschäftigung von Fachkräften in der ambulanten Pflege. Besonders werden hier – wie bei der informellen Pflege – Aspekte der Belastung und Bezüge zur Pflegequalität hergestellt. Der direkten empirischen Messung der Pflegequalität widmet sich ein weiterer Hauptteil in diesem Kapitel, wobei die internationalen – vorwiegend amerikanischen – Befunde getrennt von den deutschen abgehandelt werden.

2.3.1 Bedarf und häusliche Pflegearrangements

Zunächst sollen im folgenden Abschnitt empirische Informationen zum Bedarf und zu den häuslichen Pflegearrangements aufgezeigt werden. Wie setzen sich die Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege zusammen, von wem werden diese gepflegt und wie sehen die Hintergründe der jeweiligen Pflegearrangements aus. Darüber hinaus soll nach Belastungen und möglichen Entwicklungen der informellen Pflege gefragt werden. Ein weiterer Aspekt gilt der Frage der Kombination und Ergänzung zwischen häuslicher und professioneller Pflege, wobei dieses auch Gegenstand des Abschnitts zu Managed Care sein wird.

⁶² Zur Kooperation und Koordination in der ambulanten Pflege sowie zum Care- und Case-Management: BMFSFJ 1985; Tophoven 1995; Diwan et al. 1996; Domscheit/Wingenfeld 1996; Challis/Traske 1997; Gill/Mantey 1997; Meierjürgen 1997; Schmidt et al. 1997; Bulger/Feldmaier 1998; Döhner 1998; Eng et al. 1997; Miller et al. 1998; Foley 2001; Göpfert-Divivier et al. 1999; Schaeffer 1999; Schweikart 1999; Weber 1998; Ewers/Schaeffer 2000.

2.3.1.1 Grundlegende Daten

Der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (ca. 70% der Leistungsempfänger nach dem SGB XI) wird bekanntlich in der häuslichen Pflege versorgt. Darunter nehmen wiederum die allermeisten (76%) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen in Anspruch. Allerdings ist der Anteil der in der häuslichen oder ambulanten Pflege Befindlichen an der Summe der Leistungsempfänger rückläufig, während der Anteil der professionell Versorgten, vor allem derjenigen mit Sach- und Kombileistungen stark stieg: Bezogen auf alle Leistungsempfänger machte der Anteil der Empfänger von Pflegegeld aber auch im Jahr 2000 immerhin noch mehr als die Hälfte aus (vgl. Tabelle 2.1 u. Tabelle 2.2).

Tabelle 2.1: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (1995-2000) absolut^{1) 2)}

Jahr	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- u. Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Pflege in Behindertenheimen	Insgesamt
1995	887 403	82 790	82 293	10 783	1 777	3 649	-	-	1 068 695
1996 ²⁾	943 878	105 879	135 305	6 805	3 639	5 731	355 142	5 711	1 562 088
1997	971 939	119 428	157 543	3 716	5 065	5 633	425 682	38 408	1 727 414
1998	962 669	133 895	171 764	4 070	6 774	6 199	452 750	56 543	1 794 664
1999	982 877	152 648	192 556	5 716	8 673	7 146	485 014	53 875	1 888 505
2000	954 684	159 693	193 018	6 313	10 287	7 696	494 793	55 641	1 882 125

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen ²⁾ Einschließlich Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

Tabelle 2.2: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (1995-2000) in Prozent^{1) 2)}

Jahr	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Pflege in Behindertenheimen	Insgesamt
1995	83,0	7,7	7,7	1,0	0,2	0,3	-	-	100
1996 ³⁾	60,4	6,8	8,7	0,4	0,2	0,4	22,7	0,4	100
1997	56,3	6,9	9,1	0,2	0,3	0,3	24,6	2,2	100
1998	53,6	7,5	9,6	0,2	0,4	0,3	25,2	3,2	100
1999	52,0	8,1	10,2	0,3	0,5	0,4	25,7	2,9	100
2000	50,7	8,5	10,3	0,3	0,5	0,4	26,3	3,0	100

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen ²⁾ Einschließlich Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen

³⁾ 2. Halbjahr wegen Beginn der stationären Leistungen ab 1.7.96

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

Da bekanntlich das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter stark ansteigt, sind erwartungsgemäß auch in der häuslichen Pflege 74% der Gepflegten ältere (65-jährig und älter) und 44% Hochbetagte (80-jährig und älter). Allerdings ist der Anteil Hochbetagter in der stationären Versorgung noch größer (vgl. Tabelle 2.3). Die Struktur der Leistungsempfänger nach *Pflegestufen* zeigt weitere Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, die einen ähnlich gelagerten systematischen Hintergrund nahe legen. So befanden sich 1998 fast alle Leistungsempfänger im ambulanten Bereich in den beiden niedrigen Pflegestufen, während im stationären Bereich fast zwei Drittel auf die Stufen II und III entfielen (vgl. Tabelle 2.4).

Tabelle 2.3: Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach ausgewählten Altersgruppen der Bevölkerung in Deutschland (1998)

Altersgruppen	Ambulant	In %	Stationär	In %	Gesamt	In %
55 bis 60	39.318	3,26	12.827	2,52	52.148	3,04
60 bis 65	59.945	4,97	17.340	3,40	77.290	4,50
65 bis 70	77.421	6,42	19.563	3,84	96.990	5,65
70 bis 75	114.980	9,53	31.814	6,24	146.804	8,55
75 bis 80	170.487	14,13	63.088	12,38	233.589	13,61
80 bis 85	162.311	13,45	76.822	15,08	239.146	13,94
85 bis 90	228.828	18,97	132.298	25,97	361.145	21,04
90 und älter	137.292	11,38	102.740	20,17	240.043	13,99
Summe	990.582	82,10	456.492	89,60	1.447.156	84,33
Unter 55	215.900	17,90	52.998	10,40	268.916	15,67
Insgesamt	1.206.482	100,00	509.490	100,00	1.716.072	100,00

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

Tabelle 2.4: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen (1996-2000)

Jahr	Ambulant				Stationär ¹⁾				Insgesamt			
	I	II	III	Ges.	I	II	III	Ges.	I	II	III	Ges.
1996	43,8	43,7	12,6	100	29,1	42,3	28,6	100	40,1	43,3	16,6	100
1997	47,5	40,6	11,9	100	34,5	41,0	24,5	100	43,9	40,7	15,4	100
1998	50,3	38,4	11,2	100	36,7	41,2	22,1	100	46,3	39,2	14,5	100
1999	52,2	36,9	10,9	100	37,4	41,5	21,1	100	47,8	38,3	14,0	100
2000	54,1	35,6	10,4	100	37,6	41,8	20,6	100	49,0	37,5	13,5	100

1) Stationäre Leistungen erst ab 1.7.1996.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 1999; Bundesarbeitsblatt 10/1999.

Entsprechend sinkt der Anteil häuslicher Pflege mit der zunehmenden Schwere der Pflegebedürftigkeit und vice versa steigt die Nutzung der Heimpflege (Tabelle 6):

Tabelle 2.5: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Bereichen (31.12.1999)

Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
ambulant	stationär	ambulant	Stationär	ambulant	stationär
76,6	23,4	67,6	32,4	54,8	45,2

Quelle: Eigene Berechnung nach der Leistungsstatistik der Sozialen Pflegeversicherung (BMG).

Anscheinend werden in der Tendenz Menschen erst dann in Pflegeheimen versorgt, wenn sie einen sehr hohen Pflegebedarf aufweisen (dazu gleich mehr).⁶³ Auch aktuelle Umfragen bestätigen, dass die Nutzung professioneller Pflege insbesondere mit der zunehmenden Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt: Während in der Stufe I noch 82% aller häuslich Versorgten Pflegegeld in Anspruch nehmen, sind es in der Stufe II nur 77 und in der Stufe III 64% (Schneekloth/Müller 2000: 67).

Dennoch leben selbst in der höchsten Pflegestufe (III) immer noch mehr als die Hälfte (56%) in Privathaushalten (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 18 f.). Allerdings sind *alleinlebende* Pflegebedürftige überwiegend in niedrigen Pflegestufen, nämlich zu 70% in der Pflegestufe I, zu 26% in Stufe II und nur 4% sind in der Pflegestufe III; außerdem fällt die Inanspruchnahme ausschließlich professioneller Pflegedienste bei der Gruppe der Alleinlebenden mit 18% signifikant höher aus als beim Durchschnitt der häuslich Versorgten, bei denen dieser Anteil nur bei 9% liegt (Schneekloth / Müller 2000: 80).

Hinsichtlich der *Profile der Beeinträchtigungen* und der nötigen Hilfen bei den körperlichen ADL ist zu sagen, dass an erster Stelle das Duschen und Waschen steht, bei dem selbst in der Stufe I 73% und in der Stufe 0 (d.h. Pflegebedürftige, welche zwar pflegebedürftig sind, jedoch mit ihrem Bedarf unterhalb der Leistungsschwelle des SG B XI bleiben) immerhin noch 29% der Pflegebe-

⁶³ Dass die Anteile der niedrigen Pflegestufen im Zeitablauf zunehmen, dürfte im übrigen daran liegen – auch mit Blick auf die sehr stark steigenden Zahlen der Summe der Pflegebedürftigen (vgl. Tabelle 2.1) – dass Pflegebedürftige der sogenannten ‚Stufe 0‘, also jene, die unterhalb der Leistungsschwelle des Pflege-VG blieben, nach und nach höher eingestuft werden. Diese Annahme ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass in der Öffentlichkeit eine große Diskussion um diese Gruppe der Pflegebedürftige geführt wurde, die, so die überwiegende Meinung, „auf der Strecke geblieben waren“.

dürftigen in Privathaushalten so beeinträchtigt sind, dass sie diese Verrichtungen nicht ohne fremde Hilfe bewältigen können (Schneekloth /Müller 2000: 45).⁶⁴ Auf den folgenden Plätzen finden sich ‚Nahrung schneiden‘,⁶⁵ dann ‚Bett verlassen‘ und ‚Toilette nutzen‘ (ebenda).⁶⁶ Fast alle Pflegebedürftige der Stufe III sind bei allen hier genannten ADL völlig hilflos (ebenda), während solche der Stufe II immerhin nur in gut 40% der Fälle nicht mehr ohne fremde Hilfe das Bett verlassen oder die Toilette aufsuchen können. Dagegen ist beides bei denjenigen der Stufe I nur in ca. 10% der Fälle so (ebenda).

Bei den instrumentellen ADL werden primär ‚Putzen‘, dann ‚Kochen‘, ‚Finanzen regeln‘ und ‚sich draußen zurechtfinden‘ als wesentliche Beeinträchtigungen genannt. Putzen können Pflegebedürftige über alle Pflegestufen überhaupt nicht mehr ohne fremde Hilfe (Schneekloth / Müller 2000: 46),⁶⁷ aber auch beim Kochen und Regeln der Finanzen haben jeweils die meisten über alle Pflegestufen komplette Beeinträchtigungen. Wiederum sind Pflegebedürftige der Stufe III in allen Bereichen hilflos, solche der Stufe II sind zumindest weit überwiegend in allen Bereichen vollkommen auf Unterstützung angewiesen; der geringste Anteil entfällt hier auf das ‚Draußen Zurechtfinden‘, wo ‚lediglich‘ 65% Ausfälle bejahen. Pflegebedürftige der Stufe I sind fast durchweg beim Putzen und Kochen hilflos und 60% brauchen absolute Unterstützung beim Regeln der Finanzen, während lediglich 38% nicht ohne Hilfe ins Freie gehen können (ebenda).⁶⁸

Die genannten Beeinträchtigungen sind zum erheblichen Teil auf Verluste der geistigen Kompetenzen oder sogenannte ‚gerontopsychiatrische‘ Veränderungen zurückzuführen. Diesbezüglich werden laut Befragungen der Privathaushalte von Pflegebedürftigen für 63% in der Stufe III, 47% der Stufe II, 40% der Stufe I und immerhin 26% der Stufe 0 Beeinträchtigungen angegeben (Schneekloth/Müller 2000: 48).⁶⁹

Da, wie gleich zu zeigen sein wird, steigende Beeinträchtigungsprofile hauptsächlich die Inanspruchnahme professioneller Pflege bestimmen, entsprechen die Profile der ambulanten Sachlei-

⁶⁴ Allerdings beruhen die Angaben hier auf Selbstauskunft der Betroffenen und deren Angehörigen.

⁶⁵ Hier haben immerhin in der Stufe I 25%, in der Stufe II 56% und in der Stufe 0 7% völlige Ausfälle.

⁶⁶ Bei den letzten Verrichtungen verteilen sich die Ausfälle ähnlich: in Stufe II ca. 40%, in Stufe I ca. 10% und in Stufe 0 0-3%.

⁶⁷ Auch 71% der Haushalte mit Stufe 0 bejahen dieses.

⁶⁸ Pflegebedürftige, deren Anträge abgelehnt wurden (Stufe 0) sind in ca. 40% der Fälle überhaupt nicht in der Lage zu kochen oder ihre Finanzen zu regeln, während nur 25% sich nicht ohne Hilfe draußen zurechtfinden.

⁶⁹ Allerdings nach den Angaben von Laien. Inwieweit diese auf medizinischen Erkenntnissen beruhen oder mit diesen übereinstimmen, kann nicht gesagt werden.

stungen, d.h. der professionell erbrachten Pflegeleistungen, einigermaßen der aufgezeigten Rangfolge der Beeinträchtigungen: Die größten Anteile des gesamten Zeitaufwandes der ambulanten Pflegedienste (20%) entfallen auf die kleine Morgen-/Abendtoilette und 33% auf die Große Morgen-/Abendtoilette; ein weiterer großer Anteil entfällt auf die hauswirtschaftliche Versorgung (13%), 9% auf Hilfen/Unterstützung bei Ausscheidungen, 8% auf die Lagerung, 6% auf Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, 4% auf Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI). Nur 3% der durch ambulante Pflegedienste erbrachten Leistungen machen „Erstbesuche“ aus, bei der die Pflegeanamnese und Pflegeplanung sowie die Beratung bei der Auswahl der Leistungen stattfinden (Schneekloth / Müller 2000: 103).

Die häusliche Pflege wird primär von Familienangehörigen, meist Ehepartnern, informell geleistet: 24% der privaten Pflegepersonen sind Ehepartnerinnen, 13% Ehepartner, weitere 26% stellen die Töchter der Pflegebedürftigen, 14% entfallen auf die Mütter von Pflegebedürftigen; entsprechend sind 80% der Pflegepersonen Frauen (Schneekloth/Müller 2000: 51). Ferner leben in Deutschland nur 22% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten alleine (ebenda: 33) und nur 9% verfügen über keine privaten Hilfepersonen (ebenda: 51). Meistens verteilt sich die Hilfe und Pflege auf eine (26%) oder zwei (27%) Pflegepersonen; weitere 20% haben drei und weitere 23% vier und mehr Helferinnen (ebenda). Ein knappes Drittel der Pflegepersonen ist 65-jährig und älter und gehört der gleichen Generation an wie die pflegebedürftige Person, nur 15% sind jünger als 40 Jahre (Schneekloth/Müller 2000: 53).

Wie *stabil* die einmal getroffenen Arrangements oft trotz größter Belastung sind, wird durch den relativ geringen Anteil an Wechselabsichten in der häuslichen Pflege deutlich: Nur 14% der Bezieher von Geldleistungen, jeweils 10% bei den Sach- und Kombileistungen und 16% bei den teilstationären Leistungen (Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege) können sich in Zukunft ein Wechsel der Art der gewählten Leistung vorstellen (Schneekloth/Müller 2000: 65). Auch dieser Befund unterstreicht: Professionelle Pflege wird bisher in der Regel nur als letzte Zuflucht gesucht, wenn die informelle Pflege absolut nicht mehr möglich ist und er unterstreicht – wiederum vor dem Hintergrund der noch auszuführenden Forschungsergebnisse zur Belastung von Pflegekräften – den *Beratungs- und Unterstützungsbedarf* im Hinblick auf ein rationales Care-Management.

2.3.1.2 Hintergründe häuslicher Pflegearrangements

Dass Pflege im wesentlichen zu Hause von Familienangehörigen geleistet werden soll und wird, entspricht den gesellschaftlichen Erwartungen – auch in den anderen OECD-Staaten (vgl. Kalisch et al. 1998: 107 f.). Der Wunsch, in der gewohnten privaten Umgebung und nicht von Fremden gepflegt zu werden, wird laut Befragungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Privathaushalten von den allermeisten (78%) geäußert (Schneekloth/Müller 2000: 63). Entsprechend verweisen 90% der Haushalte mit Sachleistungen in Form *professioneller* Pflege darauf, dass der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen solche Hilfen unverzichtbar mache und der medizinische Dienst die Inanspruchnahme empfohlen habe (Schneekloth/Müller 2000: 63); 73% geben an, dass die Pflege ansonsten mit einer Überlastung der Angehörigen verbunden wäre und ebenfalls 65% benennen den Grund, dass der Pflegebedürftige seinen Angehörigen nicht noch mehr zur Last fallen wolle (Schneekloth/Müller 2000: 63 f.). In der Regel handelt es sich bei den Motiven der Pflegekräfte um eine Mischung aus Wunsch (wegen emotionaler Nähe zum Gepflegten), Verpflichtungen, Reziprozität, finanziellen Erwägungen, der Erfüllung gesellschaftlicher Normen sowie dem Bedürfnis nach Anerkennung (Pöhlmann / Hofer 1997: 282).

Die durchschlagende Bedeutung individueller Werthaltungen und Präferenzen – die freilich immer auch gesellschaftliche sind – auf die Wahl der Pflegeform bestätigen auch andere Untersuchungen.⁷⁰ So ergeben empirische Analysen von 6.550 häuslich versorgten Pflegefällen in der Region von Augsburg, dass fast ausschließlich Variablen wie die einmal getroffene Entscheidung für die Pflegeform (Geld- oder Sachleistung), das Alter, die Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen und die Verfügbarkeit von privaten Pflegepersonen die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste determinieren (Kliebsch et al. 2000: 88 f.). Ebenso fand Gräßel (1998a und b) in einer Befragung von 1.911 Pflegepersonen im häuslichen Bereich (Laien) als wesentliche Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe – unabhängig von der Ursache des Hilfebedarfs (z.B. De-

⁷⁰ Vgl. die schon 1991 in Ost- und Westdeutschland vergleichend durchgeführte Befragung von 408 Hauptpflegepersonen im Rahmen des Projektes „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“ (Halsig 1995). Bemerkenswert bei diesen Ergebnissen ist, dass die informelle Pflegebereitschaft im Osten deutlich höher ausfiel als im Westen Deutschlands, was vor allem auf die politische und gesellschaftliche Tradition der stärkeren Orientierung an Individualität und Liberalismus im Westen und Solidarität im Osten zurückzuführen sein dürfte (vgl. Halsig 1995: 251).

menz) – den Umfang der zu erbringenden Hilfe und das Fehlen familiärer Unterstützung, was auch durch die im vorigen Abschnitt präsentierten Daten bestätigt wird.⁷¹

Andere soziale und demographische Merkmale – insbesondere Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildungsniveau und Wohnortgröße – spielten dagegen wider Erwarten keine Rolle für die Pflegearrangements (Gräßel 1998 a u. b). Zwar werden diese Prädikatoren in der Literatur immer wieder genannt (Pöhlmann/Hofer 1997: 382), indes scheinen die Befunde zweifelhaft. Nur in sehr geringem Maße bestimmen nach Kliebsch et al. (2000) die Variablen des regionalen Versorgungsangebotes⁷² oder andere soziale Gegebenheiten (z.B. Bildung, Einkommen, Geschlecht)⁷³ die Pflegearrangements. Gräßel (1998 a und b) fand nur einen leichten Einfluss der Variablen Geschlecht auf die Inanspruchnahme professioneller Dienste bei der Gruppe der nicht dementen Pflegebedürftigen bestätigt. Ferner nahmen Männer insgesamt und erwerbstätige Männer und Frauen unter den Pflegekräften häufiger professionelle Hilfen in Anspruch als nicht Erwerbstätige (vgl. Blinkert/Klie 1999). In multivariaten Analysen verloren diese Variablen jedoch ihr Gewicht gegenüber den prominenten Faktoren des Umfangs der zu erbringenden Hilfe und dem Fehlen familiärer Unterstützung (Gräßel 1998 a und b).

Als Bestimmungsfaktoren der Inanspruchnahme professioneller Pflege werden in der Literatur außerdem genannt: mangelnde Information über das Angebot, Wunsch nach Unabhängigkeit / Selbständigkeit, Scham, negative Bewertung der Angebote der Dienste, Finanzrestriktionen, Unbehagen gegenüber Wohlfahrtsstaat und Bürokratie (Pöhlmann/Hofer 1997). Die Befragung von 1092 Pflegebedürftigen und 406 Hauptpflegepersonen stützt kaum die generelle These, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörige häufig nicht über die Möglichkeiten ambulanter Pflege informiert seien, so kannten 87% mindestens ein professionelles Hilfsangebot (Pöhlmann / Hofer

⁷¹ Die herausragende Bedeutung dieser Variablen wird von Blinkert/Klie (1999) in einer – allerdings *nicht* repräsentativen – Studie in ausgewählten Regionen in Baden-Württemberg betont.

⁷² So hat nur das Ausmaß des Angebotes von „Essen auf Rädern“ einen leichten positiven Effekt auf die Nachfrage professioneller ambulanter Pflege (Kliebsch et al. 2000: 88). Allerdings muss dieser schwache Einfluss vor dem Hintergrund von Kollinearität (so steigt der Bedarf an hauswirtschaftlichen Diensten auch mit zunehmendem Pflegebedarf) und anderen Ergebnissen weiter relativiert werden. So fanden Brandenburg / Zimprich 1995 (und weitere dort zitierte internationale Studien) keine dahingehenden Einflüsse des regional unterschiedlichen Versorgungsangebotes auf die Inanspruchnahme professioneller ambulanter Pflege (ebenso: Runde/Giese 1999) und sie rekurrieren auf eine starke Angleichung regionaler Versorgungsniveaus. Das Verschwinden traditioneller Stadt-Land-Unterschied im Versorgungsangebot mit professionellen Pflegediensten und -einrichtungen belegen aktuelle Studien zur Entwicklung der Pflegeinfrastruktur (vgl. Roth 2000b).

⁷³ Je höher der Bildungsgrad in einer Region desto geringer ist eher die Inanspruchnahme professioneller ambulanter Pflege, was nicht den Erwartungen entspricht (Kliebsch et al. 2000: 88 f.) und anderen Untersuchungsergebnissen entgegen läuft (vgl. Brandenburg/Zimprich 1995: 241 f.).

1997: 385), andere Befragungen weisen einen Anteil von 100% aus, welche über die Möglichkeit, zwischen Geld- und Pflegediensten zu wählen, informiert sind (Giese/Wiegel 2000: 1034). Andererseits bestätigt die zuerst genannte Untersuchung erneut, dass sowohl die Nutzung professioneller Pflege als auch die Belastung der Pflegepersonen insbesondere mit zunehmenden ADL-Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen steigen (Pöhlmann/Hofer: ebenda).

Gleichwohl scheint es einerseits durchaus im einzelnen Informationsdefizite zu geben und andererseits scheint die Nutzung von Pflegediensten grundsätzlich auch nicht populär: So kennen alle 681 der in einer Panel-Untersuchung antwortenden Pflegehaushalte zwar die Wahlmöglichkeit, jedoch nur jedoch knapp 40% sehen im Pflegedienstangebot eine Entlastung oder den Sinn fachlicher Anleitung und nur 23,2% haben einen Pflegedienst auch gewählt (Giese / Wiegel 2000: 1034). Auch bei dieser Erhebung kam zum Ausdruck, dass grundsätzliche Wertpräferenzen bei der Wahl der Pflegeform zunächst bestimmend sind und dass Pflegedienste als Kompensation von Angehörigenrestriktionen gewählt werden, ohne dass der Aspekt der Pflegequalität oder fachliche Aspekte eine Rolle spielen (Giese / Wiegel: ebenda). Jedoch haben sich gut zwei Drittel der antwortenden Pflegehaushalte mit Hilfe der Informationsmaterialien der Pflege- oder Krankenkassen über die Pflegeversicherung regelmäßig informiert und immerhin 67% kennen mehr als vier Sachleistungsarten, wobei der Informationsgrad mit der Pflegestufe und der Dauer der Pflegebedürftigkeit ansteigt (Giese/Wiegel 2000: 1040 f.); allerdings sinkt der Informationsgrad wiederum, wenn ältere Personen die Pflege übernommen haben; diese nehmen im übrigen auch generell weniger Leistungen in Anspruch (Giese/Wiegel 2000: 1040, 1042). Unerwartet positiv scheint im übrigen die Einstellung der Pflegehaushalte zur Pflichtberatung nach § 37 SGB XI zu sein, mit der rund drei Viertel der 430 antwortenden Pflegehaushalte positive Wirkungen verbinden (Giese / Wiegel 2000: 1039).

Darüber hinaus ergeben Befragungen von 2.196 Pflegehaushalten im Jahr 1997, dass neben den Einstellungen und Wünschen sowie der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung vor allem den finanziellen Restriktionen bei der Wahl der Pflegeform (v.a. bei der Erwägung von Heimpflege) eine große Bedeutung zukommt (Runde / Giese 1999: 348). Finanzielle Restriktionen und Informationsdefizite zeigen sich bei der Inanspruchnahme flankierender Leistungen, wie z.B. den Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Hier ist laut Befragungen zwar bei ca. einem Drittel bis der Hälfte der Pflegehaushalte ein Bedarf vorhanden (Schneekloth/Potthoff 1993: 150, zit. nach Eifert et al. 1999b). Laut dazu 1996/97 durchgeführten Panel-Befragungen kennen immerhin 63% (von n=681) der Haushalte zwar die Maßnahmen im Pflege-VG und 41% beurteilen

diese positiv, jedoch haben nur 17% einen dahingehenden Antrag gestellt (Giese/Wiegel 2000: 1032). Ebenso kennen zwar 68% die Möglichkeit der Pflegekurse und 30% sehen darin eine Erleichterung, aber nur 7,8% haben einen dahingehenden Antrag gestellt (ebenda: 1033). Besonders interessant scheint schließlich in diesem Zusammenhang, dass von den Pflegekassen in allen Bereichen – bis auf den Bereich der Wohnumfeldverbesserung⁷⁴ –mehr Sachleistungen bewilligt als beantragt und dass kaum Anträge abgelehnt wurden (Giese / Wiegel 2000: 1038).

2.3.1.3 Belastung informeller Pflegekräfte

Ungeachtet der aufgezeigten Präferenzen der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung für die familiäre Pflege und der Stabilität der einmal getroffenen Pflegearrangements muss die enorme Belastung von Pflegekräften in Betracht gezogen werden. Dieses ist für die – möglicherweise erst bei vorliegenden Mängeln infolge Überlastung einsetzende – professionelle Pflege von großer Bedeutung. Die große körperliche und psychische Belastung von Pflegepersonen bestätigt eine Befragung von 1.911 Pflegepersonen (Laien) im häuslichen Bereich. Danach sind 61% als mittel und 15% als stark oder sehr stark belastet und nur 24% als nicht belastet einzustufen (Gräßel 1998a). Laut einer späteren Befragung sahen sich 40% als sehr, 43% als stark und nur 14% als wenig oder gar nicht belastet an (Schneekloth/Müller 2000: 56). Klar signifikant erhöht zeigte sich im Vergleich zur Normalbevölkerung insbesondere die körperliche Belastung,⁷⁵ die ihrerseits natürlich wiederum stark positiv mit der psychischen korreliert. Infolge der Belastung von Pflegepersonen kommt es häufiger zu aggressiven Verhaltensweisen gegenüber der pflegebedürftigen Person (Gräßel 2000: 88).⁷⁶ Einen prominenten belastenden Aspekt stellt auch die häufig zu beobachtende Einschränkung von sozialen Kontakten dar (Adler et al. 1996: 145).

Die Belastung der Pflegekräfte resultiert aus der zeitlichen Einbindung und der körperlichen Beanspruchung durch die Pflegetätigkeit, Konflikte mit anderen Aufgaben und Anforderungen sowie

⁷⁴ Allerdings galt dies nur für den ersten Befragungszeitpunkt (Giese/Wiegel 2000: 1038).

⁷⁵ Dazu zählen insbesondere Schlafstörungen, Erschöpfungszustände und Gliederschmerzen, ferner Herz-/Kreislaufbeschwerden (vgl. Gräßel 1998a; Adler et al. 1996).

⁷⁶ Vgl. zu psychischen Belastungen von Pflegepersonen und zu Bewältigungsstrategien Boeger/Pickartz 2001. Diese zeigen, dass die Identifikation mit den Pflegebedürftigen zu erhöhten Belastungen führt und andererseits positive Bewältigungsstrategien (Deutung) und soziale Netzwerke die Belastungen (körperliche und psychische) sowie Kritik und aggressive Stimmungen vermindert; vgl. auch: Wilz et al. 1999, die zudem ermitteln, dass die Qualität der emotionalen Beziehung zum Gepflegten eine maßgebliche Rolle bei der Verarbeitung der Belastung spielt, die insbesondere bei emotional abhängigen Pflegepersonen sehr schlecht ausfällt (Adler et al. 1996: 147).

mit eigenen Zukunftsplänen stellen weitere bedeutsame Mühen dar (Gräßel 1998a u. b; Schacke / Zank 1998).⁷⁷ Die unmittelbare und kontinuierliche Konfrontation mit den Krankheitssymptomen ist aufgrund der emotionalen Beziehung ebenso oft belastend (vgl. Gräßel 2000: 86). Dagegen wird das Verhältnis zur pflegebedürftigen Person oder die Pflegeetätigkeit selbst nur selten als Ursache der Belastung empfunden.⁷⁸ Im Hinblick auf Ursachen der Belastung ist unstrittig, dass deren Ausmaß mit dem Grad der Schwere der Pflegebedürftigkeit der gepflegten Person – bis zu einer gewissen Sättigungsgrenze – ansteigt (Gräßel 1998a: 67). Ferner fühlen sich Pflegekräfte von dementiell Erkrankten – bei gleicher Pflegedauer – signifikant häufiger und stärker belastet als Pflegekräfte, die nicht-dementiell Erkrankte versorgen (Gräßel 1998a: 59).⁷⁹

Der durchschnittliche Zeitaufwand liegt bei den Hauptpflegepersonen bei 45,5 Stunden pro Woche, bei der Stufe III sind es jedoch 60,6, bei der Stufe II 49,5 und bei Stufe I 37,9, wobei jedoch eine erhebliche Streuung auftritt (Schneekloth / Müller 2000: 55). Entsprechend ist nur eine Minderheit der Hauptpflegepersonen 30 Stunden und mehr erwerbstätig (16%) und eine große Mehrheit (72%) ist gar nicht oder nur geringfügig beschäftigt (Schneekloth/Müller 2000: 58); mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren, gaben wegen der Pflege ihre Erwerbsarbeit auf oder schränkten diese ein (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 60, vgl. auch: Gräßel 2000; Runde/Giese 1999: 355).

Neben dem Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen als erklärende Variable mit dem größten Gewicht, führen entweder Verpflichtung oder eine oft wenig reflektierte emotionale Mischung aus Wunsch und Verpflichtung, häusliche Pflege für Angehörige zu leisten, sowie mangelnde Wahlmöglichkeiten zu Belastungen und nicht selten zur gesundheitlichen und psychischen Überlastung von Pflegepersonen (Pöhlmann / Hofer 1997; Gräßel 1998 a und b; ders. 2000). Keinen Einfluss übte dagegen die Variable der Erwerbstätigkeit der Pflegekräfte auf deren Belastung aus, unter Umständen, weil die Berufstätigkeit sowohl be- als auch entlastend

⁷⁷ Auch hier zeigen sich interessante Unterschiede in Ost- und Westdeutschland. Während in Ostdeutschland die körperliche Belastung im Vordergrund steht, gilt in Westdeutschland die zeitliche Einbindung als primärer belastender Aspekt (vgl. Halsig 1995: 254).

⁷⁸ Allerdings wird die Belastung signifikant unterschiedlich empfunden, je nachdem, ob die Pflege freiwillig oder unter Druck (Verpflichtung) übernommen wurde und ob eine positive emotionale Beziehung zur gepflegten Person vorlag (Halsig 1995: 255).

⁷⁹ Dieses steht aber im Widerspruch zum Ergebnis von Schacke/Zank (1998: 359), die – allerdings nur auf der Basis von 78 Fällen – einen *positiven* Zusammenhang zwischen dem Abbau der kognitiven Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und einer steigenden Lebenszufriedenheit des pflegenden Angehörigen fanden, weil die Pflege den Pflegekräften auch Selbstbestätigung und Zufriedenheit geben kann.

wirken kann; hier scheinen, nach der Interpretation von Gräßel zu urteilen, weitere Untersuchungen angezeigt, (Gräßel 2000: 92).

Besonders interessant erscheint der unerwartete Befund, dass keine signifikanten Unterschiede der Belastungssituation der Pflegekräfte vorlagen, je nachdem, ob neben der informell geleisteten Hilfe noch zusätzliche *professionelle* Hilfen (Tagespflege, Hilfen durch Sozialstationen) in Anspruch genommen wurden (Gräßel 1998a: 66). In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass insgesamt überhaupt nur 10% der Pflegekräfte an einem Pflegekurs der Pflegekasse teilgenommen haben, jedoch steigt auch hier der Anteil mit zunehmendem Pflegebedarf (ebenda: 57). Die Untersuchung von Gräßel wurde allerdings Anfang 1995, d.h. unmittelbar vor dem Eintritt der Pflegeversicherung durchgeführt, d.h. in einer Situation, wo noch eine deutlich geringere öffentliche Unterstützung professioneller ambulanter Pflege geleistet wurde. Neuere Untersuchungen kommen jedoch dementsprechend – trotz der oben aufgezeigten durchaus kritischen Einstellung zu Pflegediensten – zu einem differenzierteren Ergebnis. So antworten zwar nur 26% von 627 Pflegehaushalten, dass die Belastung der Pflegeperson infolge der Inanspruchnahme von Pflegediensten geringer geworden sei. Allerdings beurteilt die Gruppe, die Pflegedienste in Anspruch nahm, die Entlastung der Pflegeperson durch die Pflegeversicherung deutlich positiver als andere Gruppen (Giese/Wiegel 2000: 1045).

Vor dem Hintergrund der auch durch internationale Forschungsergebnisse belegten immensen Belastung informeller Pflegekräfte und der im folgenden Abschnitt aufgezeigten Tendenzen der Veränderung häuslicher Pflegepotentiale erhalten Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige künftig vermutlich eine wachsende Bedeutung. Dass solche Maßnahmen signifikante Auswirkungen auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand von Pflegekräften haben können, zeigte eine vergleichende Untersuchung in Taiwan (Chen 1999). Bei dieser quasi-experimentellen Untersuchung erhielten 84 Pflegekräfte professionelle Unterstützung und Gesundheitsberatung, eine Kontrollgruppe erhielt keine solche Maßnahmen. Sechs Monate nach dem Beginn des Experiments waren bei den Pflegekräften in den meisten gesundheitlichen Dimensionen positive Veränderungen zum früheren Zustand und signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe (ohne Gesundheitsberatung) festzustellen (Chen 1999: 129).

2.3.1.4 Tendenzen der Veränderung

Der im Zuge der politischen Diskussion um die Pflegeversicherung in Deutschland oft befürchtete ‚Heimsog‘ ist zumindest *bisher* ausgeblieben, wengleich der Anteil der stationär Versorgten sich erhöhte (vgl. oben). Ein Hauptgrund ist, dass für die Auswahl der Pflegeform weniger der Anreiz der Leistungen der Pflegeversicherung von Bedeutung war, als die Einstellungen sowie schlicht die *Möglichkeiten*, die individuell, gesellschaftlich und institutionell favorisierte informelle Pflege zu leisten (vgl. Runde et al. 1996; Evers/Rauch 1997; Blinkert /Klie 1999; Schneekloth/Müller 2000). Die Leistungen der Pflegeversicherung werden primär als Entlastung gesehen, um eben die gewünschte familiäre Pflege abzusichern.

Dennoch scheinen sich Auswirkungen der Einführung der Pflegeversicherung abzuzeichnen, die vor allem auf *längere Sicht* bedeutsam werden könnten. Bei einem Vergleich von Pflegearrangements zwischen Gruppen, die bereits vor der Einführung des Pflege-VG häuslich pflegten und solchen, die erst nach dessen Einführung die Pflege aufgenommen haben, zeigen sich teilweise markante Unterschiede.⁸⁰ So weisen die ‚alten‘ Fälle deutlich höhere Anteile an informeller und geringere Anteile an professioneller Pflege auf. Gleichwohl haben beide Gruppen mit zunehmender Dauer der Pflege die informelle Pflege ausgeweitet und die professionelle Pflege eingeschränkt (Runde/Giese 1999: 344). Wo hier die Ursachen liegen, ob dies z.B. mit finanziellen Restriktionen, der Unzufriedenheit mit der geleisteten professionellen Pflegequalität, zunehmenden Laienkompetenzen oder wachsendem Mitleid/Verpflichtungsgefühl zu erklären ist, bleibt noch weitgehend offen. Dennoch liegt der Befund quer zu den Erwartungen einer kontinuierlich abnehmenden familiären Pflegebereitschaft als säkularem Trend, so dass sich diesbezüglich ein weiterer Forschungsbedarf ergibt.

Markante Unterschiede zwischen den Gruppen manifestieren sich jedoch bei den Einstellungen und den Einschätzungen der Pflegearrangements sowie den dabei vorhandenen Wahlmöglichkeiten. So zeigt sich, dass in der Gruppe der Neufälle Angehörige, insbesondere Töchter, offenbar weniger zur Verfügung stehen und die Bereitschaft zu kombinierten und zunehmend professionellen Pflegearrangements deutlich größer geworden ist (Runde/Giese 1999: 353-355); letzteres gilt indes auch für die Fallgruppen, die keine Restriktionen bei der Auswahl der Pflegearran-

⁸⁰ Unterschiede im Pflegebedarf sowie andere soziale und demographische Variablen konnten kontrolliert bzw. deren Effekte ausgeschlossen werden (vgl. Runde/Giese 1999: 341 f.). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass Kohorteneffekte aufgrund noch ausstehender dahingehender Panel-Untersuchungen nicht auszuschließen sind. Deshalb sind diese Ergebnisse noch mit Vorsicht zu bewerten.

gements (fehlende Angehörige oder finanzielle Restriktionen) vermelden. Schließlich äußert sich bei den Fällen, die keinen Restriktionen bei der Auswahl der Pflegearrangements unterliegen, ein gravierender Unterschied zwischen Neu- und Altfällen: Die Gruppe der Pflegenden, welche nach dem Inkrafttreten des Pflege-VG die Pflege aufnahmen, zeigen klar höhere Präferenzen in bezug auf die Bedeutung und den Einsatz von Fachkräften (vgl. Runde/Giese 1999: 358).

Dass das familiäre Pflegepotential im Zuge des bereits skizzierten gesellschaftlichen und kulturellen Wandels, der unter dem Diktum der Modernisierungstheorie zusammengefasst werden kann, *zukünftig* weiter abnehmen wird, scheint Konsens zu sein. So ist z.B. der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten in der Vergangenheit in Deutschland kontinuierlich gewachsen, von 25,4% im Jahre 1972 auf 35,4% im Jahr 1990 (Deutscher Bundestag 1994: 130). Entsprechendes gilt auch für die Altenbevölkerung (vgl. Rothgang 2001: 35). Und auch für die Zukunft wird von einem weiterhin steigenden Anteil der Einpersonenhaushalte ausgegangen. So rechnet das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (1993: 68) damit, dass der Anteil von Frauen ab 60, die in Einpersonenhaushalten leben, von 47,6% im Jahre 1991 auf 54,2% im Jahr 2030 ansteigt, und dieser Anteil bei den Männern im gleichen Zeitraum von 14,5 auf 24% anwächst (Rothgang 2001: 35). Ferner steigt nach diesen Berechnungen der Anteil der Pflegebedürftigen in Einpersonenhaushalten von 20% im Jahr 1991 auf 30% im Jahr 2030 (Rothgang 2001: 36). Daraus resultierend dürfte zukünftig die Nachfrage professioneller Pflege weiter steigen. Zwar sind die aufgezeigten Leistungsdaten der Pflegeversicherung aufgrund mancher Einführungseffekte mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten, doch weisen diese auch in Anbetracht der genannten Einschränkung bereits in die Richtung einer deutlich steigenden Nachfrage von Heimpflege, die offenbar bereits über der demographisch bedingten Rate liegt (vgl. Rothgang 2001: 38).

Generell wird darüber hinaus die *ökonomische* Entwicklung als Triebkraft für den wachsenden Ausbau von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen wie der Altenpflege anerkannt (vgl. Wilensky 1975, zit. nach Fretschner et al. 2001; Schmidt 1999a). Ohne Zweifel hat neben der Zunahme der Altenbevölkerung das ökonomische Wachstum einen empirisch evidenten Einfluss auf das Wachstum der professionellen Altenpflege. So verlief die Expansion der Kapazitäten in der Altenhilfe auf lange Sicht im großen und ganzen *relativ* analog zum Wirtschaftswachstum (vgl. Fretschner et al. 2001; vgl. Schmidt 1999a u. b). Wird auch künftig zumindest eine leicht positive Wirtschaftsentwicklung angenommen, lassen sich auch auf dieser Basis entsprechende Wachstumseffekte für das Angebot und die Nachfrage von Pflegeeinrichtungen prognostizieren.

Schließlich korreliert die steigende *Frauen-erwerbstätigkeit* ebenso leicht mit dem wachsenden Angebot sozialer Dienste, insbesondere der Kinder- und Altenversorgung (vgl. Schmidt 1999a; Fretschner et al. 2001). Dieses resultiert vor allem daraus, dass die familiäre Pflege kaum mit einer Erwerbstätigkeit zu vereinbaren ist. Aufgrund dieser Beschränkungen wird zukünftig vor dem Hintergrund einer durchweg prognostizierten Erhöhung der – im internationalen Vergleich geringen – Frauen-erwerbstätigkeit (vgl. Deutscher Bundestag 1998) ein Grund für eine zunehmende Inanspruchnahme professioneller Pflege gesehen (vgl. Rothgang 2001: 32).⁸¹ So stieg nach den Angaben des Mikrozensus der Anteil von Frauen an den Erwerbstätigen in Deutschland von 42,6% (1997) auf 43,3% (1999).⁸²

Allerdings lassen sich die genauen Zusammenhänge und Auswirkungen diesbezüglich noch kaum exakt abschätzen, weil die Entwicklung der den Pflegearrangements zugrunde liegenden Einstellungen – welche wie dargestellt als prominente Variable wirken – kaum exakt zu prognostizieren sind. Zwar ist klar, dass die zunehmend flexibleren, weniger traditionellen Lebensentwürfe, Familienverhältnisse sowie kulturellen Orientierungen und die größeren ökonomischen und beruflichen Potenzen die aufgezeigten tradierten ‚pflegekulturellen Orientierungen‘ zum Teil auflösen und weiterentwickeln werden. Als Folge dürfte zweifellos eine Verminderung des informellen Pflegepotentials auf der einen Seite sowie andererseits ein Anstieg der – auch positiv verstandenen und begründeten – Nachfrage professioneller Pflege zu verzeichnen sein (vgl. Blinkert/Klie 1999; 2000; 2001). Die genaue Aufschlüsselung und Berechnung der Auswirkungen ist allerdings bisher auch auf der Basis der Befragungen der nachwachsenden Generation von Pflegekräften der 40-60-jährigen (Blinkert/Klie 2000) noch nicht gelungen. Dass sich vor diesem Hintergrund zunehmend professionell geprägte Pflegearrangements durchsetzen, scheint zwar sicher, doch in welchen Größeneffekten und mit welchem Tempo sowie aufgrund welcher Zusammenhänge ist weithin noch ungeklärt.

⁸¹ Vorausgesetzt wird dabei, dass sich die Bereitschaft zur Pflege männlicher Familienangehöriger oder sonstiger informeller Pflegepersonen nicht entsprechend erhöhen dürfte. Auch international zeigt die Pflegeforschung, dass Männer zwar ihre Lebenspartnerin, in der Regel aber nicht ihre Eltern pflegen. Da kein Anlaß besteht, in Zukunft diesbezüglich ein verändertes Verhalten zu erwarten und zudem die Zahl Alleinlebender wie dargestellt zunimmt, muss davon ausgegangen werden, dass eine sinkende Pflegebereitschaft von Frauen nicht durch eine zunehmende Pflegebereitschaft von Männern ausgeglichen werden kann (vgl. Rothgang 2001: 32).

⁸² Eigene Berechnung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes, Mikrozensus.

2.3.2 Messung der Pflegequalität

Ein besonderer Augenmerk wird im folgenden solchen Arbeiten gelten, die an Ergebnissen oder dem sogenannten ‚outcome‘ der Pflegequalität orientiert sind. Da hier vor allem die neuere amerikanische Fachliteratur wegweisend ist, soll zunächst auf diese, ergänzt um andere internationale Ansätze rekurriert werden, bevor dahingehende deutsche Ergebnisse aufgezeigt werden.

2.3.2.1 Internationale Befunde

Wie ausgeführt wurden vor allem in den angelsächsischen Staaten in neuerer Zeit Konzepte der Messung der Qualität unter Orientierung am *outcome* der häuslichen Pflege entwickelt und getestet. Das heißt, dass nicht alleine Struktur- und Prozessdimensionen wie der Anteil an eingesetzten Fachkräften oder die Führung der Pflegedokumentation als Qualitätskriterien für sich gemessen werden, sondern dass vergleichende Messungen der Morbidität oder des Rückgangs funktionaler Kapazitäten bestimmter Patientengruppen (gemessen z.B. anhand von ADL-Skalen) erfolgen. Darauf basierend kann im Einrichtungs- oder Sektorvergleich ermittelt werden, ob und welche Veränderungen des so gemessenen outcome, etwa infolge des mangelnden Einsatzes an Fachkräften oder anderer Qualitätsmerkmale, entstehen. Als erklärende Variablen für die Pflegequalität werden neben organisatorischen Merkmalen – wie der Größe, Trägerschaft, Quantität und Qualität des Personals und der Kooperation und Koordination – die Art der Versorgungsform und der Einsatz spezieller Behandlungsformen (z.B. Rehabilitation), die Art und Schwere der Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen sowie die Existenz staatlicher Kontrollen als Variablen herangezogen. Diese Variablen werden oft sehr unterschiedlich aufgefasst und ebenso unterschiedlich aufeinander bezogen (wechselnd als abhängige oder unabhängige Variablen).

2.3.2.1.1 Stationärer Sektor

Gerade der Einsatz von *Fachkräften* gilt gemeinhin seit Florence Nightingale ohne weiteres als Garant für eine gute Pflege und eine gesundheitsfördernde Wirkung. Allerdings blieben die Zusammenhänge zwischen organisatorischen Variablen und der Mortalität oder ‚adverse outcomes‘ weiterhin unklar, so Mitchell/Shortell (1997), die in einem Review dieser Frage nachgehen. Sie stellen zunächst fest, dass fast alle dahingehend gefundenen empirischen Studien (81) in der *Akutmedizin* angesiedelt sind und der Zusammenhang zwischen dem Einsatz professionellen Pflegepersonals und der Pflegequalität für die Dauerpflege erst in jüngster Zeit für *Pflegeheime* er-

forscht wurde (vgl. auch: Rantz 1995; Mara et al. 1999: 235). Dennoch können auch aus solchen Studien für die Qualitätsbeurteilung in der ambulanten Pflege grundlegende Erkenntnisse abgeleitet werden.

Insgesamt liegen *widersprüchliche* Ergebnisse vor, wenn überhaupt, dann scheint der Zusammenhang zwischen *professionellem Pflegepersonal* und der Mortalität in der Dauerpflege eher als in der Akutmedizin gegeben zu sein (Mitchell/Shortell 1997: 22), wo technischen Aspekten ein höheres Gewicht zukommt. Und auch bezüglich sogenannter ‚adverse effects‘ (oft gemessen an der Veränderung von Decubitalgeschwüren, Fixierungen, Katheterverwendung, Medikamentenfehler⁸³ oder der Krankenhauseinweisung) gab es widersprüchliche Ergebnisse: So war der Einsatz professionellen Pflegepersonals, d.h. der günstigere Anteil von Pflegepersonal zu Patienten in Pflegeheimen in einigen Untersuchungen mit *geringeren* Raten adverser Effekte für die Patienten verbunden, während in anderen Studien *keine* derartige Beziehung festgestellt wurde (Mitchell / Shortell 1997: 26).

Kane et al. (1989, zit. nach Mitchell / Shortell 1997) fanden in einer spezielleren Fragestellung bestätigt, dass der Einsatz von Projekttraining für Geriatriepflegerinnen in 30 Pflegeheimen im Vergleich zur Kontrollgruppe die Sterberate senkte. Andere Variablen der Pflegeeinrichtungen wie Größe, Trägerschaft oder Stadt / Land-Status hatten dagegen keinen Einfluss auf die Mortalität der Patienten (Davis 1991, zit. nach Mitchell / Shortell 1997). Ferner konnten z.B. Rosen et al. (1999: 40) – allerdings erneut anhand von Messungen in Pflegeheimen – nachweisen, dass „residents who received rehabilitation services were consistently less likely to decline in functional status (gemessen anhand von ADL-Skalen, Anm. d. Verf., G.R.) than residents who had not received rehabilitation services“.

Ebenso spricht eine aktuelle flächendeckend angelegte Untersuchung von Harrington et al. (2000) und auch weitere dort genannte empirische Analysen für die positive Wirkung professionellen Pflegepersonals auf die Rate an *Qualitätsmängeln* in der Pflege. Diese Erhebung richtete sich an *alle* Pflegeeinrichtungen in den USA, die staatlich für die Abrechnung mit Medicare und Medicaid zertifiziert wurden und umfasste 13.770 an der Zahl, wobei einige (insbesondere klei-

⁸³ Diese können am Rande bemerkt in hohem Maße zur Hospitalisierung beitragen: So fand eine Studie, dass 17% der Hospitalisierung älterer Menschen aufgrund von Medikamentenfehlern eintrat, fast sechs Mal höher als im Vergleich zur allgemeinen Population (Cassel 2000: 391). Interessant ist auch, dass die Ablehnung von Medikamenten mit der zunehmenden Anzahl der Verordnungen steigt und dass ältere Menschen mit der zunehmenden Zahl und Komplexität der Verordnungen überfordert sind (Cassel ebenda).

nere Einrichtungen und Ausreißer bei der Personalbesetzung) im Interesse der Datenqualität ausgeschlossen wurden. Die Beobachtungen bezogen sich auf den Zeitraum von einem Jahr (7/95-6/96). Insgesamt wurden 81.534 Qualitätsmängel dokumentiert, d.h. durchschnittlich fast 6 pro Einrichtung. Durchschnittlich wurden 3,4 Pflegestunden pro Tag und Bewohner aufgewendet, 60% der gesamten Arbeitszeit des Personals. Die Bewohner hatten eine durchschnittliche Einschränkung von ADL von 5,78 (auf einer Skala von 1-9, mit 9 als am stärksten eingeschränkt), 42,4% waren demenz, 6,5% hatten Druckgeschwüre.

Die daraufhin durchgeführten statistische Analysen zeigten, dass geringere Anteile an eingesetztem professionellen Pflegepersonal signifikant mit zunehmenden Qualitätsmängeln in der Pflege, aber nicht mit wachsenden Defiziten der allgemeinen Lebensqualität der Bewohner einher gingen; dieser Zusammenhang bestand jedoch auch bei den Pflegehilfskräften, während die Arbeitskapazität der Leitungskräfte keinen Einfluss auf beide Defizite ausübte; dieses gilt auch für das Verwaltungspersonal und das hauswirtschaftliche Personal (Harrington et al. 2000: 282).

Erstaunlich und konträr zu anderen Forschungsergebnissen erbrachten hohe Anteile mit hohen ADL-Beeinträchtigungen *keinen* positiven Zusammenhang zu wachsenden Qualitätsmängeln, insbesondere galt dies nicht für die Anteile mit dementen Bewohnern, wo es sogar umgekehrt war: je höher die Anteile der Patienten mit Demenz und Depression, desto geringer die Qualitätsmängel; allerdings galt die erwartete Korrelation für den Anteil mit inkontinenten Bewohnern und für die Anteile der Bewohner mit Druckgeschwüren. Insbesondere die letzte Variable scheint nach dieser Untersuchung eine hohe Zeigerfunktion für wachsende Qualitätsmängel in allen Bereichen zu haben (Harrington et al. 2000: 281). Allerdings fragen die Autoren angesichts dieser Resultate wohl zurecht, inwiefern es den staatlichen Reviewern auch gelungen ist, Pflegemängel bei dementen und psychisch beeinträchtigten Personen zu erkennen, während eben Druckgeschwüre leichter und zweifelsfrei zu bestimmen sind, so dass daraus weiterer Forschungsbedarf abgeleitet wird.⁸⁴

⁸⁴ Ein großes methodisches Problem stellt die *Reliabilität* und *Validität* der Qualitätsbeurteilungen dar. Im Beitrag von Smith et al. (1997) wurden vergleichend sogenannte Peer-Reviews in bezug auf die Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Samples von 313 Pflegebedürftigen untersucht, wovon 180 noch einmal bewertet wurden, so dass 493 Reviews durch 6 Reviewer untersucht wurden. Das Resultat war, dass outcome-orientierte Bewertungen eine höhere Interrater-Reliabilität erzielten (durchgehend über 0.40, auf einer Skala von 0-1, wobei 1 einer 100%-Übereinstimmung entspricht) als prozessorientierte (z.B.: Management, Dokumentation, Therapie, Medikamente), deren Werte, selbst wenn der Durchschnitt von 2 Reviewern zusammengefasst wurde, nicht über einem Wert von 0.30 lagen. Signifikant war der Einfluss einzelner Reviewer und die Zugehörigkeit zu einer unterschiedlichen Berufsgruppe (Mediziner/Geriater, ausgebildete geriatrische Pfleger), was bei den

Bemerkenswert war, dass kleine und staatliche sowie gemeinnützige Pflegeeinrichtungen weniger Qualitätsmängel aufwiesen als große und am Profit orientierte, und dass Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Medicaid-Patienten (Arme), mehr Defizite aufweisen. Unter Einbezug der Einrichtungsmerkmale und der Region stieg die ‚erklärte‘ Varianz auf 21%, was allerdings auch bedeutet, dass ein weit überwiegender Anteil der Streuung der Qualitätsmängel mittels dieser Variablen nicht erklärt werden konnte. Insofern vermuten Harrington et al. (2000), dass weitere Variablen, wie z.B. der Grad der Ausbildung, die Erfahrung des eingesetzten Personals, die Personalfuktuation und andere organisatorische Merkmale eine Rolle im Hinblick auf die Qualität der Pflege spielen könnten. Ferner diskutieren die Autoren die Zuverlässigkeit der staatlichen Reviews, wobei sie davon ausgehen, dass die Reviews in hohem Maße zuverlässig sind, was die richtige Ermittlung festgestellter, nicht aber hinsichtlich der vielleicht übersehenen Qualitätsmängel anbelangt. Deshalb empfehlen die genannten Autoren die Anwendung der unten aufgezeigten Verfahren mittels differenzierter Qualitätsindikatoren, wie sie von Arling et al. (1997) entwickelt wurden.

Widersprüchlich sind laut Mitchell/Shortell (1997) auch Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen weiteren *organisatorischen Prozessen* (wie der Koordination und des Kommunikationsflusses) in der Pflege und der Mortalität, wozu indes wiederum primär Ergebnisse aus der Akutmedizin berichtet wurden (Mitchell/Shortell 1997: 24 f.). Ähnliches gilt für den Einsatz und die Güte von Dokumentationen auf adverse Effekte (Mitchell / Shortell 1997: 24), wobei die Dokumentationen in Pflegeheimen jedoch oft schlicht nicht vorhanden oder aussagekräftig waren, so dass daraus auch nicht hervor ging, welche Pflege geleistet wurde und welche Effekte der Führung der Dokumentation auf die Qualität zu verzeichnen waren. Allerdings konnte in einem Vergleich zwischen staatlich überwachten und nicht kontrollierten Pflegeheimen festgestellt werden, dass bei der zuletzt genannten Gruppe nicht nur die Dokumentation fehlte, sondern dass auch die Inzidenz adverser Effekte wie Druckgeschwüre bei fehlender staatlicher Kontrolle der Pflegeeinrichtungen hoch war (Mitchell/Shortell 1997: 27).

outcome-orientierten Einschätzungen der Patientenbefunde aber durchweg nicht ins Gewicht fiel. Allerdings lag auch die Reliabilität der Einschätzungen der Pflegekräfte in bezug auf Pflegeprozesse und Pflegemanagement nur bei der Behandlung von Demenz, Depression und Hypertonie im Bereich guter Zuverlässigkeit. Offenbar sind die medizinischen Zustände der Pflegebedürftigen (z.B. der Haut, der Inkontinenz, Demenz, Bluthochdruck, Depression, Ernährungsprobleme) deutlich zuverlässiger einzuschätzen als das Pflegemanagement und die Pflegeprozesse – egal von welcher Berufsgruppe.

Darüber hinaus kritisieren Mitchell/Shortell aufgrund ihres Reviews, dass in den meisten bis dahin vorliegenden Studien keine Differenzierung der Analyse hinsichtlich von Patientenkategorien oder der Schwere der Krankheiten sowie der Pflegebedarfe vorgenommen wurde. Außerdem fehlte eine Differenzierung der Vergleichsperspektive auf der organisatorischen Ebene, d.h. dass die Pflegequalität, gemessen an Mortalität oder adverser Effekte stärker in bezug auf *differenzierte* organisatorische Aspekte (Abteilungen oder bestimmte Prozesse) und weniger auf die Organisation als Ganzes untersucht werden sollte (Mitchell/Shortell 1997: 28 f.). Schließlich betonen die Autoren: „Most of the work in this area is just beginning to be reported in the literature or is in progress“ (ebenda: 28).

Als Folge der OBRA-Reform 1987 wurde durch Arling et al. (1997) ein auch für die ambulante Pflege wegweisender *Nursing Home Quality Indicator* entwickelt, der auf der Basis des *Minimum Data Set* personenbezogene Daten über Körperfunktionen, emotionale und kognitive Zustände und spezielle Pflegeleistungen sowie verschiedene Daten der Pflegeeinrichtungen koppelt. Im Rahmen dessen wurden *Risikogruppen* (hohe und niedrige) klassifiziert, womit vermeidbare von unvermeidbaren Verschlechterungen oder ‚adverse outcomes‘ im Zeitverlauf zu unterscheiden und Fehler oder schlechte Performance von Pflegeeinrichtungen zu bestimmen sein sollten. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass Qualitätsindikatoren, welche sich auf Risikogruppen beziehen, besser für die vergleichende Bestimmung von Qualität von Pflegeeinrichtungen geeignet sein sollten als allgemeine Qualitätsmerkmale. Aufgrund von Literaturoswertungen wurden spezifische Risikofaktoren in bezug auf bestimmte Qualitätsmerkmale bestimmt.⁸⁵

Untersucht wurden in der Folge 61.136 Fälle aus Kansas, Maine, Mississippi und South Dakota aus 834 Einrichtungen, wozu MDS und Assessment vorlagen. Unter den Risikoelementen dominierte die kognitive Beeinträchtigung, die totale Hilflosigkeit bei ADL sowie bei mobilen ADL und Gewichtsverlust, welche überwiegend dafür verantwortlich waren, Pflegefälle in hohe Risikogruppen einzuordnen. Ein zentrales Ergebnis – abseits der hier vernachlässigten methodischen Erkenntnisse – war, dass je nach Risikogruppe und Qualitätsindikator gravierende Unterschiede zwischen den Pflegeeinrichtungen bestanden: So lag die Prävalenz von Dekubitus (Grad 1-4)

⁸⁵ Allerdings verbleiben methodische Probleme, da die Varianz der Risikofaktoren, wie z.B. Fixierungen von Patienten mit anderen Risikofaktoren, hier Stürzen oder Verletzungen korreliert sind (Arling et al. 1997: 759). Auch können Risikofaktoren wie Bettnässen oder Inkontinenz mit Dekubitus korreliert sein und wiederum Zeiger für Pflegequalität sein. Allerdings können einzelne Aspekte der Risikobewältigung als sichere Zeiger fungieren, wie z.B. die Dehydratation und andererseits wurden bei der Analyse all die Kriterien als Risikofaktoren ausgeschlossen, die eben zu eng von der Pflegequalität abhängen, wie z.B. Dekubitus.

beim ‚schlechtesten‘ Quartil (25%) der Einrichtungen immerhin bei 22%, während diese beim besten Quartil nur 3% betrug (Arling et al. 1997: 763). Bei einer Aufteilung nach Risikogruppen betrug die Prävalenz von Dekubitalgeschwüren selbst bei der niedrigen Risikogruppe bei einem Viertel der Einrichtungen immerhin noch 6%, während diese Erkrankung in den besseren Einrichtungen bei dieser Fallgruppe mit geringem Risiko überhaupt nicht auftrat. Umgekehrt ist beeindruckend, dass bei den Risikofällen es immerhin 25% der Einrichtungen gelang, die Prävalenz von Dekubitus relativ niedrig (4%) zu halten, während das schlechtere Viertel der Einrichtungen hier eine relativ katastrophale Prävalenz von 30% aufwies.

Interessant ist auch die Prävalenz von Antipsychotica bei fehlendem Befund von Psychosen: Diese lag beim schlechtesten Quartil der Einrichtungen über alle Fälle immerhin bei 32%, während sie beim besseren Viertel der Einrichtungen nur 3% betrug. Wiederum gelang es dem besseren Viertel, diesen Qualitätsindikator zumindest bei den Fällen mit niedrigen Risiken kaum auftreten zu lassen (Prävalenz von 1%), während er beim schlechten Viertel der Einrichtungen in 29% der Fälle vorkam.

Schließlich sei genannt, dass die Inzidenz von Verschlechterungen bei späten ADL-Verlusten sowohl bei den hohen als auch geringen Risiken im besten Viertel der Einrichtungen nur bei 2-9% lag, während diese beim schlechtesten Viertel der Einrichtungen bei 29-67% betrug.⁸⁶ Eine weitere wichtige Erkenntnis der Untersuchung von Arling et al. (1997) war, dass es nicht durchgängig relativ ‚gute‘ oder ‚schlechte‘ Einrichtungen gab, sondern dass der Einrichtungsvergleich nahelegte, dass einige besser mit geringen Risikogruppen andere dagegen besser mit hohen Risikogruppen umgehen konnten. Ungeachtet dieser kritischen Befunde von Arling et al. (1997) konnte im übrigen jedoch als positiver Effekt der OBRA-87 Reformen im Bereich der stationären Pflege beobachtet werden, dass seit 1990 die Anwendung physischer und chemischer Zwangsmittel zur Freiheitseinschränkung signifikant und drastisch gesunken war, ebenso verlangsamten sich die Raten der Verschlechterung an Inkontinenz und körperlicher und kognitiver Funktionen (Mara et al. 1999: 238).⁸⁷

⁸⁶ Auch in den anderen Bereichen anderer Qualitätsindikatoren, wie der Prävalenz von Desorientierung oder Inkontinenz gab es ähnliche Unterschiede.

⁸⁷ Kritisch dazu allerdings Schnelle et al. 1997, die durch Verwendung unsichtbarer Marker herausfanden, dass entgegen der Einträge in Dokumentationen Bewohner nach wie vor fixiert wurden. Ebenso wiesen sie darauf hin, dass die Vorgabe von Pflegestandards zur Behandlung bei Inkontinenz bei fehlender Zeit und ohne Unterstützung zur Umsetzung von Richtlinien lediglich zur Steigerung von ‚paper compliance‘ nicht aber zur Verbesserung des outcome führen (ebenda).

Ebenso im Bereich stationärer Pflege angesiedelt liefert die Studie von Bravo et al. (1999) wichtige Erkenntnisse für die Methode der outcome-orientierten Qualitätsmessung in der Pflege und für die Hintergründe der Varianz von Pflegequalität mittels einer professionellen Beobachtung von 301 Pflegebedürftigen in 88 Pflegeeinrichtungen in Kanada.⁸⁸ Auf der Basis einer Literaturlauswertung und der gemessenen Daten konnte in einer hierarchisch angelegten statistischen Analyse zunächst erneut gezeigt werden, dass sich die Pflegequalität zwischen den Einrichtungen signifikant unterscheidet (bei einem durchschnittlichen Wert von 1,64 auf einer Skala von 1-5), womit die Nullhypothese verworfen werden konnte. Hinsichtlich der Varianz der Qualität der Pflegeeinrichtungen zeigte sich, dass – unter den auf den Bewohner bezogenen Variablen – vor allem die *kognitiven Dysfunktionen* ein hohes Gewicht besaßen (38% erklärte Varianz), wobei mit zunehmender Dysfunktion die Qualität der Pflege signifikant abnahm.

Ähnliches berichten Shepherd et al. (1996) aus einer Untersuchung von 20 Pflegeeinrichtungen im Großraum von London: „Those with the lowest (i.e. ‚worst‘) functioning received the most negative interactions.... Again, the lower the cognitive ability, the greater the number of negative interactions. Finally, the longer staff had been employed in a setting, the higher the number of negative interactions observed ... and this applied in both hospital and in the community. There was also a significant correlation between the time staff had worked in the mental health field as a whole and the number of negative interactions observed...“ (452)

Entgegen den Erwartungen und der Befunde der Forschungen zur Gewalt in der Pflege war in diesem Zusammenhang auch der dort berichtete Befund, dass zwar eine geringe, aber doch klar signifikante *negative* Beziehung zwischen der Zahl der gegen die Bewohner gerichteten negativen Handlungen des Personals und der Angabe der Überlastung des Personals bestand: „Staff

⁸⁸ Jeder Patient wurde durch Krankenschwestern oder Sozialarbeiter, die in der verwendeten Messtechnik geschult wurden und Erfahrung im Assessment älterer Pflegebedürftiger aufwiesen, mehrmals besucht (unter Begleitung / Supervision von fünf Assessoren). Gemessen wurden soziodemographische Daten, die funktionale und kognitive Beeinträchtigung und die Pflegequalität. Der funktionale Status wurde mit dem Functional Autonomy Measurement System (SMAF) (Hébert 1997, zit. nach Bravo et al. 1999) und die kognitive Fähigkeit mit dem Modified Mini-Mental State Examination (3MS) (Teng & Chui 1987, in Anlehnung an Folstein) gemessen. Während der Einsätze wurde bereits die Pflegequalität hinsichtlich folgender Kriterien bewertet: Gesamteindruck des Bewohners, Hautzustand, Ernährung, Flüssigkeit, Ansprechbarkeit und soziale Aktivität. Bei nicht ansprechbaren Bewohnern wurden die Pflegekräfte befragt und eigene Ratings vorgenommen. Beobachtet wurden auch Bedingungen der Sicherheit der Bewohner, Privatsphäre, Sauberkeit und sonstige Umweltbedingungen des Heimes. Zur eigentlichen Qualitätsmessung wurde ein standardisiertes Instrument verwendet (QUALCARE), welches 54 Items in sechs Bereichen umfasst: Umwelt, körperliche und medizinische Versorgung, Psychosoziales, Menschenrechte und Finanzen. Jeder Item ist auf einer Skala von 1-5 bewertet. Die Validität und Reliabilität des Instrumentes wurde getestet (Bravo et al. 1999: 182).

members reporting least distress were observed to produce the most negative interactions towards clients" (Shepherd et al. 1996: 454).⁸⁹

Bei der Erklärung unterschiedlicher Pflegequalität in den 88 in Canada untersuchten Einrichtungen spielte vor allem die *Ausbildung* (dichotome Variable) der leitenden Pflegekraft eine Rolle, d.h. in Einrichtungen mit professionellen leitenden Pflegekräften waren erstens *höhere* Werte der Pflegequalität zu finden und der genannte Einfluss der kognitiven Dysfunktion war geringer, d.h. das Absinken der Pflegequalität mit steigender kognitiver Beeinträchtigung machte sich hier weniger bemerkbar (Bravo et al. 1999). Weitere erklärende Faktoren der unterschiedlichen Performance der Pflegeeinrichtungen waren insbesondere die Zahl der *externen Kollaborateure*, die Größe der Einrichtungen und das durchschnittliche Alter der Patienten. Das heißt, in Einrichtungen, die mehr externe Kollaboration aufwiesen, war die Pflegequalität höher und auch der beeinträchtigende Einfluss der kognitiven Dysfunktion kaum mehr bemerkbar. Ferner hatten große Pflegeeinrichtungen wieder einmal mehr Probleme mit der Pflegequalität als kleine, während wiederum bei Einrichtungen mit durchschnittlich älteren Bewohnern weniger Qualitätsprobleme bei steigender kognitiver Beeinträchtigung der Bewohner auftraten. Das heißt, dass vielleicht der Aspekt der zunehmenden Homogenität der Bewohnerschaft die schwierigen Aufgaben der Betreuung von Dementen erleichtert. Diese Variablen behielten auch ihre Erklärungskraft in multivariaten Modellen, wobei jedoch die gesamte erklärte Varianz erneut recht klein blieb (Bravo et al. 1999).

2.3.2.1.2 *Ambulante und sonstige Pflegeformen*

Sowohl Studien mit positiven als auch fehlenden oder negativen Wirkungen professioneller *ambulanter* Pflege findet ein früher Review von Green (1989) auf die outcome-Dimensionen häuslicher Pflege: Mortalität, Verbesserungen körperlicher Funktionen und Krankenhaus- sowie Heimeinweisungen. In bezug auf die Mortalität kommt Green dagegen zum Schluss (1989: 140): „It is reasonable to conclude that mortality rate is unaffected by long-term home care services“. Ebenso berichtet Chappell (1994: 119) darüber, dass ein Review von 12 experimentellen oder quasi-experimentellen Studien zur Effektivität häuslicher Pflege den Schluss nahe legen, dass diese *keine* Auswirkungen auf die Mortalität, Krankenhaus- und Heimeinweisung und funktionale oder

⁸⁹ Übrigens war entgegen den Erwartungen auch kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit des Pflegepersonals und der Arbeitsbelastung festzustellen (Shepherd et al. 1996: 455).

physische Verbesserungen hatte. Und auch die Studie von Braun (1991, zit. nach Chappell 1994) zeige, dass weder die häusliche noch die Heimpflege irgendwelche positive Veränderungen bei den Patienten bewirke (Chappell 1994: 119).⁹⁰ Ferner bilanziert Green: „The assertion that long-term care home care will reduce institutionalization does not appear warranted with this service model (Green 1989: 140).

Dagegen finden Kemper et al. (1987, zit. nach Chappell 1994), dass die professionelle häusliche Pflege die Lebensqualität der Adressaten verbessern und ganz leicht die Rate der Krankenhaus- und Heimeinweisungen verringern kann – allerdings bei steigenden Gesamtkosten (Chappell 1994: 119). Henry und Holzemer (1997) finden in einem enger angelegtem Review unter zehn Studien (überwiegend im geriatrischen Bereich) nur drei, welche einen Zusammenhang zwischen der *Art* des Pflegesystems und ‚self care‘, primär gemessen an ADL-Skalen, nachweisen können. In den drei Studien konnte bei den Interventionsgruppen durch spezielle professionelle interdisziplinäre geriatrische Pflegeteams verbesserte ADL-Zustände und verminderte Heimeinweisungen gegenüber den Kontrollgruppen belegt werden. Alle anderen Studien erbrachten *keinen* signifikanten Einfluss *spezieller* professioneller Interventionsformen auf die ADL-Zustände.

Uneinheitlich sind auch die Ergebnisse, welche über die Folgen von *Managed Care* berichtet werden.⁹¹ Zwar wird angesichts der in der Fachliteratur wiederholt beklagten mangelnden Koordination professioneller Hilfesysteme und deren Eigenlogik die Notwendigkeit von *Managed Care* immer wieder betont, doch wird nur teilweise über zufriedene Patienten und insgesamt eher enttäuschende empirische Befunde berichtet. Bei *Managed Care* erfolgte im Vergleich zu Kontrollgruppen die Rückkehr in Krankenhäuser nach der Entlassung ebenso nicht seltener wie die Heimeinweisung, sogar eher im Gegenteil, und auch die Mortalität, funktionale Kapazitäten, die Fähigkeit von self-care sowie die Aktivitäten der Patienten scheinen ebenso wenig verbessert wie der Medikamenteneinsatz und die Kosten nicht verringert wurden (Foley 1999: 6; Green 1989).

Miller et al. (1998) kommen dagegen zum Ergebnis, dass *Managed Care* zwar die Kosten senke, dass aber die Profite bei den Anbietern verblieben, so dass keine Gesamteinsparungen zu verzeichnen seien (138). Ferner bringe *Managed Care* offenbar für jüngere Patientengruppen bessere Wirkungen mit sich als für ältere, für die besonders restriktive und negative Wirkungen ausge-

⁹⁰ Chappell weist in ihrem Review auch darauf hin, dass nach einer Studie von Corbin/Strauss (1990) professionelle ambulante Pflegedienste die häuslichen Pflegearrangements unterminieren und zerstören könnten (1994: 118).

macht werden. Bemerkenswert war, dass in den Patientengruppen mit Managed-Care eine höhere Wahrscheinlichkeit für Druckgeschwüre, Fieber und Katheteranwendungen als bei Vergleichsgruppen bestanden (Miller et al. 1998: 137). Widersprüchlich und verwirrend scheint auch, dass die Patienten zwar hinsichtlich der meisten Dimensionen von Managed Care, insbesondere mit den Prozessen und Ergebnissen (outcome) unzufriedener waren als vergleichbare Gruppen mit traditionellen Leistungssystemen, dass die Managed-Care-Klientel aber trotz der Restriktionen mit dem Leistungsumfang und der Finanzierung im Rahmen von Managed Care zufriedener als Kontrollgruppen waren. Deutlich positiver fällt dagegen wiederum das Votum von Eng et al. (1998) aus: Danach wurde sowohl die Rate der Heimeinweisungen durch das wissenschaftlich begleitete Managed-Care-Programm verringert als auch Kosten eingespart – bei hoher Zufriedenheit der Klienten.

Eines der eher seltenen Forschungsprojekte im Bereich *ambulanter* Pflege war das Outcome and Assessment Information Set (OASIS; vgl. Shaugnessy et al. 1997a, b und c), dessen Anwendung in den USA von der HCFA gefördert und flächendeckend vorgegeben wurde. Basierend auf Literaturstudien, klinischen Panel-Studien und empirischen Tests auf Validität und Reliabilität wurden drei Kategorien des Patient-Outcomes gebildet, die regelmäßig alle 60 Tage (oder bei Wechseln zwischen Versorgungsformen) erhoben werden soll: Ein sogenannter ‚end-result outcome‘ als Veränderung des Gesundheitszustands zwischen zwei Zeitpunkten, ‚intermediate-result outcome‘ als Veränderung des Verhaltens oder der Einstellungen der Patienten sowie der informellen Pflegepersonen und des ‚utilization outcome or proxy outcome‘ als substantielle Veränderung der Nachfrage (z.B. Einweisung ins Krankenhaus oder in ein Pflegeheim). Besonders wichtig ist die erste Gruppe, innerhalb derer wiederum 25 verschiedene ‚quality indicator groups‘ (QUIGs) gebildet wurden, darunter einerseits akute Bedingungen, wie orthopädische (z.B. Brüche, Gelenkerkrankungen), neurologische (z.B. cerebralvasculäre Unfälle, Multiple Sklerose) offene Wunden, Druckgeschwüre, Verletzungen, akuter Diabetes Mellitus oder Herzfehler, andererseits chronische Bedingungen wie die Abhängigkeit in ADL oder Inkontinenz, Demenz etc. Im Rahmen der Messung der Reliabilität erwiesen sich die Kriterien der Verbesserung und Stabilisierung der genannten Indikatoren als besonders nützlich, wobei die Codierung abhängig vom Ausgangsstatus vorgenommen wurde (0-1) (vgl. Shaugnessy et al. 1997a: 118).

⁹¹ Vgl. Green 1989; Challis/Traske 1997; Miller et al. 1998; Eng et al. 1997; Foley 1999.

Unter Verwendung des OASIS-Konzeptes berichten Fortinsky/Madigan (1997) über erste empirische Ergebnisse aus einer Beobachtung von 201 Patientenverläufen in Ohio. Allerdings richtete sich das Augenmerk der Studie nicht auf die Pflegequalität als abhängige sondern als unabhängige Variable. Abhängige Variable war der Umfang der Pflege (Zahl und Dauer von Pflegeeinsätzen) unter Vergleich verschiedener Patientenverläufe in der häuslichen Pflege (gebildet wurden 3 Gruppen: Entlassung aus oder Einweisung ins Krankenhaus, ständige häusliche Pflege) sowie deren outcome (Verbesserung/Verschlechterung). Ebenso fehlten einrichtungsbezogene Analysen. Als Erkenntnis kann festgehalten werden, dass kaum Beziehungen bestanden zwischen dem Umfang der Pflege und gesundheitlichen outcome. Allerdings erhielten Patienten, deren Gesundheitszustand über die beobachteten 62 Tage stabil blieb, in der Tendenz eher weniger Pflege als solche wo sich der Gesundheitszustand verschlechterte oder verbesserte. Fortinsky / Madigan ziehen daraus den Schluss (1997: 71): „The lack of clear relationships between resource consumption and patient outcomes, especially outcomes related to changes in clinical and functional health, suggests that home care agencies vary in the degree to which they allocate home care staff over episodes of care to balance costs and patient outcomes.“ Kritisch muss zu dieser Studie allerdings angemerkt werden, dass die kontrollierende Einbeziehung medizinischer Diagnosen und die Krankheitsausmaße fehlten.

In einer ebenso als Folge der OBRA-Reformen von der HCFA unterstützten und größer angelegten outcome-orientierten Qualitätsstudie im ambulanten Bereich wurden bei insgesamt 4.324 von 47 Pflegediensten versorgten Fällen durch speziell im Assessment geschulte Krankenschwestern oder -pfleger Qualitätsbeurteilungen durchgeführt (vgl. Jette et al. 1996). Neben der Schulung der Reviewer dienten wiederholte Kontrollen und Tests zur Sicherung der Reliabilität der Beurteilungen. Auf diese Weise konnte die anfänglich geringe Reliabilität von Ratings auf Werte von 75-87% Übereinstimmung gesteigert werden.

Von allen untersuchten Fällen wurden bei 57% *keine* Qualitätsprobleme festgestellt. Somit fanden die Reviewer in 43% der Fälle zumindest ein Qualitätsdefizit und 4-14% hatten mögliche oder reale adverse Effekte für die Patienten (Jette et al. 1996: 496). Unter den Qualitätsdefiziten dominierten folgende: In 33% aller Fälle wurden Fehler beim Kriterium „Prescribed nursing/therapy services delivered“ festgestellt, in 20% der Fälle war die Dokumentation von Gesundheitsproblemen (meist cardiovasculäre, die noch nicht einmal in der Hälfte der auftretenden Fälle erkannt wurden) und der darauf zielenden Handlungen mangelhaft. Immerhin in 10% aller Fälle erfolgte keine unverzügliche Reaktion auf akute Probleme. Alle anderen Probleme tauchten eher selten

auf, so gab es nur in 2,4% der Fälle Verschlechterungen von Druckgeschwüren und sogar nur in 0,6% der Fälle verringerte sich der ADL-Status.

Bei den festgestellten Qualitätsmängeln spielte offenbar die Trägerschaft der Pflegedienste ebenso keine Rolle wie die Frage der prospektiven Finanzierung. Qualitätsprobleme häuften sich allerdings unabhängig von den Diensten bei Diabetes-Fällen und umgekehrt verminderte sich das Risiko für Mängel mit dem sich stabilisierenden Gesundheitszustand. Umgekehrt erhöhte sich entsprechend die Wahrscheinlichkeit für Mängel mit der wachsenden Komplexität der Fälle, d.h. mit der wachsenden Zahl pro Patient eingesetzter Leistungen und Therapien. Zwei weitere Merkmale erhöhten die Wahrscheinlichkeit für adverse Effekte auf die Patienten, nämlich die Zahl der benötigten Leistungen und der Dauer zwischen der Entlassung und der Übermittlung der Akte zur Überprüfung (record lag).

Eine andere Studie im Bereich der ambulanten Pflege fördert – ebenso auf der Basis von outcome-orientierten Qualitätsmessungen in einem Sample von 1.095 Klienten – deutliche Unterschiede zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen der ambulanten Pflege zutage, nämlich zwischen klassischen professionellen Diensten („agency model“) und dem „consumer-directed-model“. Die Versorgungsformen, bei denen die Konsumenten selbst Pflegekräfte (auch Familienmitglieder) angestellt hatten, wiesen insgesamt eine eher bessere Performance auf: „On various outcomes, recipients in the consumer-directed model report more positive outcomes than those in the agency model, or they report no difference. Statistically significant differences emerge on recipient safety, unmet needs, and service satisfaction. A family member present as a paid provider is also associated with more positive reported outcomes within the consumer-directed model, but model differences persist even when this is taken into account. Although both models have strengths and weakness, from a recipient perspective the consumer-directed model is associated with more positive outcomes (Benjamin et al. 2000: 351). Dieser Befund korrespondiert mit solchen aus Patientenbefragungen und der daraus hervorgehenden höheren Zufriedenheit mit informellen Pflegekräften und der entsprechenden Reserviertheit gegenüber den professionellen Pflegekräften.

Dass Qualitätsmängel in der ambulanten Pflege international verbreitet sind, unterstreicht zuletzt eine Studie aus Taiwan. Dort wurde in einer Untersuchung von 93 Pflegediensten⁹² festgestellt (vg. Shyu et. al. 1999), dass 30% der Dienste keine regelmäßige Kontrollen der Pflegedokumentationen durchführten, dass 49% keine regelmäßigen Fallbesprechungen (case conferences) ansetzten, dass in 31% der Fälle die „senior home care nurses“ die weniger erfahrenen nicht überwachten, dass 31% der Dienste keine adäquate Ausstattung mit „home care medical equipment“ aufwiesen, dass 35% der Dienste keine Verträge mit „supply providers for procedure of getting and returning supplies“ haben und in 52% der Fälle keine „contracts with supply providers for maintenance of medical equipment“ vorlagen. Darüber hinaus war auch das Krisen- und Qualitätsmanagement häufig lückenhaft oder nicht existent: So führten 38% keine standardisierte Qualitätsüberwachung oder -verbesserung durch, in 27% der Dienste wurden die dahingehenden Prozeduren vom Personal nicht verstanden und in der Hälfte der Fälle gab es keine diesbezüglichen Berichte. Schließlich überrascht auch nicht, dass bei 30% der Dienste keine „definitive feedback channel for client and family“ existieren oder dass diese von den Klienten nicht verstanden werden und bei 53% der Dienste gab es auch hierzu keine Berichte (Shyu et al. 1999).

2.3.2.2 Erfahrungen in Deutschland

Die Messung und Überprüfung der Pflegequalität ist in Deutschland noch vergleichsweise wenig entwickelt. Vergleichbare großflächige und analytisch tiefgreifende empirische Befunde, wie sie insbesondere für die USA berichtet werden können, liegen hier nicht vor. Neben den bereits dargestellten Befragungen der Klientel gibt es bisher darüber hinaus wenige Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK, zu Abrechnungsmanipulationen und aus neueren Forschungen zur Prävalenz und Inzidenz von Gewalt und zu Dekubitus in der Pflege. Ein Mangel in Deutschland stellt sicher auch dar, dass die – durchaus zahlreich zu verzeichnenden – einzelnen internen und externen Bemühungen um Qualitätsverbesserungen nicht im größeren Stil wissenschaftlich und methodisch kontrolliert stattfinden und entsprechend publiziert wären, sondern ad-hoc aus der Praxis entwickelt sowie auf einem unübersichtlichen und auch durch ökonomische Interessen beeinflussten Beratungsmarkt für die Praxis gehandelt werden, so dass eher subjektive Erfah-

⁹² Erstaunlich hoch war die Rücklaufquote von 75% bei der schriftlichen Befragung. Ebenso bemerkenswert ist, dass 63% der ambulanten Dienste erst in den letzten drei Jahren vor der Durchführung der Studie entstanden waren (Shyu et al. 1999: 432).

rungsberichte in einschlägigen Praxismagazinen denn objektive standardisierte Erkenntnisse in wissenschaftlichen Organen zu finden sind.

Wie bereits ausgeführt findet die offizielle Qualitätskontrolle von seiten des MDK überwiegend nur aufgrund von ‚Anlässen‘ und in kleinen Stichproben statt, die sich zudem auf den in der Presse infolge einiger Skandale stärker thematisierten stationären Sektor (Pflegeheime) konzentrierten, während bisher im ambulanten Bereich vorwiegend „Abrechnungsmanipulationen“ bekannt und überprüft wurden (vgl. BMA 1998a: 55).⁹³ So fanden bisher nach Auskunft des MDK nur in wenigen Landesteilen auch im ambulanten Bereich in größerem Umfang Prüfungen statt.

Insgesamt wurden bis Ende 1999 ca. 4.000 Prüfungen nach § 80 SGB XI durch den MDK durchgeführt (siehe dazu und zum Folgenden: Deutscher Bundestag 2000: 24). Werden davon Folge- und Evaluationsprüfungen abgezogen, sind rund 3.540 Einrichtungen einer Qualitätsprüfung unterzogen worden. Ausgehend von einer Grundgesamtheit von ca. 23.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist somit ein Anteil von knapp über 15% aller Einrichtungen von einer Qualitätsprüfung durch den MDK erfasst worden. Darunter befinden sich 863 ambulante Dienste, die bis Ende 1998 und nochmals 922 Dienste, die bis Ende 1999 geprüft wurden (davon: 176 Anlaßprüfungen, 666 Stichprobenprüfungen und 79 Nachuntersuchungen), zusammen also 1.785 geprüfte ambulante Pflegedienste. Dies bedeutete bei insgesamt ca. 13.000 Diensten eine Quote von ca. 13% geprüfter ambulanter Dienste.

Allerdings muss betont werden, dass ein Großteil dessen auf Prüfungen in *Baden-Württemberg* entfällt, wo zwischen Juli 1997 und August 1999 alle 750 ambulante Pflegedienste einmal oder sogar mehrfach – nach dreiwöchiger Voranmeldung – kontrolliert wurden (Zenz et al. 1999).⁹⁴ Die angesprochene Quote fällt deshalb regional sehr unterschiedlich aus, d.h. in einigen übrigen Ländern wurden bisher überhaupt nur eine Handvoll ambulanter Pflegedienste durch den MDK überprüft. Ebenso ist hinsichtlich der Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse eine sehr unter-

⁹³ So wurden in Hamburg gegen 60 von 413 Pflegediensten ermittelt, was aber nach Darstellung des BMA aufgrund der dort zu verzeichnenden ‚Überversorgung‘ eher als Ausnahme anzusehen ist. Danach liege die auffällig gewordene Zahl der Pflegedienste bundesweit bei einer Quote von ca. 1% (BMA 1998 a: 55).

⁹⁴ Verwandt wurde das Prüfschema des MDK; die Teams wurden dafür eigens geschult und in Qualitätszirkel organisiert. Ein internes Review-Verfahren und systematisches ‚Cross-over‘ der Prüfer und Prüfberichte stellten sicher, dass eine einheitliche Umsetzung des Konzeptes gelang. Darüber hinaus wurden Supervision, Audits und Monitoring sowie weitere Schulungen der Prüfer zu Auditoren durchgeführt. Informationen wurden sowohl durch kontrollierte Selbstauskunft, einen begleiteten Pflegebesuch bei jeder Einrichtung, durch Befragung der Verantwortlichen und Einsichtnahme in Dokumentationen sowie der Prozesse und der Organisation der Einrichtung eingeholt (Zenz et al. 1999: 8, 16).

schiedliche ‚Politik‘ der MDK festzustellen: Während wiederum Baden-Württemberg ohne weiteres einen Bericht dazu herausgab (Zenz et al. 1999), lehnten andere Landesverbände auf eine im Rahmen dieser Studie lancierte Anfrage entweder jegliche Herausgabe von Prüfstatistiken per se ab (die zum Teil auch gar nicht vorlagen), verwiesen auf Pflegekassen oder ihren Spitzenverband.⁹⁵ Von diesem gibt es neuerdings zumindest bundesweit zusammenfassende Publikationen (z.B. Brüggemann 1999; Deutscher Bundestag 2000: 24).

Nach den bisher vorliegenden Veröffentlichungen des MDS wurden, so der bundesweit einheitliche Trend, in fast allen ambulanten Pflegediensten Defizite bei der Pflegedokumentation gefunden⁹⁶ und der Pflegeprozess⁹⁷ wurde nur selten in all seinen Schritten konsequent und nutzbringend umgesetzt (Brüggemann 1999: 40). Wenn diese zentrale Grundlage für den Pflegeprozess jedoch, wie durch die MDK-Prüfungen festgestellt wurde, häufig ganz oder teilweise fehlt, kommt es zu erheblichen Pflegedefiziten, bis hin zur „gefährlichen Pflege“ (vgl. ebenda). Darüber hinaus haben die MDK-Prüfungen ergeben: „Häufig fehlen beruflich Pflegenden grundlegende Kenntnisse, die dazu notwendig sind, einen Pflegeprozess umzusetzen und zu dokumentieren“ (ebenda). Außerdem: „Nur selten ist z.B. erkennbar, dass die verantwortliche Pflegefachkraft Rahmenbedingungen dafür schafft, dass kontinuierlich Pflegevisiten von hierzu autorisierten und geeigneten Pflegefachkräften durchgeführt werden, um die fachliche Planung der Pflegeprozesse sicherzustellen und zu überprüfen (ebenda: 41). Die in Baden-Württemberg durchgeführten Prüfungen ergaben darüber hinaus folgendes (vgl. Zenz et al. 1999): Nur ca. die Hälfte der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten verfügten über eine fachliche Weiterbildung, dieses gilt auch für die leitende Pflegefachkraft, womit die Forderungen der „Gemeinsamen Grundsätze“ nach § 80 diesbezüglich nicht erfüllt sind.

⁹⁵ Manchmal drängte sich aufgrund der Äußerungen einzelner MDK-Vertreter der Eindruck auf, dass zumindest in einzelnen Fällen noch ein eher hierarchisch-bürokratisches denn ‚kundenorientiertes‘ Verständnis dominierte. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis des ‚Halleschen Memorandums‘ der Sektion Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie von Interesse, welcher eine regelmäßige Publikation aller Prüfberichte mit der Benennung der jeweiligen Pflegedienste zur Stärkung der Konsumentensouveränität empfiehlt (Behrens/Rothgang 2000).

⁹⁶ Als Mängel wurden genannt: Biographie und Gewohnheiten des Patienten nicht ermittelt; Ressourcen nicht dokumentiert; Pflegeprobleme nicht definiert bzw. unübersichtlich dargestellt; Pflegeziele fehlen, sind nicht überprüfbar; Aussagen sind nicht handlungsanweisend; Eintragungen im voraus oder im nachhinein vorgenommen; Eintragungen nicht abgezeichnet; Pflegeberichte fehlen; keine Evaluation der Pflege; keine Anpassung der Ziele und Maßnahmen (Brüggemann 1999: 42).

⁹⁷ Hier wurden als Mängel im einzelnen genannt: überversorgend bzw. passivierende Pflege; diskontinuierliche Pflege; unbemerkte Verschlechterung des Gesundheitszustandes; fehlende Intervention bei akuten Ereignissen (Brüggemann 1999: 42).

Außerdem waren gesetzliche Grundlagen nicht in allen geprüften baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen bekannt. Eine Aufklärung der Pflegebedürftigen über Preise fand in 20% der geprüften Pflegedienste nicht ausreichend statt⁹⁸ und auch die Pflegeverträge entsprachen häufig nicht den im Lande Baden-Württemberg geltenden Mustern. Die Forderungen der Qualitätspapierre bezüglich der Schriftführung in der Pflege werden insbesondere in den Bereichen der Aktualisierung der Pflegeplanung und Transparenz des Pflegeprozesses bislang nur von rund einem Drittel der geprüften ambulanten Pflegeeinrichtungen erfüllt. Eine Anamnese wurde in knapp der Hälfte der untersuchten Dienste nicht erhoben. Nur etwa die Hälfte der geprüften Pflegedienste führte Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch. Auch konnten in über 30% der Fälle hygienische Mängel festgestellt werden.⁹⁹ Zuletzt ein positiver Aspekt: Immerhin in 86% der begleiteten Pflegebesuche wurde eine „aktivierende Pflege“ durchgeführt (Zenz et al. 1999), wobei hier offen bleibt, ob dies in der tatsächlichen täglichen Praxis auch so gehandhabt wird.

Insgesamt ist die *Standardisierung* des Pflege- und Betreuungsaufwandes, auch hinsichtlich einer Qualitätssicherung, in der deutschen Pflegelandschaft erst im Anfang begriffen. Die Professionalisierung der Pflege ist insofern – ungeachtet formeller Berufsabschlüsse – noch nicht auf einem hohen Stand. Entsprechend kommen Schneekloth / Müller (2000: 153) in ihrer empirischen Erhebung zum Schluss: „Die bereits im Rahmen der Analyse zur Streubreite der gewährten Leistungen getroffene Feststellung, dass Pflegebedürftige trotz gleicher Pflegestufe hochgradig unterschiedliche Umfänge an Hilfeleistungen erhalten, bestätigt sich.“¹⁰⁰

Gleichwohl muss festgehalten werden, dass – nach den wenigen bisher vorliegenden empirischen Analysen – nicht *durchgehend* von Qualitätsproblemen in einem *sehr hohen* Ausmaß ausgegangen werden muss. Wie hoch dieses Ausmaß von Qualitätsproblemen in der ambulanten Pflege jedoch tatsächlich ist, kann derzeit nur auf der Basis weniger Erhebungen vermutet werden.

⁹⁸ Dieser Befund stimmt damit überein, dass laut einer Befragung von 119 antwortenden (von 272 angeschriebenen) Pflegekräften 67% bei der Frage der Vermittlung von Angeboten/Finanzierbarkeit von Leistungen und 62% bei rechtlichen Nachfragen sich überfordert fühlten (vgl. Bandemer et al. 1998: 41).

⁹⁹ Dazu zählt z.B. das Tragen privater Kleidung, das Fehlen von Schutzschürzen bei körpernahen Verrichtungen und grober Verunreinigungen durch Ausscheidungen oder das Nichttragen von Handschuhen bei der Durchführung der Intimtoilette (Zenz et al. 1999: 17).

¹⁰⁰ Diese Feststellung bezieht sich auf den Bereich der Pflegeheime. Es ist jedoch aufgrund der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nicht unbedingt davon auszugehen, dass diese Situation in der ambulanten Pflege grundsätzlich anders ausfällt, obwohl der Anteil an Fachkräften beim Personal in diesem Bereich höher ist.

Nach wie vor ist das „Dunkelfeld“ der Qualität und der Mängel in der häuslichen Pflege nicht ausreichend durch entsprechende Forschung ausgeleuchtet. Dieses betrifft nicht nur die extreme Mißstände wie Fälle körperlicher Gewaltausübung oder Formen der Vernachlässigung und Misshandlung, wozu auch die fehlende oder mangelhafte Dekubitusbehandlung oder die unkontrollierte Fixierung und Gabe von Sedativa gehört. Hinzu kommen vielfältige, kaum genau zu bestimmende Formen der ‚psychischen‘ oder strukturellen Gewalt – die indes in der Regel durchaus von beiden Seiten ausgehen kann.¹⁰¹ Die dahingehende Ursachenforschung belegt, dass wesentliche Gründe für Gewaltausübung oder Vernachlässigung die Überforderung der Pflegekräfte, persönliche oder familiäre Konflikte und – damit oft einher gehend – schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Demenz und/oder soziale Isolation bei den Pflegebedürftigen darstellen (vgl. Hirsch et al. 1999). Aufgrund der bisher dazu vorliegenden Forschungen dürfte die Prävalenz alleine bei der Anwendung körperlicher Gewalt bei mindestens ca. 5-14% der in der häuslichen Pflege Versorgten liegen (vgl. diverse Beiträge mit Reviews internationaler Forschung in: Hirsch et al. 1999; Brendebach 2000; vgl. Görden 1999).

Ähnlich hoch muss die Prävalenz von Dekubitus (Druckgeschwüren) angenommen werden, wobei gerade die dahingehende Prophylaxe ein wesentliches Qualitätskriterium der Pflege darstellt. Laut einer Querschnittserhebung mittels einer in Hamburg durchgeführten Leichenschau im Jahr 1998 wurde bei 10.222 Fällen eine Prävalenz für Dekubitalgeschwüre der Grade I bis IV in Höhe von 11,2% gefunden, die in etwa in der Bandbreite bisheriger Forschungsergebnisse liegt (Heinemann et al. 2000). Klar erhöht war das Risiko insbesondere in den Sommermonaten, bei Frauen und bei Altersschwäche, Demenz, Insult und andere neurologischen Grunderkrankungen, chronischer Nierenerkrankung und Traumaanamnese. Darüber hinaus spielte auch die Institutionalierungsform zum Sterbezeitpunkt eine Rolle: Über die Hälfte aller Grad IV-Fälle kamen in Hamburg aus dem Pflegeheimbereich, nur 34,4% aus Privathaushalten und 11,5% aus Krankenhäusern. Als Gründe für eine grundsätzlich höhere Dekubitusprävalenz im Pflegeheimsektor kommen neben der allgemein höheren Multimorbidität Wechselwirkungen zwischen Institutionalierung und den Risikofaktoren weibliches Geschlecht, Altersmarasmus sowie Insult in Frage. Ein direkter Rückschluss auf eine mangelnde Pflege ist zwar durch diese Befunde nicht möglich. Allerdings bestanden in der Mehrzahl der Fälle nicht abgetragene Randnekrosen, in 12% der Fälle schien

¹⁰¹ Bemerkenswert ist, dass bspw. in nordischen Ländern oder Japan in Pflegeheimen vergleichbare Klientele nur zu 10% fixiert werden, während in südlichen Ländern der Anteil bei 40% liegt. In den USA laufen derzeit erfolgreich Programme gegen Fixierung mit dem Ziel der völligen Aufhebung derselben (Vollhardt 1999: 171).

der Befund so ausgeprägt, dass hier seit längerer Zeit kein Débridement mehr erfolgt sein konnte (Heinemann et al. 2000: 47).

2.3.3 Qualität und die Sicht der Patienten

Wie dargestellt wird als wesentlicher Punkt bei der Messung, Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege zusehends stärker die Sicht der Patienten oder ‚Kunden‘ berücksichtigt. Die Einbeziehung und Untersuchung der Patientenzufriedenheit nimmt im Rahmen der Qualitätsbeurteilung der Pflege – mit starkem Anstoß aus den USA – auch in Deutschland zu,¹⁰² manche sehen hier sogar *den* Schlüssel zur Qualitätsmessung (Kane 1995; Coleman 2000), nachdem der Fokus der Forschung in bezug auf Qualitätsmessung zuerst auf Strukturaspekte (darunter: primär Professionalität), später auch Prozessaspekte (z.B. Begutachtung von Assessment, Pflegeplänen, Pflegedokumentationen) und eben erst in neuerer Zeit auf den „outcome“ (Mortalitätsraten, Entlassungsraten aus Heimen, Veränderungen im funktionalen Status und eben: Patientenzufriedenheit) gerichtet wurde (vgl. Crawford 1999; Schönberg 2000). Bevor im folgenden auf die vorliegenden empirischen Befunde zur Patientenzufriedenheit mit der Pflege rekurriert wird, sind jedoch einige theoretische und methodische Anmerkungen wichtig.

2.3.3.1 Methodische Probleme

Die Einbeziehung der Präferenzen und Zufriedenheit von Patienten oder Kunden sowie deren Beurteilungen und Bewertungen der Qualität der Pflege steht vor dem Problem, dass traditionell die Kompetenzen zur abschließenden Qualitätsbeurteilung primär beim Experten vermutet werden. Perspektiven und Urteile der Experten stimmen tatsächlich auch nicht unbedingt mit den Wünschen und dem Wohlbefinden sowie der Qualitätsbeurteilung der Patienten überein, sie beziehen sich auf andere Bereiche und Kriterien und zielen auf Unterschiedliches. Der Wunsch von Patienten muss nicht dessen Wohl dienen und die Anordnungen von seiten der Medizin oder Pflege können auf Widerstand bei den Patienten stoßen. So können Medizin oder Pflege, z.B. die Aktivierung zur Erhaltung der Mobilität, vielleicht nur unter Überwindung von Widerständen (etwa aufgrund von Angst, Bequemlichkeit, Resignation) von Patienten und auf der Basis einer profes-

sionellen Beurteilung von Risiken und Chancen (unter Zwang zur Entscheidung zwischen Autonomie und Sicherheit) angewandt werden (vgl. Coleman 2000). Angesichts der dominanten Präferenzen der meisten Pflegebedürftigen für die familiäre und häusliche Pflege sowie die hohe Bedeutung von Selbstbestimmung und Freiheit (z.B. des Tagesablaufs; Respekt vor der Privatsphäre)¹⁰³ stehen professionelle Pflegekräfte zudem vor einer grundsätzlichen Schwelle der Akzeptanz, die erst überwunden werden muss.

Andererseits muss beachtet werden, dass Pflege im Gegensatz zur Medizin zu einem großen Teil den Charakter von „low tech“ hat und in hohem Maße von gering ausgebildeten Personen mit unklaren professionellen Standards ausgeübt wird (Geron et al. 2000: 259). Ferner bezieht sich die Zufriedenheit von Kunden mit der Pflege auf einen breiteren Rahmen als nur auf die unmittelbare Pflege, d.h. die persönliche Einschätzung der Pflegeperson und der Beziehung zu dieser stellt meist ein dominanter Bestandteil der Patientenzufriedenheit dar, besonders da Pflege als Leistung Teil einer kommunikativen Handlung von Pflegekraft und des zu Pflegenden entsteht. Hinzu kommt als grundsätzliches Problem, dass der ‚outcome‘ selbst bei bester Pflege oft nicht unbedingt darin bestehen *kann*, dass das Leben verlängert, physische sowie mentale Fähigkeiten und das Befinden oder die Zufriedenheit oder Moral der Patienten verbessert werden, zumal die Population der Pflegebedürftigen heterogen ist (vgl. Weissert 1991, zit. nach Coleman 2000; Kane 1995; Coleman 2000; Geron et al 2000).¹⁰⁴

Die Patientenzufriedenheit, die wiederum grundsätzlich von deren *Erwartungen* bestimmt wird, kann insofern nur *ein* Aspekt bei der Qualitätsmessung von Pflege unter anderen sein, der Kurzschluss von Zufriedenheit auf die Qualität der Pflege sollte vermieden werden. Bei den Erwartungen gilt zu berücksichtigen, dass diese selbst ebenso wie die Äußerungen von Zufriedenheit und Unzufriedenheit unübersichtlich, schwer vom subjektiven Befinden zu trennen und widersprüchlich sein können (vgl. Wingefeld/Schäffer 2001). Oft werde – bei der Äußerung genereller Zufriedenheit – Kritik nur sehr vorsichtig angebracht (vgl. Göpfert-Divivier/Lauer 2000; Wingefeld / Schäffer 2001).

¹⁰² Noelker et al. fanden bei einer Internet-Recherche 7,9 Mio. Treffer auf die Anfrage zu „nursing home satisfaction surveys“ (Maslow 2000: 754).

¹⁰³ Vgl. für die USA: Degenholtz et al. 1997; diese Werte haben auch in Deutschland eine hohe Bedeutung; vgl. Müller/Thielhorn 2000.

¹⁰⁴ Geron et al. (ebenda: 260) weisen z.B. darauf hin, dass die Zufriedenheit gesellschaftlicher Minoritäten meist nicht gesondert erfasst werde.

Ebenso weisen Geron et al. (2000) darauf hin, dass sehr häufig die Abfrage globaler Zufriedenheit via einzelner Items vorgenommen wurde, was der Vielfalt der Leistungen von Pflegediensten nicht gerecht werde. Andererseits wurde dagegen eingewandt, dass gerade die Abfrage globaler Zufriedenheit weniger durch Effekte der sozialen Erwartung verzerrte Antworten liefere als etwa differenzierte Fragen zu einzelnen Leistungen, bei denen die soziale Erwartung direkter im Bewusstsein sei (vgl. Geron et al. 2000: 268). Hier zeigen die dazu vergleichend vorgenommenen Analysen beider Fragetypen gemischte Resultate (Geron et al. 2000). Allerdings ergeben die Untersuchungen von Geron et al. (2000: 265) eine recht hohe Übereinstimmung zwischen den Werten der allgemeinen und den speziellen Dimensionen der Zufriedenheit. Jede einzelne Leistung (z.B. hauswirtschaftliche Leistungen, Behandlungspflege etc.) scheint somit einen ähnlich gewichtigen Beitrag zur Gesamtzufriedenheit zu leisten und einzelne Bewertungen einzelner Leistungen bleiben ohne großen Einfluss auf den Gesamtwert der Zufriedenheit.

Ein grundsätzliches methodisches Problem stellt auch dar, dass nach einer verbreiteten Hypothese insbesondere ältere und Personen mit geringem sozialen und ökonomischen Status tendenziell affirmativ und im Sinne sozialer Erwartungen oder der vermuteten Intention der Interviewer und eher positiv als negativ konnotiert antworten (Geron et al. 2000; Müller/Thielhorn 2000). Entgegen dieser Hypothese nennen Müller/Thielhorn (2000: 77) auch davon abweichende Resultate. Ebenso fand Kruzich (2000: 85) diesbezüglich und auch in bezug auf andere soziale und demographische Faktoren (so berichteten Studien darüber, dass Frauen zufriedener mit der Pflege in Pflegeheimen waren als Männer) gemischte Befunde. Dagegen ergaben differenzierte Analysen von Geron et al. (2000), dass Alter zwar nicht mit einer höheren Zufriedenheit mit Pflegediensten einher geht, dass allerdings die Variable der sozialen Erwartungen durchaus zu einer Verzerrung der Zufriedenheitswerte nach oben führt. Keine solchen Unterschiede wurden dagegen hinsichtlich dem Antwortverhalten ethnischer Minoritäten festgestellt.

Hinzu kommt, dass Pflegebedürftige als meist hochaltrige Menschen aufgrund der Erschöpfung von Selbsthilfepotentialen und in Anbetracht des nahenden Todes unter Umständen einer „resignativen Harmonie“ unterliegen können (vgl. Aust 1994; Müller/Thielhorn 2000). Pflege werde durch ihre bloße Präsenz als Entlastung und Bereicherung empfunden, solange eine aus der Sicht der Betroffenen tragfähige Pflegebeziehung erhalten bleibe, Individualität respektiert und Bedürfnisse nicht übergangen würden (Wingenfeld/Schäffer 2001: 144). Andere Positionen sehen gerade die nachlassende Gesundheit und steigende Hilfsbedürftigkeit mit einer generell wachsenden Kritik an der geleisteten Pflege einher gehen (Geron et al. 2000: 266). Doch auch

hier sind die Befunde widersprüchlich, weil Untersuchungen auch keinen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und funktionalem körperlichen Zustand der Patienten (gemessen an ADL-Skalen) finden konnten (Kruzich 2000: 86).

Ein weiterer möglicher Bias – aller Befragungen – liegt darin, dass Befragte dazu neigen, mit ja zu antworten, ohne Rücksicht auf den Inhalt von Fragen (Geron et al. 2000: 260). Dabei muss beachtet werden, dass in der Regel eine enge Beziehung der Pflegebedürftigen zur Pflegeperson vorliegt, welche es erschwert, fremden, aber auch den Pflegekräften oder öffentlichen Institutionen zugerechneten, Menschen gegenüber diesbezügliche Probleme anzuvertrauen. Generell ist deshalb bei der Beurteilung der sehr häufig auftretenden sehr hohen Zufriedenheitswerte Vorsicht geboten, auch weil die Abhängigkeit der Pflegebedürftigen zu ihrem Dienst, die Antworten von Patienten beeinflusst (Woodroff/Applebaum 1996, zit. nach Coleman 2000). Ebenso von zentraler Bedeutung ist der Umstand, dass Patienten vermutlich stärker affirmativ antworten, wenn die Anonymität der Befragten und die Unabhängigkeit von seiten der durchführenden Institution nicht glaubhaft gemacht werden kann (Crawford 1999). Außerdem sollte die Verweigerungsquote beachtet werden, welche bei steigenden Werten aller Wahrscheinlichkeit nach systematische Verzerrungen mit sich bringen dürfte (Aust 1994).

Eine Konsequenz aus den Einwänden gegen die Schiefe der Ergebnisse von Zufriedenheitsuntersuchungen wäre, den Maßstab bei Untersuchungen von Zufriedenheit sehr hoch anzusetzen und z.B. bei Werten von Zustimmungen unter 75% bereits „erhebliches Konfliktpotential“ zu vermuten (vgl. Aust 1994: 33). Eine Möglichkeit, den Effekt der sozialen Erwartungen zu kontrollieren wäre, entweder Fragen zu stellen, welche eine Bewertung oder positiv-negativ-Konnotation vermeiden und auf messbare Tatsachen rekurrieren, ein neutrales Gleichgewicht von positiven und negativen Items herstellen, aber auch Varianten von Fragen, die in ähnliche Richtungen zielen (positiv und negativ gestellt). Allerdings scheinen hier auch Grenzen darin zu bestehen, dass die Gefahr der Verwirrung durch zu komplexe oder zu viele Fragen entsteht.¹⁰⁵

Ein weiteres bedeutendes methodisches Problem ist mit dem Umstand verbunden, dass Pflegebedürftige häufig geistigen Beeinträchtigungen unterliegen (z.B. in Form von Demenz). Die Befragung von Angehörigen oder Stellvertretern oder die Beobachtung durch Experten hilft hier nur in

¹⁰⁵ So fanden Geron et al. (2000: 263 f.), dass der gemeinsame Gebrauch positiver und negativer Konnotationen den Grad der internen Konsistenz (gemessen an Cronbachs Alpha) zwar etwas, allerdings nicht in kritischem Maße verringert.

beschränktem Maße weiter, weil diese oft nicht valide sind, während die Entwicklung von Instrumenten zur direkten Erhebung bei Demenzen bei berechtigten grundsätzlichen Zweifeln auch erst in den Anfängen steckt (vgl. Maslow 2000; Uman et al. 2000). Allerdings ergaben Untersuchungen, dass die kognitive Funktion von Pflegebedürftigen nicht mit Zufriedenheitswerten korrelierte (Kruzich 2000: 86).

Als methodisch relevant wird auch der *Kontext* erachtet, in dem einzelne Fragen stehen, so können Fragen, bei denen Erinnerungen von Detailproblemen wachgerufen werden, darauffolgende allgemeine Zufriedenheitsaussagen beeinflussen und umgekehrt (Aust 1994: 37). Hier kann sogar der Umstand auftreten, dass offen bleibt, inwiefern die Beeinflussung des Grades der geäußerten Zufriedenheit überhaupt durch den unmittelbar erlebten Kontext der Pflege gegeben ist, oder ob nicht weiter in der Vergangenheit liegende Erlebnissen für das Urteil prägend waren, wie einige Untersuchungen nahe legen (vgl. Müller / Thielhorn 2000: 78). Allerdings fanden Geron et al. (2000) keine signifikanten Unterschiede, je nachdem in welcher Reihenfolge Fragen an Pflegebedürftige und Angehörige oder Case-Manager gestellt wurden. Ein weiterer Forschungsbedarf besteht auch hinsichtlich der Frage der Stabilität oder Veränderung der Patientenpräferenzen im Zeitverlauf, wobei z.B. Degenholtz et al. (1997) signifikante Unterschiede zwischen Neu- und Altfällen fanden.

Eine Frage ist selbstverständlich auch die Wahl der Methode der Erhebung (z.B. Focus-Gruppen, Beobachtung, Messung durch Experten, Befragungen: face to face, telefonisch oder schriftlich, standardisiert nicht standardisiert), wobei jede Methode natürlich Vor- und Nachteile mit sich bringt (vgl. Crawford 1999). Während z.B. die face-to-face-Befragung aufgrund möglicher Verzerrungen durch den Interviewer¹⁰⁶ und oft geringe Fallzahlen eingeschränkt ist, aber Vorteile hinsichtlich der Möglichkeit mit sich bringt, durch Nachfragen klarere und eindeutige Antworten sowie ein vertieftes Verständnis komplexer Zusammenhänge¹⁰⁷ zu erhalten, sind standardisierte schriftliche Befragungen meist durch sehr geringe Rücklaufquoten und durch die nicht immer zu beurteilende Güte der Antworten in ihrer Aussagekraft beeinträchtigt. Nachteile sind aber auch etwa für telefonische Befragungen geltend zu machen: Zwar ist der Bias zwischen Telefonbesitzern und Nichtbesitzern heute kaum mehr relevant, doch ist auch bei der telefonischen Befra-

¹⁰⁶ Hier ist die Tendenz in sozial erwünschter Form zu antworten zu besonders relevant (Crawford 1999: 108).

¹⁰⁷ Dass es sich bei Zufriedenheit von Patienten um ein sehr komplexes Phänomen handelt und im Hinblick auf die Relevanz für die Qualitätsbeurteilung ambulanter Pflege entsprechend schillernd scheint offenkundig, soll an dieser Stelle aber nochmals unterstrichen werden.

gung mit Verweigerungen und insbesondere bei der Befragung älterer Menschen am Telefon mit anders bedingten systematischen Ausfällen (z.B. bei körperlichen Beeinträchtigungen wie Hörproblemen) zu rechnen (vgl. Crawford 1999: 110). Ferner sind auch bei telefonischen Interviews Verzerrungen durch den Einfluss des Interviewers möglich: So seien die Zufriedenheitswerte bei telefonischen Interviews höher als bei schriftlichen Befragungen (Crawford 1999: 111).

Insofern gilt als Konsens, dass Konsumentenbefragungen mittels verschiedener Methoden auf mehreren Ebenen ansetzen sollten und insbesondere dann zur Qualitätsbeurteilung beitragen können, wenn diese in *differenzierter* Form angelegt seien (vgl. Applebaum et al. 1993, zit. nach Coleman 2000; Maslow 2000; Geron et al. 2000). Dabei sollte nicht nur global Zufriedenheit abgefragt, sondern kontrollierend auch einzelne Dimensionen und messbare Aspekte erfasst, sowie Hintergründe erfragt werden.¹⁰⁸ Dazu gehört auch, dass Patientenbefragungen mit Angehörigen, Mitarbeiter- oder Expertenbefragungen gekoppelt werden sollten (vgl. Geron et al. 2000).¹⁰⁹

Eine Voraussetzung ist aber ungeachtet dessen, dass bei Erhebungen klar definiert wird, was gemessen wird und welche Fragen für welches Konstrukt stehen (Lebensqualität, allgemeine Zufriedenheit, Zufriedenheit mit der Pflege oder einzelne Qualitätsaspekte der Pflege) (vgl. Kruzich 2000: 80 f.). Allerdings scheint Forschungsbedarf auch noch darin zu bestehen, überhaupt die relevanten Dimensionen sowie die Validität und Reliabilität der den Instrumenten zugrunde liegenden Konstrukte zu bestimmen (Soberman et al. 2000; Geron et al. 2000). Eben dieses wird offenbar häufig nicht durchgeführt, auch weil viele Instrumente ad hoc für partikulare Untersuchungen oder für programmatischen Zwecke konzipiert wurden, deren vergleichende Anwendung in größeren Settings ausblieb (Geron et al. 2000: 259, 260). Insofern ist die zunächst auf Tiefeninterviews und Arbeit mit Fokus-Gruppen basierende Entwicklung relevanter Dimensionen der Qualitätsbeurteilung aus der Sicht der Patienten mit dem daran anschließenden großflächigen Feldtest durch geschulte Interviewer (mit Befragungen von Patienten und Case-Managern)¹¹⁰ und

¹⁰⁸ Vgl. als Überblick zur Ermittlung relevanter Dimensionen der Zufriedenheit und zum Stand der Instrumentenentwicklung: Soberman et al. 2000; Cohen-Mansfield et al. 2000; Müller / Thielhorn 2000; Geron et al. 2000; Schönborg 2000.

¹⁰⁹ Kruzich (2000: 87) nennt eine Untersuchung, wonach die Zufriedenheit mit Pflegeheimen von Angehörigen deutlich höher ausfällt als bei den Pflegebedürftigen.

¹¹⁰ Insgesamt wurden 228 Interviews mit Pflegebedürftigen (ohne demente Personen) in Massachusetts geführt.

inklusive multivariater Analysen sowie Tests auf Reliabilität¹¹¹ und Validität der verwendeten Instrumente durch Geron et al (2000) wegweisend.

2.3.3.2 Ergebnisse

Wie bereits aufgrund der im vorigen Abschnitt diskutierten methodischen Erwägungen zu erwarten war, zeigen die durchgeführten Befragungen Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, mehr oder weniger übereinstimmend *global* eine hohe bis sehr hohe *Zufriedenheit* sowohl mit den Leistungen der Pflegeversicherung als auch mit jenen der ambulanten Pflegedienste: Der Aussage, dass die Pflegetätigkeit auf einem hohen fachlichen Niveau ausgeführt wird, stimmen laut Befragungen immerhin 65% der Haushalte¹¹² „voll und ganz“ und weitere 23% „eher“ zu. Bei weiter differenzierter Nachfrage war erstaunlich, dass ebenfalls 51% „voll und ganz“ sowie weitere 21% „eher“ der Aussage beipflichten, dass meist auch Zeit für ein persönliches Gespräch zwischen Pflegebedürftigen und professionellen Helfern bleibe. Ebenso mehrheitlich positiv wird die Anleitung der Angehörigen durch die professionellen Mitarbeiter bewertet. In diesem Fall stimmen aber immerhin 24% der entsprechenden Aussage „überhaupt nicht“ und weitere 15% „eher nicht“ zu. Geteilt sind hingegen die Meinungen hinsichtlich der Bereitschaft oder Möglichkeit der Mitarbeiter von Pflegediensten, bei Bedarf auch einmal andere Leistungen als die, die über die Pflegeversicherung vereinbart worden sind, auszuführen. Hier stimmen 31% „voll und ganz“ und 22% „eher“ zu, während 10% dieser Aussage „eher nicht“ und ebenfalls 31% „überhaupt nicht“ bejahen (Schneekloth / Müller 2000: 70).

Dieses Bild wird bestätigt und ergänzt durch eine ebenso recht aktuelle Versichertenbefragung im Auftrag der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK): Danach waren nur 7% „weniger zufrieden“ oder „unzufrieden“ mit den Leistungen der ambulanten Pflegedienste, allerdings hatten immerhin 14% der Befragten bereits einmal *Reklamationen* angebracht, wovon wiederum 69% beigelegt worden sind (Klie 1999: 23).¹¹³ Demgegenüber kommt hier eine kleinere Kundenbefragung zu deutlich höheren Werten: Hier berichten immerhin 40%, dass sie sich bei einem Pflegedienst beschwert hätten (nach Klie ebenda).

¹¹¹ Diese führten z.B. eine nochmalige Befragung einer Stichprobe durch, wobei die Ergebnisse offenbar sehr stabil blieben.

¹¹² Allerdings wurde nicht genau die Gruppe der Pflegehaushalte mit ambulanten Sachleistungen aus der Gesamtheit der Haushalte mit häuslicher Pflege heraus gefiltert (vgl. Schneekloth/Müller 1999: 69).

Darüber hinaus ist die Bindung an den Pflegedienst – trotz Wahlfreiheit und Marktorganisation – sehr hoch: 81% der Befragten hatten bisher keinen Wechsel des Pflegedienstes vorgenommen, nur 19% hatten mindestens einmal ihren Dienst gewechselt; dabei war offenbar die Bereitschaft dafür in den Metropolen geringer als in ländlichen Gebieten und in kleineren Städten (Klie 1999: 19).¹¹⁴ Als Gründe für den Wechsel wurden überwiegend die Unzufriedenheit mit der Pflege, fehlendes Vertrauen, Unpünktlichkeit und Kritik am Verhalten einzelner Pflegepersonen (52%), ferner zu 47% Qualitätsmängel (ohne einheitliches Profil), 44% den Umstand, dass keine feste Pflegekraft vom Pflegedienst eingesetzt wurde, sondern diese ständig wechselten; 29% nannten Fehler bzw. Misstrauen in bezug auf die korrekte Abrechnung (Klie 1999: 20).

Offen bleibt allerdings bei den zwei hier referierten großen Befragungen, ob der Auftraggeber, so die DAK (bei: Klie 1999) oder das Bundesministerium für Gesundheit (bei: Schneekloth / Müller) den Befragten genannt wurde, was vermutlich nicht ohne Einfluss geblieben sein dürfte. Ebenso könnte eine Verweigerung, über Mängel ihres Dienstes Auskunft zu erteilen, gerade bei alten Menschen auftreten, wo meist angenommen wird, dass diese bei Befragungen generell häufiger affirmative Haltungen einnehmen und stärker im Sinne der sozialen Erwartung antworten.¹¹⁵ Hinzu kommt hier der möglicherweise verzerrende Einfluss, gegenüber Fremden Probleme – zumal am Telefon – einzugestehen.

Aus einer in Deutschland und der Niederlande durchgeführten Befragung von 1.000 Pflegebedürftigen geht hervor, dass – bei insgesamt ebenso hoher Zufriedenheit (80% der Antworten) – die durch Angehörige oder andere informelle Pflegekräfte Gepflegten generell eher zufriedener sind, als die durch ambulante Pflegedienste Gepflegten (Grieshaber 2000b: 22). Ein Viertel der in der genannten deutsch-niederländischen Studie befragten deutschen Pflegebedürftigen gaben zudem an,¹¹⁶ dass die ausgeführten Pflegetätigkeiten nicht immer die seien, die sie selbst wünschten oder für nötig hielten. Ebenso berichtet nur ein Viertel, dass Leistungen vertraglich

¹¹³ Vgl. ähnliche Ergebnisse aus einer Befragung in Baden-Württemberg (Knäpple et al. 1997).

¹¹⁴ Laut einer Befragung von 1000 deutschen und niederländischen Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege informieren sich auch die wenigsten über Angebot und Preise der Dienste (Grieshaber 2000b: 23). Offen bleibt bei dieser Sekundärquelle, die sich auf eine nicht weiter genannte Studie bezieht, allerdings die genaue Angabe. Interessant erscheint auch der Befund – obwohl aus den USA und aus dem Heimsektor – dass Pflegebedürftige, welche sich vor der Auswahl eines Heimes breit informierten, deutlich zufriedener waren als andere (vgl. Kruzich 2000: 87).

¹¹⁵ So wird z.B. Kritik gegenüber Pflegediensten in den jüngeren Altersgruppen signifikant häufiger geäußert als in älteren (vgl. Klie 1999).

¹¹⁶ Insgesamt wurden 1000 deutsche und niederländische Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege befragt (vgl. Grieshaber 2000b).

und schriftlich festgehalten seien. Sachleistungsempfänger sind weniger zufrieden mit der Dauer und der Leistung der Pflege zu den vereinbarten Zeiten und mit der Anzahl der Besuche der Pflegekraft pro Woche. Sachleistungsempfänger müssen sich demnach auf durchschnittlich vier Pflegekräfte einstellen. Für knapp die Hälfte der Sachleistungsempfänger ist das aber kein Problem. Nur knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen, die Sachleistungen erhalten, sind allerdings mit der Koordination der Hilfeleistungen durch die verschiedenen Pflegekräfte zufrieden (Grieshaber 2000b: 23 f.). Verschiedene andere Untersuchungen belegen im übrigen, dass Patienten, die nach dem Pflegeprozessmodell gepflegt wurden, nicht zufriedener waren als eine Vergleichsgruppe (Müller / Thielhorn 2000: 81). Bemerkenswert scheint auch das Ergebnis einer Untersuchung in 20 britischen Pflegeeinrichtungen, wonach die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen zwar signifikant mit dem Grad der Restriktivität der Einrichtung negativ korrelierte, d.h. die Zufriedenheit stieg mit der nachlassenden Restriktivität, dass sich aber der Personalanteil nicht auf die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen niederschlug (Shepherd et al. 1996: 453).

Die hier durchscheinende Diskrepanz zwischen Maßstäben und Kategorien zur Qualitätsbeurteilung von Professionellen und Betroffenen mag damit zu erklären sein, dass Pflegebedürftige professionellen Kategorien weniger und der Zuverlässigkeit sowie persönlichen Merkmalen (Freundlichkeit, Respekt), mehr Bedeutung beimessen (vgl. Wingenfeld/Schäffer 20001). Aus der Sicht der Patienten stehen auf der Liste der Qualitätskriterien für die ambulante Pflege an erster Stelle die Einhaltung von Zeiten, 2) die Fertigstellung der Arbeit, 3) die Zuverlässigkeit, 4) die Nettigkeit und Sauberkeit im Auftreten, 5) die Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit und 6) die Höflichkeit und der Respekt, so eine Untersuchung in den USA (Coleman 2000: 11).¹¹⁷ Erstaunlicherweise fanden Geron et al. (2000: 263) den Faktor „continuity of care“ ohne wesentliche Faktorladung innerhalb der übrigen Dimensionen von 60 Items des Instrumentes House Care Satisfaction Measure (HCSM). Die für die Klienten hohe Bedeutung persönlicher Werte und Zuverlässigkeit werden aus deutschen Untersuchungen berichtet (vgl. Müller / Thielhorn 2000; Wingenfeld / Schäffer 2001).

Entsprechend förderte eine Befragung von 347 pflegebedürftigen Menschen durch die Stiftung Warentest (1998) empfindliche Problembereiche zutage – bei wiederum sehr hoher globaler Zufriedenheit mit der Arbeit der ambulanten Pflegedienste. Zwar wurde den meisten Diensten ein

freundlicher, zuvorkommender Umgang und zuverlässige Betreuung bescheinigt. Auf der anderen Seite wurden aber Eigenmächtigkeit der Pflegekräfte, geringe fachliche Kompetenz und mangelndes Einfühlungsvermögen beklagt; weiterhin beanstandeten die Patienten den häufigen Personalwechsel, Zeitknappheit, ein kompliziertes Abrechnungsverfahren sowie die Unpünktlichkeit der Pflegenden (z. n.: Müller/Thielhorn 2000: 83). Applebaum / Christianson (1988) stellten in den USA aufgrund von Patientenbefragungen ähnliche Problemzonen der ambulanten Pflege fest: Unpünktlichkeit, nicht entschuldigtes Fernbleiben, Vernachlässigung und sogar Misshandlungen der Patienten durch die Pflegenden (z. n.: Müller/Thielhorn 2000: 83).

Deshalb sei an dieser Stelle nochmals auf die im vorigen Abschnitt angesprochene mögliche Diskrepanz zwischen der Angabe globaler Zufriedenheit und der Benennung einzelner gravierender Mängel durch die befragten Patienten hingewiesen. Während eine Untersuchung in den USA auf allgemeine Fragen (ob etwa die Pflegekräfte ihre Arbeit gut ausführen, ob diese freundlich sind usw.) einen Zustimmungswert von 90% der Befragten erreichte (Applebaum et al. 1993, zit. nach Coleman 2000), sagten bei konkreteren Nachfragen ein Fünftel, dass die Pflegekräfte unpünktlich seien und 17%, dass sie nicht informiert wurden, wenn ein Dienst überhaupt nicht kommen konnte (Applebaum et al. ebenda). Und obwohl 95% von in Ohio befragten Konsumenten ihren Pflegedienste empfehlen wollten, berichteten 14% über Vorfälle von Beschimpfungen von seiten der Pflegekräfte und 5% nannten sogar körperliche Misshandlungen durch die Beschäftigten von Pflegediensten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine in Indiana flächendeckend durchgeführte Erhebung (Kinney et al. 1997, zit. nach Coleman 2000; Coleman 2000)¹¹⁸ und Applebaum et al. (1997 / 1998, zit. nach Coleman 2000) zeigen eine erhebliche Diskrepanz zwischen den sehr positiven Urteilen von Zufriedenheitsstudien (durchgeführt in drei Staaten der USA) und den dahingehenden kritischen Urteilen der ebenso befragten Case-Manager (Coleman 2000). Auch hier gilt, dass subjektive Zufriedenheit keineswegs immer mit einer objektiv hohen Pflegequalität korrelieren muss (vgl. Aust 1994: 36).

¹¹⁷ Etwas anders sieht die Reihenfolge im Bereich der Pflegeheime aus, bei der Kriterien in bezug auf die Beziehungen zum Personal eine prominentere Rolle spielen, weiter ist die Möglichkeit der Selbstbestimmung hier ebenso sehr wichtig für die Einschätzung der Qualität der Pflege von seiten der Patienten (vgl. Kruzich 2000: 79).

¹¹⁸ Auch eine Befragung in Taiwan erbrachte eine ähnliche Diskrepanz zwischen einer enormen Zustimmung im großen und ganzen und der recht häufigen Benennung von Problemen: So fanden immerhin zwei Fünftel der informellen Pflegepersonen die schnelle Hilfe in Nottfällen und die telefonische Bereitschaft durch Pflegedienste nur teilweise akzeptabel und immerhin 80% zeigten einen leichten Verbesserungsbedarf bei den Diensten an (Chiu et al. 1997).

Andererseits kann nicht davon ausgegangen werden, dass differenziertere Fragen den Widerspruch zwischen globaler Zufriedenheit und der Äußerung von Qualitätsproblemen von seiten von Patienten ohne weiteres auflösen könnten. So fanden Geron et al. (2000) – bei einem durchschnittlichen Wert der Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen der häuslichen Pflege zwischen 66,4% (Essen auf Rädern) und 80,1% (häusliche Krankenpflege) relativ wenig verzerrende Durchschlagskraft einzelner Items¹¹⁹ oder Dimensionen (z.B. Kompetenz / Qualität, Systemadäquanz, positive / negative persönliche Beziehungen, Wahlmöglichkeit) auf die Werte der globalen Zufriedenheit (Mean: 75%). Dennoch ist auch hier die *Streuung* bereits der globalen Zufriedenheitswerte erheblich (zwischen 13 und 98 auf einer Skala von 0 (niedrigster) und 100 (höchster Wert) und es gibt eine große Varianz bei der Einschätzung der Qualität und Zufriedenheit von seiten der Pflegebedürftigen und der kontrollierend befragten Care-Manager (Geron et al. 2000: 266).

Das insgesamt überaus positive Bild, das sich aus den genannten Befragungen für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der ambulanten Pflege ergibt, scheint also je nach Fragestellung und Methode, sowie insbesondere auch *regional* zu variieren.¹²⁰ Deshalb müssen hier weitere differenziertere Untersuchungen mit verschiedenen Methoden ansetzen. Im Lichte der dargestellten Befragung (Schneekloth / Müller 2000) könnten die überaus negativen Berichte aus Hamburg zum Teil aufgrund der dortigen besonderen Versorgungssituation (große Marktsättigung), zum Teil aber auch mit der Schwäche global ansetzender Zufriedenheitsbefragungen zu erklären sein, weil sich eben einzelne gravierende Probleme nicht entsprechend in der Gesamtzufriedenheit niederschlagen. In Hamburg waren bei der Verbraucherzentrale binnen 16 Tagen 110 auszuwertende Anrufe eingegangen, darunter 93 zum Teil massive Beschwerden, welche die Pflegedienste ins Zwielficht brachten. Die meisten Beschwerden (52) bezogen sich auf vermuteten Abrechnungsbetrug, ständigen Personalwechsel (44), schlechten mitmenschlichen Umgang (35), schlechte Kompetenz und ebenso häufig Unzuverlässigkeit der Pflegekräfte (je 26) sowie mangelnde Beratung (17); vgl. Verbraucherzentrale Hamburg 1998: 34 f. Ferner wurden in Hamburg

¹¹⁹ Nr. 1: „My (homemaker/home health aide) is very thorough“ (Geron et al. 2000: 264).

¹²⁰ Z.T. deutliche Unterschiede in den Präferenzen von Patienten fanden Degenholtz et al. 1997 zwischen eher gemischten ländlichen und städtischen Regionen in den USA.

bei Kontrollen durch den MDK immerhin bei 21% der Pflegedienste festgestellt, dass die sichere Pflege nicht immer gewährleistet ist.¹²¹

2.3.4 Profession und Beschäftigung

2.3.4.1 Daten zur Entwicklung und zum Stand der Beschäftigung

Bei den ambulanten Pflegediensten gilt das Personal und dessen Qualifikation als eines der wichtigsten Qualitätskriterien.¹²² Trotz der oft beklagten geringen gesetzlichen Regulierung¹²³ und ungeachtet pessimistischer Mutmaßungen in der Praxis – insbesondere seit dem Inkrafttreten des Pflege-VG – sind die Anteile an zwei- oder dreijährig *fachlich ausgebildetem Personal*¹²⁴ im ambulanten Sektor mit durchschnittlich 77% recht hoch, und zwar relativ unabhängig davon, ob Voll- oder Teilzeitkräfte der Pflegedienste einbezogen werden und ob nach Einrichtungsträgern differenziert wird (Schneekloth/Müller 2000: 112).¹²⁵ Allerdings nimmt mit der zunehmenden Größe der Einrichtungen der Anteil der Fachkräfte ab (ebenda: 113). Auch die Streuung bei der Quote von Fachkräften ist recht gering: Nur 14% der Dienste haben einen unter 50% liegenden

¹²¹ Andererseits ist aus einer Untersuchung in Bremen, wo ebenso eine weit überdurchschnittliche Versorgungslage vorliegt (vgl. Gerste/Rehbein 1998), zu berichten, dass in einem Jahr nur 144 Anrufe in einem zentralen Beschwerde- und Informationsbüro (des Sozialamtes der Stadt Bremen) eingegangen sind, wovon 55 (38%) Beschwerden waren, die sich aber nur zu einem Drittel auf ambulante Pflegedienste und dabei meistens auf Abrechnungsfragen bezogen (Görres/Hinz 2000). Hier darf jedoch vermutet werden, dass die Bereitschaft, Beschwerden anzubringen gegenüber der Verbraucherzentrale grundsätzlich eher höher sein dürfte als gegenüber einer Behörde der Sozialverwaltung (Sozialamt). Hier ist zu berücksichtigen, dass ‚der Gang zum Sozialamt‘ generell als Stigma gilt.

¹²² Vgl. z.B.: Kühnert/Gaßmann 1997: 157; Schnabel/Schönberg 1998: 106.

¹²³ Erst in jüngster Zeit wurde eine einheitliche Regelung auf der Bundesebene verabschiedet: Das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) sollte zum 01. August 2001 in Kraft treten. Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz am 06. Juli 2000 beschlossen. Der Bundesrat stimmte am 29. September 2000 zu; BGBl Nr. 50 vom 24. November 2000. Mit Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 22. Mai 2001 (Az. 2BvQ 48/00) wurde das Gesetz jedoch einstweilen außer Kraft gesetzt.

¹²⁴ Als Fachkräfte zählen Pflegekräfte mit einer zwei- bis dreijähriger Ausbildung (Krankenschwestern, Krankenpfleger, Altenpflegerinnen oder Altenpfleger). Altenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelferinnen sowie vergleichbare Hilfskräfte zählen nicht als Fachkräfte.

¹²⁵ Jedoch liegen die Werte, welche aus Erhebungen in einzelnen Bundesländern berichtet werden, zum Teil deutlich geringer. So weisen Qualitätsprüfungen des MDK in Baden-Württemberg nur eine durchschnittliche Quote von 55% Fachkräften in der ambulanten Pflege aus (Gnädig 2000). Aus Nordrhein-Westfalen wird für 1997 eine Quote von 50% und für Ende 1998 nur noch eine Quote von 48% Fachkräften an den insgesamt Beschäftigten der ambulanten Pflege ausgewiesen (Eifert et al. 1999b).

Wert an Fachpersonal (ebenda: 113) und umgekehrt sind immerhin in 40% der Einrichtungen mindestens neun von zehn Beschäftigten im Pflegebereich Pflegefachkräfte.¹²⁶

Bevor die aktuelle Struktur der Beschäftigung in der ambulanten Pflege näher betrachtet wird, soll ein Blick auf die *Entwicklung* der Zahl der Beschäftigten in diesem Sektor geworfen werden. Entgegen dem bereits seit Jahren zu hörenden Lamento der Fachwelt in bezug auf Kosten- und Personalabbau lässt sich feststellen – trotz der überaus prekären Datenlage –, dass sich das in der ambulanten Pflege eingesetzte Personal zwischen Anfang der achtziger (ca. 14.000 Vollzeitkräfte) und Anfang der neunziger Jahre (ca. 27.000 Vollzeitkräfte) annähernd verdoppelte (vgl. Schölkopf 1999a: 63). Insgesamt waren 1991 ca. 44.000 Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte in Voll- und Teilzeitbeschäftigung) in der ambulanten Pflege beschäftigt (Engels/Friedrich 1996: 17).

Nach der recht zuverlässigen Gesamtstatistik der Wohlfahrtsverbände – diese stellten bis Ende der achtziger Jahre 80-90% aller Kapazitäten – war der ambulante Pflegebereich bis Ende der siebziger Jahre eher stagnierend bis rückläufig, jedoch seitdem (d.h. seit Beginn der intensiven Förderung von Sozialstationen) bis Anfang der neunziger Jahre durch eine kräftige Expansion, sprich einer ungefähren Verdoppelung der Kapazitäten, geprägt (vgl. Tabelle 2.6). Allerdings wuchs die Zahl der Vollzeitkräfte nicht so stark wie die der Teilzeitkräfte, so dass der *Anteil* der Vollzeitbeschäftigten in dieser Zeit von über 60 auf ca. 50% sank. Außerdem fiel das Wachstum vergleichsweise geringer aus als im Bereich der Heimpflege, so dass dieses nur zu einer *leichten* Erhöhung der *Versorgungsniveaus* bezogen auf die Altenbevölkerung führte. Gab es im Jahr 1970 noch ca. 0,82 Beschäftigte pro 100 über 75-jährigen, so waren es im Jahr 1993 0,95; zunächst sank diese Quote sogar infolge der wachsenden Anzahl von Senioren und der stagnierenden Kapazität ambulanter Pflegedienste, so dass sich erst seit Anfang der achtziger und insbesondere seit Anfang der neunziger Jahre die Versorgungslage wieder deutlich verbesserte (vgl. Schölkopf 1998: 8).

Die Zunahme der Beschäftigung in ambulanten Pflegediensten beschleunigte sich in den *neunziger* Jahren, wobei die Tatsache, dass Leistungen für ambulante Pflege im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Ende der achtziger Jahre und solche des Pflege-VG seit dem 1.4.1995 gewährt wurden, ganz offensichtlich einen kräftigen Schub der Entwicklung bewirkt hat

¹²⁶ Im Durchschnitt wiesen die in der repräsentativen Stichprobe enthaltenen *Pflegeheime* nur eine Quote von 51% Fachkräften auf. So hatten immerhin 38% der Pflegeheime eine Quote unter 50% und darunter wiesen 11% sogar nur eine Quote von unter 40% Fachkräften des im Bereich der Betreuung tätigen Personals auf, womit die Vorgaben der Heimpersonalverordnung häufig *nicht* eingehalten wurden (vgl. Schneekloth / Müller 2000: 167).

(vgl. MAGS NW 1995; Eifert et al. 1999b; Fretschner et al. 2001). So stieg in Nordrhein-Westfalen zwischen 1993 und 1996 die Zahl der Beschäftigten in „Gemeindepflegestationen“ mit deutlich *zweistelligen* jährlichen Wachstumsraten sprunghaft an, und insgesamt wuchs diese Zahl in nur drei Jahren fast mit dem Faktor 1,5. Bezogen auf Berufsgruppen waren an diesem Wachstum die Krankenschwestern und Krankenpfleger in nur geringerem Umfang und die „sonstigen Pflegekräfte“, wozu die Altenpflegerinnen und –pfleger zählen, besonders stark beteiligt.

Tabelle 2.6: Kapazitäten der Wohlfahrtsverbände in der ambulanten Pflege (1970-1996)

Jahr	Einrichtungen gesamt ^{a)}	Veränderung geg. Vorjahr in %	Verhältnis zum Ausgangswert in %	Beschäftigte gesamt	Veränderung geg. Vorjahr in %	Verhältnis zum Ausgangswert in %	Vollzeitbe- schäftigte	Anteil Voll- zeitkräfte in %
1970	10.275		100,00	21.145		100,00	12.925	61,13
1973	9.362	-8,89	91,11	20.026	-5,29	94,71	11.845	59,15
1975	8.953	-4,37	87,13	19.136	-4,44	90,50	11.369	59,41
1977	8.293	-7,37	80,71	22.151	15,76	104,76	11.465	51,76
1981	5.499	-33,69	53,52	23.655	6,79	111,87	12.691	53,65
1984	5.183	-5,75	50,44	28.324	19,74	133,95	14.705	51,92
1987	5.380	3,80	52,36	30.525	7,77	144,36	k.A.	k.A.
1990	5.788	7,58	56,33	34.268	12,26	162,06	19.942	58,19
1993 ^{b)}	5.356	-7,46	52,13	41.593	21,38	196,70	21.278	51,16
1993 ^{c)}	6.250		100,00	49.808		100,00	26.879	53,97
1996	6.812	8,99	108,99	65.300	31,10	131,10	29.900	45,79

Enthalten sind: Dienste der Gemeindekrankenpflege, Haus- und Familienpflege, Sozialstationen, Dorfhilfe, und Mobile soziale Dienste.

Zahlen für Westdeutschland
Zahlen für Gesamtdeutschland

Quelle: Eigene Berechnung nach Gesamtstatistik der BAG der Freien Wohlfahrtspflege.

Der Vergleich der Beschäftigungsentwicklung in der ambulanten Pflegen über den Zeitpunkt der Einführung der *Pflegeversicherung* hinweg ist nur sehr eingeschränkt möglich. Zudem ist die Datelage diesbezüglich erneut sehr lückenhaft, da die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI nur zögerlich umgesetzt wurde und aus der erstmalig für den Stichtag Ende 1999 durchgeführten Erhebung noch keine Daten vorliegen. Allerdings belegen wiederum Erhebungen aus Nordrhein-Westfalen aus den Jahren 1997 und 1998, dass das Wachstum der Zahl der Beschäftigten auch nach der Einführung der Pflegeversicherung recht hoch, nämlich pro Jahr bei einer Differenz um knapp 8% gegenüber dem Ausgangswert, lag (Eifert et al. 1999a, 2000). Wie enorm sich die ambulante Pflege ausweitete, wird deutlich, wenn die Hochrechnung von Infratest, die von einer Gesamtzahl von Beschäftigten von 227 Tausend (1998) ausgeht, betrachtet wird (Schneekloth /

Müller 2000: 108); zwar ist der Vergleich zum von Engels/Friedrich (1996) ermittelten Wert von 1991 (44 Tausend) wie gesagt nur sehr eingeschränkt möglich, doch legt bereits die unterschiedliche Dimension ein geradezu explosives Wachstum nahe.

Im folgenden soll die aktuelle *Struktur* der Beschäftigten noch näher betrachtet werden. Insgesamt arbeiten im Jahr 1998 ca. 39% der Beschäftigten als Vollzeitkräfte, während etwa 41% als Teilzeitkräfte und 20% als geringfügig Beschäftigte anzusehen sind (Schneekloth/Müller 2000: 108). Von den 1998 umgerechnet etwa 150 Tausend Vollarbeitskräften¹²⁷ sind 74% im Pflegebereich nur knapp 7% ist Verwaltungspersonal und 1,5% rein hauswirtschaftliches Personal, 10% sind Zivildienstleistende (ebenda: 110).

Bei der Qualifikation des – wie dargestellt – weit überwiegenden Fachpersonals der ambulanten Pflegedienste dominiert die Ausbildung als Krankenschwester oder –pfleger, welche 52% des gesamten Pflegepersonals stellen. Weitere 17% weisen eine Ausbildung als Altenpflegerin oder Altenpfleger auf, 10% entfallen auf sonstiges examiniertes Pflegepersonal (Schneekloth/Müller 2000: 112). Nur geringfügige Veränderungen ergeben sich auch hier, wenn nach Vollzeit- und Teilzeitpersonal differenziert wird.

Hinsichtlich der – vor allem im ambulanten Bereich nur sehr eingeschränkt aussagefähigen – *Betreuungsrelation* ergibt sich, dass eine vollbeschäftigte Pflegekraft im Durchschnitt 9,6 Pflegebedürftige versorgen muss (Schneekloth / Müller 2000: 115).¹²⁸ Hier zeigen sich auch Unterschiede nach der Trägerschaft, wobei die Betreuungsrelation in Einrichtungen privater Trägerschaft geringer und insbesondere bei jenen mit öffentlicher Trägerschaft höher ausfällt, was laut Schneekloth / Müller mit dem dort niedrigeren Anteil an reinen Sachleistungsempfängern und den geringeren Zahlen an Pflegeeinsätzen pro Pflegebedürftigen und Monat zu erklären ist (ebenda: 114).

2.3.4.2 Arbeitssituation und -belastung

Auch die Ausübung professioneller ambulanter Pflege ist sowohl durch körperliche wie psychische Belastungen, Überforderungen oder Stress geprägt, wenngleich Formen und Hintergründe

¹²⁷ Dazu wurde zu den 88 Tausend Vollzeitbeschäftigten offenbar ein Anteil der Teilzeitbeschäftigten gerechnet (vgl. Schneekloth 2000: 109).

¹²⁸ Dieser Wert liegt in den Pflegeheimen bei 2,8 Pflegebedürftigen (Stufe 0-III) je fest angestellter Betreuungskraft bzw. 2,6 Pflegebedürftigen je fest angestellter Betreuungskraft inkl. Zivildienstleistenden (Schneekloth / Müller 2000: 168).

sich von jenen bei der Laienpflege unterscheiden. Belastung und Überlastung sind wiederum als wesentliche Ursache von Fehlverhalten von Pflegekräften anzusehen und können zu Pflegemängeln, Vernachlässigung, Gewalt etc. gegenüber Pflegebedürftigen oder Angehörigen, wechselseitig zu schlechtem Betriebsklima und Konflikten am Arbeitsplatz sowie zur gesundheitlichen Beeinträchtigung und vorzeitigen Berufsaufgabe führen (vgl. Görgen 2000).¹²⁹

Die Betrachtung der Arbeitsabläufe in der ambulanten Pflege kurz nach der Einführung des Pflege-VG durch Busch (1996) zeigen zunächst, dass nur 63% der Zeit bei den Patientinnen und Patienten verbracht wird und allein auf Fahrtzeiten 24% der Arbeitszeit entfällt (Zimber et al. 2000: 43). Von der durchschnittlich 37 Minuten dauernden Anwesenheit beim Patienten wurden 17 Minuten auf die Grund- und 7 Minuten auf die Behandlungspflege verwandt, 5 Minuten kam der sogenannten psychischen und sozialen Betreuung zugute, hauswirtschaftliche Tätigkeiten umfassten durchschnittlich 4 Minuten und 2 Minuten blieben für Verwaltungstätigkeiten. Allerdings schwankte die Zeit für Gespräche, je nach Diagnose und Geschlecht der Patienten; bei Männern mit vorwiegend durch das Alter bedingte psychiatrische Erkrankungen betrug sie etwa 8, bei Frauen mit Diabetes nur 3 Minuten (Zimber et al. 2000: 43).

Die Dominanz der Grund- und Behandlungspflege bestätigen auch wie bereits dargestellt die Erhebungen von Infratest (Schneekloth/Müller 2000), die nochmals wiederholt seien: Mehr als die Hälfte des Zeitaufwandes der Leistungen nach SGB XI, d.h. 53% entfiel danach auf die kleine und große Morgen- oder Abendtoilette, die Leistungen wie An- oder Auskleiden, Waschen und die Mund- oder Zahnpflege beinhaltet; 26% der Arbeitszeit wurde auf weitere Grundpflege und 13% auf hauswirtschaftliche Tätigkeiten verwandt. Danach kamen nur 3% der zur Verfügung stehenden Zeit der sonstigen Betreuung von Pflegebedürftigen, worunter vermutlich Gespräche fallen, zugute. Laut einer Befragung von Leitungskräften ambulanter Pflegedienste (Polak et al. 1999) wurden die Tätigkeiten nach unterschiedlichen Qualifikationen differenziert: Danach wurden Grundpflege und Prävention sowie Rehabilitation von Pflegefachkräften und Hilfskräften etwa gleich häufig, dagegen Behandlungspflege und spezielle Leistungen überwiegend von Fachkräften erbracht (Zimber et al. 2000: 45). Zusammenfassend stellen Schneekloth / Müller (2000), aber auch andere Analysen der Arbeitsprozesse in der Pflege, eine erhebliche *Streuung* der Leistungen vor allem in der stationären Pflege fest, wobei jedoch angesichts der bloßen Zeiter-

¹²⁹ Vgl. als Überblicke des Forschungsstandes zur Arbeitsbelastung von Pflegekräften: Zimber 1998; Zimber 1999; Zimber/Weyerer 1999; Zimber et al. 2000; als aktuellen amerikanischen Beitrag: Cohen-Mansfield/Noelker 2000.

fassung häufig nicht die Qualität berücksichtigt werde (Zimber et al. 2000: 46). Ferner fehlten Beobachtungen, welche die Entwicklung oder Veränderungen der Arbeitsprozesse im Zeitablauf erfassen.

Bei einer Gegenüberstellung der Entwicklung der Zahl der Beschäftigten und der Pflegebedürftigen lässt sich die von der Praxis häufig formulierte Annahme einer *Zunahme* der, jedenfalls nach der so berechneten, quantitativen Arbeitsbelastung seit dem Erlass des Pflege-VG bisher allerdings nicht nachweisen (vgl. Zimber et al. 2000: 47 ff.; Eifert et al. 1999b). Zwar verschlechterte sich z.B. in Nordrhein-Westfalen zwischen 1997 und 1998 das Verhältnis Pflegebedürftige zu Pflegekräfte (noch mehr bei den Pflegefachkräften) in der ambulanten Pflege leicht, doch unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Verschiebung in der Zusammensetzung der Pflegebedürftigen nach den Pflegestufen (höhere Anteile in der Stufe I, geringere Anteile in der Stufe II und III) kann wiederum von einem relativ konstanten Betreuungsverhältnis ausgegangen werden (Eifert et al. 1999b: 182). Ob durchschnittlich eine zu große Arbeitsbelastung, in Form einer zu hohen Fallzahl und einem zu hohem zeitlichen Pflegebedarf, in der ambulanten Pflege vorherrscht, bleibt aufgrund quantitativer Analysen weitgehend im Dunklen, weil dazu allenfalls für die stationäre Pflege überhaupt Untersuchungen vorliegen, die zudem in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind (vgl. Zimber et al. 2000 50-53).

Ohne Zweifel ist jedoch die körperliche und psychische Arbeitsbelastung von Pflegekräften in der Regel sehr hoch. Primär werden in der Literatur ‚burnout‘, psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden und Mitarbeiterfluktuation im Pflegebereich thematisiert (siehe den Review bei: Zimber 1999; vgl. Zimber/Weyerer 1999). Den meisten Untersuchungen mangelt es jedoch an der methodischen Zuverlässigkeit – häufig dominieren Befragungen des subjektiven Befindens¹³⁰ ohne Verwendung kontrollierter Methoden der Beanspruchungsmessung – und dem Anspruch auf Repräsentativität.

Insbesondere besteht in bezug auf die *ambulante* Altenpflege eine nur sehr lückenhafte Datenbasis (Zimber 1999: 178 f.). So kommt Zimber (ebenda) in einer Literaturanalyse bezeichnenderweise nur auf eine Studie, welche sich Belastungsfaktoren in der ambulanten Pflege widmet, die sich jedoch primär den Effekten der durch die Pflegeversicherung auferlegten Führung von Pfl-

¹³⁰ Kaum vergleichend untersucht ist bisher offenbar auch die Frage, inwiefern bestimmte berufliche Erwartungen und Persönlichkeitsstrukturen, Coping-Strategien und soziale Fähigkeiten bei den in den Pflegeberufen Tätigen systematisch zur Belastungsempfindung führen (vgl. Zimber et al. 2000: 69 f.).

gedokumentationen befasst (Polak/Garms-Homolová 1999). Dennoch legen die vorliegenden Befunde generell für die Altenpflege als Arbeitsfeld einen engen Zusammenhang zwischen beruflichen Arbeitsbelastungen durch den Umgang mit Pflegebedürftigen sowie organisatorischen Mängeln einerseits und überdurchschnittlich hohen körperlichen und psychischen Beanspruchungen andererseits (Zimber 1999: 179).

An der Spitze der *körperlichen* Belastung von Pflegekräften liegen Beschwerden im Rücken sowie Nacken und Schultern, die insbesondere beim Lagern/Betten entstehen: Epidemiologische Aussagen zur Prävalenz und Inzidenz körperlicher Beanspruchungsfolgen liegen in Form der „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ vor. Nach dieser bei 3.332 Pflegepersonen in Akutkrankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen durchgeführten Studie lagen die Prävalenzraten in allen untersuchten Symptombereichen bei den Pflegekräften signifikant über den Raten der nicht durch Heben und Tragen belasteten Vergleichsgruppe (‘Büroberufe’). Pflegepersonen hatten ein um den Faktor vier erhöhtes Risiko für einen Bandscheibenvorfall (Zimber 1999: 174). Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die körperliche Belastung in der ambulanten Altenpflege deutlich unter der in der stationären Pflege liegt (m.w.N: Zimber et al. 2000: 65). Zu diesem Ergebnis kommt ein Gesundheitssurvey der Deutschen Angestelltenkrankenkassen (DAK) (Nolting et al. 1999, zit. nach Zimber ebenda). Dennoch wiesen diese und weitere Untersuchungen die körperliche Belastung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege als etwas umfangreicher aus als die des Durchschnitts der Bevölkerung (Zimber et al. 2000: 76 f.). Bemerkenswert erscheint, dass Pflegehilfskräfte häufiger über körperliche Beschwerden klagten als Pflegefachkräfte und Leitungen (Zimber et al. 2000: 76).

Kaum Daten gibt es auch zur *Entwicklung* der körperlichen Belastungen in der ambulanten Pflege. Gestiegen sind allerdings Zahlen der Wegunfälle und der Arbeitsunfälle auf Dienstwegen (in ambulanter Dienste); ebenso sind die Anzahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit und auch die Zahl dahingehender Anerkennung der drei wichtigsten Berufskrankheiten (Hauterkrankungen, Lendenwirbelsyndrom und Infektionen) stärker gestiegen als die Zahl der Beschäftigten (Zimber et al. 2000: 84 ff.).

Laut einer größer angelegten Verlaufsstudie, in der 6.700 Absolventinnen und Absolventen der Altenpflege befragt wurden, die 1992 ihre Ausbildung abgeschlossen hatten, fanden Becker / Meifort (1997, dies. 1998) bei den subjektiven Arbeitsbelastungen aufschlussreiche Unterschiede zwischen der stationären und ambulanten Altenpflege: Während berufliche Bedingungen wie feh-

lende gesellschaftliche Anerkennung und schlechte Bezahlung von beiden Gruppen als belastend empfunden wurden, waren organisatorische Probleme wie Zeitmangel, die Anzahl der Betreuten und Schwierigkeiten bei der Aktivierung weitaus häufiger in der stationären Pflege zu finden.

Nach der Studie von Becker/Meifort (1997: 279) dominieren in der ambulanten Pflege unter den Belastungsfaktoren die psychische Überforderung und die fehlende Möglichkeit, berufliche Vorstellungen umzusetzen (Becker/Meifort 1997: 279), wobei auch hier ein hoher Zeitdruck als wesentlicher Hintergrund genannt wird.¹³¹ Allerdings fand der genannte Gesundheitssurvey der DAK (Nolting et al. 1999, zit. nach Zimber et al. 2000), dass auch die psychischen Beschwerden in der ambulanten Pflege deutlich geringer ausfielen als bei Pflegekräften in Krankenhäusern und – noch deutlicher – in Alten- und Pflegeheimen (Zimber et al. 2000: 79). Auch andere Untersuchungen ermittelten sowohl in stationären als auch ambulanten Pflegeeinrichtungen einen hohen Zeitdruck als wichtigsten Belastungsfaktor (m.w.N., Zimber et al. 2000: 67). In diesem Zusammenhang spielen auch Überstunden und die Wochenendarbeit eine Rolle. Laut dem Gesundheitsreport der DAK waren die Erholungszeiten auch zwischen den Arbeitsschichten zum Teil unzureichend: So gaben nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, mindestens zweimal im Monat eine Wochenendfreizeit von mindestens zwei Tagen zu haben. Durchschnittlich wurden zudem etwa zehn Überstunden pro Monat geleistet, nur 23% der Befragten gaben an, keine Überstunden zu leisten. Leitungskräfte und examinierte Kräfte waren hier stärker betroffen als Pflegehilfskräfte. Beim Vergleich der Einrichtungstypen leisteten Pflegekräfte in ambulanten Diensten mehr Überstunden als Beschäftigte in Altenheimen.

Nach Nolting et al. (1999, zit. nach Zimber et al. 2000) waren Belastungen durch die Konfrontation mit Krankheit, Tod und Sterben sowie aggressiven und nörgelnden Personen in allen drei untersuchten Einrichtungstypen (Krankenhaus, Altenheim und ambulante Pflege) etwa gleich stark verbreitet (Zimber et al. 2000: 67). In einer Studie von Barthelme et al. (1999a) berichteten 42% der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten über Belastungen durch die Begleitung Sterbender, an zweiter Stelle (24%) folgte die Betreuung Demenzkranker. Auch die Ausübung von Aufgaben außerhalb der Pflege, insbesondere hauswirtschaftliche Aufgaben sowie neue Aufgaben, z.B. die seit der Einführung des Pflege-VG geforderte Planung und Dokumentation von Pfl-

¹³¹ Ausdruck dieser Belastung sind meistens Müdigkeit, Schlafstörungen, Nervosität und Abgespanntheit, während schwere psychische Beeinträchtigungen selten untersucht wurden (Zimber et al. 2000: 78).

geleistungen, können als belastend erlebt werden, wenn die Kenntnisse über deren Handhabung nicht ausreichen (Polak/Garms-Homolová 1999) oder die Einsicht in deren Notwendigkeit – auch von außen – gering ausgeprägt ist.¹³² Und auch mit der rechtlichen und finanziellen Beratung der Kunden fühlen sich nach Bandemer et al. (2000) etwa zwei Drittel der Pflegekräfte in ambulanten Diensten überfordert (Zimber et al. 2000: 67).

Mit dem genannten Zeitmangel und den neuen Anforderungen infolge des Pflege-VG gehen oft verschiedene *organisatorische* Probleme einher, die als belastend empfunden werden.¹³³ Weitere Faktoren sind hier hohe Anforderungen an die Flexibilität der Dienste und hohe Anteile an Teilzeitbeschäftigten, welche einen zusätzlich erschwerenden Aufwand für die Organisation und das Einarbeiten neuer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter verursache (Zimber et al. 2000: 68). Dabei spielt die als unzureichend empfundene Entlohnung und die ebenso empfundene mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Pflegetätigkeit eine verstärkende Rolle (Dietrich 1994; Becker / Meifort 1997; Barthelme et al. 1999a)

Bei den organisatorischen Mängeln, welche zu Belastungen führen können (Informationsmangel, unklare Zuständigkeiten und Arbeitsunterbrechungen), werden für die ambulante Pflege erneut eher weniger Probleme genannt als für die stationäre Pflege (Nolting et al. 1999, zit. nach Zimber et al. 2000: 68); bei der ambulanten Pflege dominiert dagegen der als gering ausgemachte Einfluss auf die Organisation und den Arbeitsablauf sowie Mängel bei der Abstimmung von Übergeben und der Wege- sowie Einsatzplanungen, welche häufig zu Reibung und Doppelarbeit führten (vgl. Barthelme et al. 1999a; Bandemer et al. 2000, zit. nach Zimber et al. 2000). Zusätzliche Belastungen aus sozialen Konflikten und aus dem Betriebsklima werden wiederum für die Pflege generell in geringerem Ausmaß als in anderen Berufen und in der ambulanten Pflege weniger häufig als in der stationären Pflege ermittelt. Darüber hinaus sind diese Aspekte gegenüber den Anforderungen aus der Aufgabenstellung und der Arbeitsorganisation selbst geringer ausgeprägt (Zimber et al. 2000: 69).

¹³² So berichten zwei Pflegekräfte seit dem Erlass des Pflege-VG über „eine immense Zunahme der Schreibarbeit“ und weiter: „Patienten und Angehörige sehen uns dadurch viel schreiben und können das Verhältnis von Pflege- und Schreibaufwand nicht verstehen.“ (Ernst/Szameitat 1998: 16).

¹³³ Diese sind nur zum Teil intern verursacht, zum Teil resultieren diese auch aus Problemen der Koordination zwischen den beteiligten Institutionen (Krankenhaus, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialhilfeträger etc.). Vgl. anschaulich zu solchen Problemen, die unter erheblichem Zeitdruck und unter Konfrontation mit den Pflegebedürftigen von Pflegekräften ausgehalten werden müssen: Ernst/Szameitat 1998.

2.3.4.3 Fluktuation und Berufsaufgabe

Im Zusammenhang mit den aufgezeigten Belastungen im Pflegeberuf wird häufig bemängelt, dass die *Verweildauer* im Beruf relativ (gemessen an anderen vergleichbaren Berufen), aber auch ‚in sich‘ gesehen nur sehr kurz ausfällt. Allerdings ist die empirische Basis dieser Aussagen begrenzt: Während es noch zahlreiche Arbeiten zur Arbeitsbelastung und –überlastung in den Pflegeberufen (vor allem im stationären Bereich) gibt, sind solche zu tatsächlichen Verläufen von Beruf und Beschäftigung sehr selten (Zimber 1999: 170, 176). Die wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen liefern eine große Streubreite der durchschnittlichen – in der Regel geschätzten – beruflichen *Verweildauer* von fünf bis zehn Jahren, wobei der Verbleib in der Krankenpflege eher als länger angenommen wird als in der Altenpflege (m.w.N. Rohleder/Krämer 1998: 37). Dabei bleibt in den bisherigen Studien meist offen, worauf diese Schätzungen im einzelnen beruhen. Neben der beruflichen *Verweildauer* besteht übrigens das Problem, dass bereits in der Ausbildung viele aufgeben: So brachen laut einer Befragung in Nordrhein-Westfalen schon 28% (in der Altenpflege) und 30% (in der Krankenpflege) ihre *Ausbildung* ab oder traten nach der Ausbildung nicht in die Berufstätigkeit ein (Bräutigam et al. 1997).

Laut der Verlaufsstudie, von Becker/Meifort (1998: 255) verblieben fünf Jahre später sogar nur ca. 20% der befragten Absolventinnen im Beruf der Altenpflege. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass hier unter den als ‚Aussteiger‘ Bezeichneten die Gruppe der Jüngeren zwischen 20 und dreißig Jahren stark dominierte und dass darunter ein erheblicher Anteil wegen Schwangerschaften, d.h. unter Umständen nur vorübergehend, aus dem Beruf ‚ausschied‘ (Becker/Meifort 1998: 256). Deshalb müssten hier weitergehende Untersuchungen ansetzen. Bestätigt werden solche Überlegungen durch eine Befragung schweizerischer Krankenschwestern, bei denen das Examen im Durchschnitt 20 Jahre zurück lag, und von denen nur ein Drittel der Befragten *permanent* im Beruf verblieben war. Alle anderen befragten Pflegekräfte hatten ein bis mehrmals ihre Berufstätigkeit unterbrochen und mehr als zwei Drittel der Unterbrechungen fanden in den ersten Berufsjahren statt (Baillod/Schär 1992: 186). Ähnliche Ergebnisse werden auch aus Deutschland berichtet (vgl. m.w.N. Rohleder/Krämer 1998: 38). Ferner sollten Angabe von ‚Ausstiegsplänen‘ und darauf basierende Schlüsse (vgl. Becker/Meifort 1998: 265 ff.) ebenso vorsichtig bewertet werden und dahingehende differenziertere Untersuchungen scheinen auch hier angezeigt, denn – trotz eines gewissen statistisch signifikanten Zusammenhangs zwischen Plänen und tatsächlichem Ausstieg (vgl. Doyle/Dudgeon 1999: 244) – führt nicht jeder in einer Befragung geäußerte Wunsch auch zur Aufgabe des Berufs.

Eine weitere dahingehende Unsicherheit gilt um so mehr als infolge der Einführung der Pflegeversicherung in den letzten fünf Jahren einerseits in der ambulanten Pflege eine große Marktdynamik und andererseits grundlegende Reformen – auch gegen den Widerstand von Wohlfahrts- und Berufsverbänden – in Gang kamen, so dass sowohl Verlauf als auch dahingehende Ursachenbeschreibungen des Berufsausstiegs vor diesem Hintergrund neuerlich und eingehender betrachtet werden sollten. Insbesondere können Unmutsbekundungen und Pläne der Berufsaufgabe aufgrund der durch das Pflege-VG ausgelösten Umbrüche und Veränderungen erst über einen längeren Zeitraum, sozusagen nach einer Bewältigung von Einführungs- und Anlaufproblemen, differenziert untersucht werden. Vor diesem Hintergrund müsste z.B. die bei Becker / Meifort (1998: 250) erfolgte Benennung eines Hauptgrundes für einen Berufsausstieg („nach Einführung des Pflege-VG ist kein inhaltliches Arbeiten mehr möglich“) näher analysiert werden. Ebenso gilt dieses für den in diesem Zusammenhang gerade in den Jahren nach der Einführung der Pflegeversicherung stark thematisierten Zeitmangel, der wiederum auch in Zusammenhang mit intervenierenden Variablen wie Arbeitsklima, Führung und Arbeitsorganisation untersucht werden müsste.

Im übrigen nennen die befragten Altenpflegerinnen, die nur zu 11% in der ambulanten Pflege arbeiteten, im Falle einer Wahlmöglichkeit zu 40% den Wunschbereich der ambulanten Pflege. So wollen 40% der Altenpflegerinnen in Altenheimen und 34% in Pflegeheimen in die ambulante Pflege wechseln, Beschäftigte der ambulanten Pflege wollen dagegen zu 83% in ihrem Arbeitsfeld verbleiben und nennen den Wunschbereich ‚ambulante Pflege‘ (Becker / Meifort 1997: 283-285).

2.3.4.4 Arbeitsbelastung und Ausbildung

Die ungeachtet dieser Überlegungen zweifellos bestehende hohe Arbeitsbelastung, welche alleine aus der Pflege Tätigkeit selbst, d.h. unabhängig von jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen, folgt, stellt schließlich eine Herausforderung für die *Qualifizierung* der Pflegekräfte und die Pflegeforschung dar. Sowohl dem Stand als auch der Entwicklung der Profession, der Ausbildung, Weiterbildung und auch der Pflegeforschung werden allerdings in Deutschland regelmäßig keine guten Zeugnisse ausgestellt, welche international gesehen generell eher als rückständig

und regional sowie von Institution zu Institution sehr unterschiedlich dargestellt werden:¹³⁴ „Das Berufsfeld Pflege zeichnet sich .. nach wie vor durch unterschiedlichste Berufsbilder, Ausbildungsgänge und Qualifikationsniveaus aus, was bei vielen Diensten und Einrichtungen als ein deutliches Hemmnis im Hinblick auf die Implementation von Qualitätssicherung zu werten ist (Kühnert/Schnabel 1996: 412). Die bereits mehrfach zitierte groß angelegte Befragung von Absolventinnen der Altenpflege ergibt ein eher skeptisches Bild ihrer Ausbildung: Danach fand sich ein großer Teil der Absolventinnen nicht hinreichend für ihren Beruf vorbereitet; kritisch ist auch zu sehen, dass insbesondere in wichtigen Bereichen wie der Gerontopsychiatrie, Gerontologie, Geriatrie, Prävention, Rehabilitation große Weiterbildungsbedarfe signalisiert wurden (Becker/Meifort 1997: 253 ff.).¹³⁵

Eine Herausforderung für die Ausbildung stellt auch die Motivation von Pflegekräften bei der Berufswahl dar, bei der Idealismus und Aspekte wie „Interesse an Menschen“, „soziales Engagement“, „Verlangen, gebraucht zu werden“, „Helfen“ eine prominente Rolle spielen (Becker/Meifort 1997). Werden solche Vorstellungen unter als restriktiv erlebten Arbeits- und Rahmenbedingungen enttäuscht, entstehen Frustrationen und das Belastungserleben steigt. Die Diskrepanz zwischen Motiven der Berufswahl und erlebter Anforderung trägt wiederum zur Berufsaufgabe bei, so dass als Aufgabe der Aus- und Weiterbildung auch eine Vermittlungsaufgabe zwischen Wunsch und Wirklichkeit zukommt. Insofern führt der Paradigmenwechsel des Pflege-VG vom Bedarfs- zum Budgetprinzip und die stärkere Akzentuierung der Ökonomie in der Pflege ungeachtet der damit bewirkten enormen Kapazitätsausweitungen (ungefähre Verdopplung öffentlicher Budgets) und sozialen Verbesserungen (vgl. Rothgang 1997) auf verständliche Friktionen und zu verstärktem Bedarf an Qualifizierung (vgl. Kühnert 1999). Das in einigen Untersuchungen dokumentierte Belastungserleben durch Tod und Sterben sowie durch Verhaltensbesonderheiten Demenzkranker zeuge schließlich ebenfalls von wahrgenommenen Kompetenz- und Leistungsdefiziten und sei auf Ausbildungsmängel, auf das Alleinbleiben der Pflegenden mit beruflich verursachten emotionalen Problemen zurückzuführen, auf deren Bewältigungsmöglichkeiten die Berufsausbildung eben nicht ausreichend vorbereite (Neumann 1999: 291).¹³⁶

¹³⁴ Vgl.: Strümpel/Zank 1994; Flügel 1996; Kühnert/Schnabel 1996; Entzian/Klie 1996; Adolph/Görres 1997; Kühnert/Gaßmann 1997; Görres/Friesacher 1998; Fenichel 1999; Kühnert 1999; Schnabel/Schönberg 1998.

¹³⁵ Vgl. dazu auch: Reschl-Rühling 1999.

¹³⁶ Den Erfolg von Fortbildungsmaßnahmen zeigen z.B. Zank/Maier 1999, welche die traditionelle mangelnde Berücksichtigung der Förderung von Selbständigkeit von Pflegebedürftigen durch Altenpflegekräfte aufgrund übertriebener Fürsorge überwinden helfen. Vgl. dazu auch den Ansatz der Burnout-Prophylaxe durch Balintgruppen,

Vor allem in der ambulanten Pflege klagen, so Kuhlmei (1999: 307), die Mitarbeiterinnen entsprechend über die Kluft zwischen den neuen und umfangreichen Pflegeaufgaben und der alten Ausbildung. Werden ambulant Pflegende gefragt, was sie an ihrer beruflichen Situation als frustrierend erleben, dann rangiert die Ausbildungsqualifikation ganz oben. Fast die Hälfte der in einer Studie befragten Pflegekräfte halten diese für nicht ausreichend. Defizite werden in bezug auf Gesprächsführung, Umgang mit Patienten und Angehörigen, Beratung, Konfliktlösung, Gerontopsychiatrie, Umgang mit Sterbenden sowie bei Wissen über Krankheiten oder Rechtsfragen genannt; gleichzeitig bejaht allerdings nur ein Drittel der Befragten eine Weiterbildung absolviert zu haben (Kuhlmei 1999: 308), wobei wiederum in Umfragen Pflegerinnen fehlende Fortbildungsmöglichkeiten als ein Motiv ihrer Berufsunzufriedenheit nennen (Neumann 1999: 292).

welche die Bearbeitung von Beziehungskonflikten und Belastungssituationen sowie Unsicherheiten im Umgang mit alten Menschen verbessern helfen (Kempe/Lindner 1999). Vgl. auch: Muthny/Bermejo 1999, welche ebenso die Fortbildung im Umgang mit Pflegebedürftigen, Konfliktbewältigung und den Bedarf an Supervision unterstreichen.

3 Ergebnisse der Expertenbefragungen

Die explorativ angelegten Expertenbefragungen zielten darauf ab, Mängel, Mißstände und Beschwerden über ambulante Pflegedienste in Form eines Mängelkatalogs zu erfassen. Zudem sollte eine Einschätzung der Reichweite bestehender Regelungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Qualitätssicherung gewonnen werden. Im folgenden werden zunächst die Ergebnisse der einzelnen Bereiche in der bei der Befragung verwandten Reihenfolge dargestellt. Diese werden nach der Darstellung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung auch mit Erkenntnissen aus der Literaturstudie konfrontiert, um abschließend eine übergreifende zusammenfassende Analyse anzustellen. Betont werden soll an dieser Stelle nochmals, dass die hier präsentierten Befunde zwar nicht als repräsentativ gelten können, jedoch sollten die wesentlichen *Mängelbereiche* durch die Antworten der befragten ‚Multiplikatoren‘ gleichwohl zuverlässig abgebildet werden, womit auch eine Grundlage für weitere standardisierte Erhebungen gelegt wird.

3.1 Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen

Weitgehend übereinstimmend wird in den durchgeführten Befragungen zunächst oft der Hinweis vorausgeschickt, dass die Verhältnisse hinsichtlich der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen sehr *heterogen* seien, wie z.B. durch einen Vertreter des MDK:

„Nach unserer Erfahrung ist auch bei der Beratung vor Ort die Information über diesen Bereich stark abhängig von dem Nachfragenden auf der einen Seite und dem Anbieter auf der anderen Seite. Es gibt Anbieter, die eine sehr gute und umfassende Beratung anbieten mit allem, was dazu gehört, sprich Kostenvoranschlag oder auch in rechtlichen Zusammenhängen. Auf der anderen Seite gibt es Pflegebedürftige, die selbst nach Abschluss eines Vertrages nicht wissen, ob Kosten auf sie zukommen oder ob es möglicherweise von Dritten, wie der Pflegeversicherung, übernommen wird. Da gibt es relativ häufig Differenzen. Was rechtliche Aspekte angeht, ist es ähnlich. Es ist anbieter- und nachfrageabhängig.“

In einigen Fällen wurde auch betont, dass die Befragten keinen vollständigen Überblick über alle Beratungsangebote und die Durchführung der jeweiligen Beratungen hätten. Ungeachtet dieser Einschränkung wird aber durchgehend bejaht, dass *regelmäßig* Mängel in der Beratung und Information der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und Angehörigen erfahren worden seien und es werden jeweils zahlreiche einzelne Mängel oder konkrete Fälle geschildert. Im folgenden

werden die Befragungen thematisch ausgewertet, wobei exemplarische und typische Äußerungen zitiert werden.¹

3.1.1 ‚Im Dickicht des Pflegemarktes‘

Ein kompletter Ausfall der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen wird in den hierzu durchgeführten Befragungen zwar eher selten reklamiert. Im einzelnen werden jedoch durchgängig zahlreiche Mängel hinsichtlich der Herstellung ausreichender Transparenz des Leistungsangebotes ambulanter Pflege benannt. Generell wird beklagt, dass die vielfältigen Angebote und Leistungen der verschiedenen Organisationen für die Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht unbedingt transparent seien. Als Rahmenbedingung muss hier bedacht werden, dass der vom Pflege-VG intendierte Pflegemarkt im Idealfall eine möglichst *vollständige* Information für dessen Funktionieren unbedingt erfordert. Gerade dieses scheint jedoch kaum gewährleistet und Mängel in der dahingehend durchgeführten Beratung können offenbar nicht ausgeschlossen werden. So ist nach den Befragungen davon auszugehen, dass insbesondere Klienten, die plötzlich vom Pflegefall betroffen sind, oft nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen, wie eine Vertreterin einer kommunalen Beratungseinrichtung einräumt:

„Die Schwierigkeit ist, dass viele nicht wissen, an wen sie sich wenden können, wie sie an einen Dienst heran kommen. Das ist das Entscheidende dabei. Im klinischen Bereich gibt es Sozialarbeiter, die Pflegedienste vermitteln können, aber sonst...“

Gleichwohl stellt das pure Auffinden eines Dienstes nach den durchgeführten Interviews zu urteilen wohl nicht das eigentliche Hauptproblem dar, weniger wird eben der komplette Ausfall der Beratung als vielmehr die ungenügend durchgeführte Beratung selbst gerügt. Ein Vertreter einer Pflegekasse gibt folgende Gesamteinschätzung:

„Mängel in der Beratung sind des öfteren festgestellt worden. Manche Pflegedienste beraten die Leute *gar nicht* über Leistungskomplexe, Leistungsgestaltung, Möglichkeiten des Einkaufs von Leistungen. [...] Ja, in der Beratung gibt es viele Mängel.“

¹ Im folgenden wird auf Streuungen und regionale Aspekte oder Unterschiede zwischen den Positionen der Akteursgruppen in den Ergebnissen nur eingegangen, soweit diese zu verzeichnen waren. Fehlen also dahingehende Ausführungen, dann weil in den Nennungen eine weitgehende Übereinstimmung ohne regionale Unterschiede auftrat.

Als Akteure werden im Zusammenhang mit mangelnder Beratung primär die *Pflegedienste* benannt.² erinnert sei an dieser Stelle an die oben genannten Befragungsergebnisse, wonach sich zwei Drittel der Mitarbeiter von Pflegediensten in Fragen der Beratung überfordert fühlten (vgl. Bandemer et al. 1999). Etwas weniger häufig werden Mängel bei den Pflegekassen, noch seltener bei den Hausärzten und den Krankenhäusern benannt. Allerdings sind diese Aussagen zu Häufigkeiten angesichts des kleinen und nicht repräsentativen Samples nur eingeschränkt zuverlässig. Ein Vertreter des MDK sieht auch bei anderen beteiligten Akteuren unzureichende Beratungsangebote, selbst bei den organisatorisch nahestehenden Pflegekassen. Die eigene, nicht zu unterschätzende Rolle hinsichtlich der Beratung wird jedoch von diesem ebenso wenig thematisiert – und also offenbar nicht wahrgenommen – wie im übrigen auch von den anderen Experten. Ebenso wenig wurden die Kommunalverwaltung oder die Verbraucherzentralen und Selbsthilfegruppen als Kandidaten für Beratungsaufgaben und -mängel genannt:

„Mängel hinsichtlich der Information und Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen gibt es in vielfacher Form. Zum Beispiel ist im Krankenhaus die Beratung sehr unterschiedlich. Das ist zum Teil abhängig von den Sozialarbeitern, die in den einzelnen Krankenhäusern arbeiten. Das Angebot insgesamt ist noch sehr dürrig, sei es von den Pflegekassen, sei es von den Krankenhäusern und Anbietern. Es gibt von vielen Anbietern, ich sage es mal salopp, Werbeprospekte. Fragen von nicht unerheblicher Bedeutung wie zum Beispiel Preise o.ä. sind dort selten genannt. Fragen zum Recht werden eigentlich gar nicht aufgegriffen.“

Auffällig ist die von den befragten Experten überwiegend kritische Bewertung des Einflusses *ökonomischer* Interessen auf die Beratungsleistung der Pflegedienste, was bei der Äußerung einer Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle recht deutlich zum Ausdruck kommt:

„Ich denke, da gibt es schon Mängel bei der Beratung. Ich habe das Gefühl, es wird immer nur noch in Geld gerechnet. Das Menschliche ist da ein bisschen auf der Strecke geblieben. Ich weiß nicht, ob das wirklich alles so eng berechnet ist, wie die immer sagen...“

Von den meisten Befragten wird einerseits die wichtige Funktion der Information durch die Pflegedienste hervorgehoben, deren Beratung wird jedoch, mit einer eher kritischen Konnotation, häufig primär unter „*Werbung*“ subsumiert, wie z.B. von einem Experten einer Kommunalverwaltung:

„Die Pflegedienste sind ja sehr aktiv, was die Werbung ihrer Fälle angeht.“

² Die folgenden Äußerungen müssen zusammen mit der unten darzustellenden diesbezüglichen Einschätzung der Mitarbeiter von Pflegediensten gesehen werden. Um eine zuverlässige Gesamteinschätzung zu erhalten, müssten zudem zusätzlich die Klienten selbst repräsentativ dazu befragt werden.

Ob dabei die für die Pflegebedürftigen wichtigen Informationen auch immer übermittelt werden, wird zumindest angezweifelt. Eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle moniert, dass sie selbst kaum die Darstellungen von Leistungen und Preisen von Pflegediensten durchschaue, und sie leitet daraus die Forderung einer *formalen Verpflichtung* zu mehr Transparenz ab:

„Das ist für uns auch teilweise nicht mehr zu durchschauen, wie sich was zusammensetzt. Da wird 750 DM bezahlt, aber was bekommt der Patient jetzt dafür? Das müsste verpflichtend sein, dass die Leistungen klar sind und auch was den hauswirtschaftlichen Bereich anbetrifft. [...] Sie können letztlich nicht nachvollziehen, ob vernünftig informiert worden ist. Es gibt kein Merkblatt, es gibt keine schriftliche Vertragsfixierung. Weder die alten Leute noch der Dienst können nachvollziehen, was sie vereinbart haben. Das führt im Einzelfall zu der obskuren Situation, dass der Pflegedienst eine Rechnung stellt und der Betroffene hinten über fällt, weil ihm das nicht bewusst war. Der Betroffene wusste nicht, dass jeder Extrawunsch eine kostenpflichtige Leistung ist. Der Pflegedienst hat ihn nicht darüber informiert und war sich selbst auch nicht darüber im klaren, was das bedeutet, wenn sie auf Wunsch mal eben das und das noch zusätzlich machen. Das kommt daher, weil im Vorfeld eine vernünftige standardisierte Aufklärung nicht stattfindet und der Leistungsumfang nicht schriftlich fixiert wird.“

Ein Vertreter von Pflegekassen formuliert auf die Nachfrage, wo denn im einzelnen die häufigsten und gravierendsten Mängel bei der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu verzeichnen seien, ebenso die fehlende Transparenz von Kosten und Leistungen:

„In der Aufklärung, z.B. was auf den Patienten zukommt an Kosten, was die Kassen leisten. Unser Bewilligungsbescheid ist zwar sehr verständlich, aber die Dienste sollen die Leute auch beraten über die Gestaltung. Wenn ich mir eine andere Dienstleistung kaufe, bekomme ich auch alles was es gibt aufgezeigt. Die Erstbesuche mit Beratung sind sehr dürftig.“

In ähnlicher Art und Weise sieht eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle, der verschiedene Selbsthilfegruppen angegliedert sind, Mängel bei der Aufklärung der Klienten durch die Pflegedienste:

„Ich denke auch in der Erstberatung besteht für meine Begriffe ein Mangel. Die Erwartungshaltung ist enorm hoch. [...] Nur wenn der Pflegedienst dann kommt, der müsste ja wirklich anhand der Dinge, die er leisten soll, sagen können, was das kostet und was die Pflegekasse dabei wahrscheinlich übernehmen wird und was unter dem Strich dabei übrig bleibt. Das fehlt und führt zu Enttäuschungen. Es heißt dann, die waren nur 20 Minuten da und ausgegangen wurde von ca. 1 Stunde.“

Darüber hinaus wird die mangelnde Unterstützung beim Antragsgeschehen von seiten der Pflegedienste durch einen Vertreter des MDK betont:

„Da ist die Qualität deutlich unterschiedlich. Es gibt Pflegedienste, die berufen sich auf die nicht bestehende Aufklärungspflicht. Sie hätten zwar einen Beratungsaspekt, aber den würden sie nur so nutzen, wie sie es können oder müssen.“

Ein weiteres Problem kann die Transparenz der Beratung beeinträchtigen, die Veränderung des Pflegebedarfs im Zeitablauf, worüber laut der Aussage einer Leiterin einer Angehörigenberatung und Selbsthilfegruppe die Klienten nicht ausreichend vorbereitet seien:

„Es kommt auch oft genug vor, dass ein Vertrag abgeschlossen wurde, der Pflegebedarf sich nach zwei Monaten doch erhöht und dann kein Geld mehr übrig ist [...] vorher war an eine Kombinationspflege gedacht worden [...] aber die Angehörigen sind nicht richtig über den Ablauf und das prozentuale Abrechnungsverfahren informiert.“

Neben der Beratung durch die Pflegedienste wird wie gesagt auch die der *Pflegekassen* in den durchgeführten Expertenbefragungen häufig als unzureichend eingeschätzt. Die Befragten einer kommunalen Beratungsstellen weisen darauf hin, dass ihre Klienten auch *nach* einer erfolgten Beratung durch die Pflegekassen große Informationsdefizite aufwiesen:

„Die Kassen informieren ja auch sehr mager, meiner Meinung nach[...] Die haben ja eigentlich den Auftrag, darüber ihre Mitglieder ausführlich zu informieren und zu beraten. Das wird zu einem Großteil dann durch die Kollegen im Sozialdienst ‚Ältere Menschen‘ geleistet, z.B. wie das ganze System funktioniert, über Inhalte des Pflegeversicherungsgesetzes, wie stelle ich Anträge etc. Das wissen die Leute in der Regel nicht, obwohl sie schon einmal bei der Pflegekasse waren.“

Zum Teil werden diese Mängel von den Vertretern einer kommunalen Beratungsstelle auf organisatorische Gegebenheiten zurückgeführt. So fehlten kleineren Kassen aufgrund geringer Fallzahlen der Überblick und notgedrungenen Erfahrungen sowie Kompetenzen, allerdings werden auch den mit spezialisierten Beratungsstrukturen versehenen Pflegekassen keine gute Performance attestiert:

„Bei den Pflegekassen ist das Problem, dass es mehrere kleinere Kassen gibt, die so wenig Mitglieder haben, die pflegeversicherungsmäßig erfasst werden, so dass sie keine Kompetenz in der Beratung entwickeln können. Die größeren haben zwar eine eigene Abteilung, aber die Informationen, die herausgegeben werden, sind qualitativ sehr zweifelhaft.“

Gleichzeitig wird jedoch von diesen Akteuren betont, dass auch die eigenen, kommunalen Beratungsangebote nicht immer vollständig und aktuell seien, wobei jedoch offen bleibt, in welchem Maße dies auf mangelnde Transparenz von seiten der Pflegekassen, die Veränderungen im Pflegemarkt oder eigene Insuffizienz zurückzuführen ist.

„Selbst die Liste, die wir herausgeben über die vorhandenen Pflegedienste, selbst die Liste ist nie auf dem neusten Stand, ist schlecht gestaltet, für Betroffenen völlig undurchsichtig. Das, was die (die Pflegekassen, Anm. d. Verf., G.R.) an Informationsauftrag haben, wird nicht in Ansätzen erfüllt. Manchmal müssen wir den Leuten die Fragen nennen, die sie bei der Pflegekasse stellen sollen, um die Information zu bekommen, die sie brauchen.“

Eine wesentliche Voraussetzung der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen stellt die Herausgabe von *Übersichten* von Preisen und Leistungen der Pflegedienste dar. Dieses ist zu-
vorderst eine – *gesetzlich* vorgeschriebene – Aufgabe der Pflegekassen. Zwar werden die Vergü-
tungen häufig in Kollektivverhandlungen in den Bundesländern relativ einheitlich – allerdings in
der Regel zumindest nach Verbänden gestaffelt – festgelegt, jedoch erfolgt nach dem Bericht der
Bundesregierung immer häufiger eine Festlegung von Preisen auch in Einzelverhandlungen. In-
sofern ist die Darstellung unterschiedlicher Preise und Leistungen – insbesondere auch in nicht
öffentlich finanzierten Leistungsbereichen – als Kernelement und Minimalvoraussetzung für
Markttransparenz und deshalb als unabdingbare Beratungsleistung zu betrachten.

Allerdings legen die hier durchgeführten Expertengespräche – und auch andere dazu vorliegende
empirische Befunde – nahe, dass eine vollständige oder gar nur annähernd zureichende Informa-
tion über Preise und Leistungen der ambulanten Pflegedienste offenbar nur selten realisiert wird.
Eine Mitarbeiterin einer Beratungseinrichtung (mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen) äußert
sich zur Information über Preise und Leistungen von Pflegediensten folgendermaßen:

„Das wissen die (gemeint sind die Pflegebedürftigen und Angehörigen, Anm. d. Verf., G.R.) eigentlich über-
haupt nicht. Die Frage ist auch, was zahlt die Pflegeversicherung und was nicht. Das kommt aber immer auf
den Einzelnen an. Ein Teil ist sehr potent und informiert sich direkt bei der Kasse. Der größere Teil hat davon
zunächst einmal keine Ahnung und hat Angst, alles allein zahlen zu müssen. Deshalb lassen sie von Profis
lieber direkt die Finger weg.“

Und konkret antwortet die Genannte zur Frage nach der Herausgabe von Preis- und Leistungs-
übersichten:

„Ich wüsste nicht, dass das passiert.“

Auch in den anderen Regionen wird die Existenz von Preis- und Leistungsübersichten fast durch-
weg verneint. So äußert sich eine Vertreterin einer Beratungsstelle (mit angeschlossener Selbst-
hilfegruppen)

„Das ist ein heikles Kapitel. Ich denke, das ist schon ein Stück besser geworden. Vergleiche werden eigent-
lich weder von den Angehörigen eingeholt, weil sie oft nicht daran denken, noch wird es von der anderen
Seite angeboten. Oft kommen Angehörige mit einem Zettel zu uns und fragen, was dort eigentlich steht? Oft
stehen sind im Vertrag dann Leistungen vereinbart, die sie nicht haben wollten oder sie wollten eigentlich ein
bisschen Geld haben und müssen jetzt doch zuzahlen.“

Mitglieder einer kommunalen Seniorenvertretung bemängeln, dass Preis- und Leistungsübersich-
ten nicht vorlägen und entsprechend von ihnen auf Nachfrage auch nicht verteilt werden könnten.

Bedenklich erscheint die Äußerung, dass die Erstellung solcher Übersichten und die Proklamation anderer Qualitätsmerkmale durch die Seniorenvertretung am politischen Willen und Verbandsinteressen scheiterte:

„Wenn Anrufe bei uns ankommen, dann können wir im einzelnen nie sagen wie teuer die Dienste sind oder was die machen, dieses Verzeichnis haben wir nicht. Es gibt keines, wir haben immer wieder gewünscht, so etwas wie so ein Hotelverzeichnis zu haben. [...] Wir haben da ja mal angefangen und wollten mit der Verbraucherzentrale zusammen etwas aufstellen, aber leider hat die Politik das so nicht gewollt, aus Kostengründen.“

Und weiter führen Mitglieder der Seniorenvertretung aus:

„Es gibt von der Verbraucherzentrale Unterlagen, worauf sie ganz genau achten sollen (gemeint sind die Pflegebedürftigen bei der Auswahl der Pflegedienste, Anm. d. Verf., G.R.). Sie sind aber auch nicht so bekannt wie sie sein sollten. Da müssten wir eigentlich für sorgen, dass das mehr bekannt wird, dass man sagt, diese oder diese Dienste haben das Qualitätssiegel, da kann man sich ruhig daran wenden und die anderen [...] Aber im Augenblick dürfen wir das noch nicht bekannt machen, weil diese Verbände sich dagegen wehren. Es ist jedem anheim gestellt selbst sich qualifizieren zu lassen oder nicht.“

Ein Vertreter der Pflegekassen verweist auf die Frage nach Preis- und Leistungsvergleichen – sehr aufschlussreich – einerseits auf „einheitliche“ Preise, andererseits auf „Unterschiede“ ja nach Verband und Vertrag. Schließlich würde aber „auf Nachfrage“ auch über einzelne Preise und Preisgestaltung beraten:

„Die Preise stehen fest auf Landesebene für die gewissen Leistungskomplexe, z.B. für die große und kleine Toilette, Lagern, Betten[...] Nachfrage: Sind die einheitlich? Teilnehmer: In ...(Region, Anm. d. Verf., G.R.) sind die einheitlich. Es gibt nur einen Punktwert, der festgelegt ist, also ein Multiplikator 6,0, 6,3 oder 6,5, den der Pflegedienst sich wählen kann, je nach dem in welchem *Verband* der ist und wie die *Verträge* abgeschlossen sind. So werden die Preise festgelegt und die Versicherten oder Angehörigen werden von uns *auf Nachfrage* auch über einzelne Preise und Preisgestaltung beraten.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Schließlich werden auch die Beratungen durch die Hausärzte von einigen befragten Experten eher kritisch gesehen, wobei hier von seiten einer Beratungsstelle sowie von einer Selbsthilfegruppe darauf verwiesen wird, dass gerade bei der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen durch die Hausärzte sehr große Unterschiede in Wissen und Engagement sowie der Fähigkeit zur Informationsweitergabe bestünden. Die folgende recht drastische Einschätzung von seiten einer Beratungsstelle zur Beratungsleistung von Hausärzten muss insofern mit Vorsicht bedacht werden:

„Es ist richtig, dass Hausärzte als potentiell interessanter Informationsgeber in diesem ganzen Bereich atemberaubend ahnungslos sind. Es gibt nur wenige Ausnahmen. Viele wissen nicht einmal die elementaren Grunddinge, die man wissen sollte. Zu einem großen Teil wissen die Hausärzte noch nicht einmal, dass es

so etwas wie einen Sozialdienst ‚Ältere Menschen‘ gibt und vermitteln ziemlich blind irgendwo hin. Hausärzte sind ein großes Problem, obwohl sie eigentlich eine hohe Bedeutung für die Betroffenen haben.“

3.1.2 ‚Bürokratische Eigenlogik oder Mängel im System‘

Neben der Schilderung konkreter Mängel hinsichtlich der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen gibt es Antworten, welche eher grundlegende oder *systematische* Defizite benennen. So äußert ein Vertreter einer Kommunalverwaltung Zweifel, ob die Beratung grundsätzlich funktioniere:

„Vom *System* her ist es nicht sichergestellt, dass die Informationen so fließen, wie sie fließen sollen. Es kann ohne weiteres sein, dass Patienten ganz wenig wissen und dass sie Dinge unterschreiben, über die sie unzureichend informiert sind. [...] Die Pflegekassen machen nicht viel. Da besteht eine *Komm-Struktur*. Das ist nicht entwickelt.“ (Hervorhebung, d. Verf., G.R.)

Bestätigt wird diese Einschätzung indirekt erneut durch das Statement eines Vertreters einer Pflegekasse:

„Sie können alle möglichen Informationen anbieten. Die Frage ist letztendlich inwiefern sie in Anspruch genommen werden. Wir geben alles mögliche heraus und halten alles mögliche vor, ob es Broschüren sind o.ä. Letztendlich wird die Information benötigt, *wenn* die Versicherten *kommen* und das Problem sie betrifft. Ich bin der Meinung, da kann es wenig Mängel geben.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Ein weiteres Problem der rechtlichen und bürokratischen Differenzierung stellt die damit verbundene Komplexität dar, so müssen unterschiedliche Anträge, Formulare oder Abrechnungssysteme erst einmal verstanden werden, bevor Leistungen in Anspruch genommen werden können, was gerade ältere Menschen oft überfordern dürfte. Auch dieser Umstand ist ein systembedingtes Hindernis und eine Anforderung für Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. So berichtet eine Leiterin einer Angehörigenberatungsstelle folgendes:

„Die Angehörigen erleben es als Unterstützung, wenn die ambulanten Dienste den Antrag bei der Pflegeversicherung stellen. Sie wissen jedoch dann nicht mehr genau, was abläuft und was das bedeutet. Sie empfinden auch die mangelnde Transparenz über die Abrechnung mit der Pflegekasse als nicht hilfreich. Die Pflegedienste machend das ja auch unterschiedlich. Sie haben unterschiedliche Formulare. Die Angehörigen wissen zwar meist, dass es ein Punktesystem gibt, aber sie wissen nicht, wie es sich zusammensetzt, welcher Punkt wie viel zählt, was große und kleine Morgentoilette heißt etc. Sie werden darüber wenig aufgeklärt.“

Auf eine weitere Folge der bürokratischen und rechtlichen *Differenzierung* weist die Bemerkung eines Vertreters einer kommunalen Beratungsstelle, der die Problematik betont, dass keine *umfassenden*, sondern jeweils nur *Teilinformationen* zu erhalten seien.

„Es wird schon deutlich, dass durch die vielschichtige Finanzierung in der Pflege über Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger und teilweise auch andere Stellen, die Betroffenen Schwierigkeiten haben, in Finanzierungsfragen einen kompetenten Ansprechpartner zu finden, der *umfassend* sagen kann, was insgesamt passiert. Es gibt immer nur *Teilinformationen*. Die Pflegekasse schafft es mit Glück, alles zur Pflegeversicherung zu sagen. Wir sagen dann in der Regel die ergänzenden Sachen zum Bezug von Sozialhilfe, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Hilfe zur Pflege, wobei dann noch andere Stellen eine Rolle spielen, wie Beihilfestellen, Kriegsopferfürsorge und Hauptfürsorgestelle usw.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Zwar werde einerseits, wie von einem Vertreter einer öffentlichen Verwaltung in einer Untersuchungsregion geäußert wurde, bei der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen schon „eine ganze Menge getan“. So zählt dieser eine Reihe von Maßnahmen auf, die von der eigenen Organisation durchgeführt würden, wie der an ‚Zielgruppen‘ orientierte regionale Sozialdienst, der 6.500 Personen pro Jahr berate, sogenannte ‚Dienstleistungszentren‘, welche für 7.000 ältere Menschen „bürgernah“ arbeiteten, über Informationsschriften, die gedruckt oder im Internet bereitgestellt würden, bis zur Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus. Trotz dieser vielfältigen Beratung unterschiedlicher Organisationen, so das Fazit eines Mitarbeiters einer in derselben Region angesiedelten kommunalen Beratungsstelle, bleibe vieles jedoch dem *Zufall* überlassen, weil eine *zentrale* und koordinierende Stelle für die Beratung nicht bekannt sei:

„Wir haben oft im konkreten Fall, immer dann, wenn ein hoher Pflegebedarf auch ganz *plötzlich* eintritt, ein großes Informationsdefizit bei den Betroffenen. [...] Wenn Menschen von Pflege betroffen sind und das passiert ja oft ganz plötzlich, dann wissen sie meist nicht, an wen sie sich wenden können, um Informationen zu bekommen. Das ist alles mehr dem *Zufall* überlassen, an wen sich die Leute wenden. *Es ist nicht gesteuert*. Sie landen in den wenigsten Fällen bei der Pflegekasse, sondern bei irgendwelchen Wohlfahrtsverbänden, weil sie denken, das würde zusammenhängen. Teilweise rufen sie bei uns im Amt an, weil sie so etwas schon einmal gehört haben. Sie gehen meist mit einem Nullstand an Informationen an die Sache heran. Es herrscht diesbezüglich eine große Hilflosigkeit. [...] Bei den Menschen müsste eigentlich eine zentrale Anlaufstelle im Kopf sein.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Eine Folge rechtlicher und bürokratischer Differenzierung kann somit überspitzt gesagt sein, dass Betroffene im ‚Dickicht der Bürokratie‘ oder von ‚Pontius zu Pilatus‘ umherirren, ohne dass sie in der gebotenen Schnelle alle nötigen Informationen und Leistungen erhalten:

„Wenn jemand kommt, der stark unter Druck steht, weil er von der plötzlich eingetretenen Pflege betroffen ist und es geht darum, innerhalb kurzer Zeit eine Pflege zu organisieren und auch die Finanzen dazu zu klären, das ist den Pflegekassen teilweise gar nicht möglich. Das liegt daran, dass sie erst einmal ein Gutachten vom MDK haben wollen. Das ganze dauert dann vier Wochen. So lange kann ein Pflegebedürftiger oder der

Angehörige nicht warten, bis die Pflege dann endlich einsetzt. Die Pflegekassen sagen dann den Betroffenen sehr schnell, sie sollen zum Sozialhilfeträger gehen und der soll das vorleisten. So gibt es dann ein *Kompetenzgerangel*. Der Leidtragende ist letztlich der Pflegebedürftige. Also das sich verantwortlich Fühlen für Notfälle, das erlebe ich bei den Pflegekassen überhaupt nicht.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Infolgedessen wird von einer Vertreterin einer Verbraucherzentrale die mangelnde *gesetzliche* Regelung der Beratung als ein grundsätzlicher Mangel benannt:

„Wir haben ja auch im Landesgesetz [...] eben nichts zur Beratung drin. In vielen anderen Ländern ist das auch so. Wir machen gerade eine Erhebung, in welchen landesrechtlichen Regelungen überhaupt etwas dazu drin steht. Das ist ein bisschen dünn. Bei uns ist es eben auch so. Letztendlich macht nur die Kasse eine Pflegeberatung. Die Pflegedienste werden auch etwas dazu machen. Direkt im Gesetz verankert oder wo man sagen könnte, die müssen es machen, haben wir nicht. Wie schon gesagt, bei uns ist nichts im Gesetz verankert und das ist schon ein Schwachpunkt.“

Eine Grundvoraussetzung für eine professionelle Beratung von Pflegebedürftigen stellt aber – unabhängig von der rechtlichen Regelungen – dar, dass Beratungsstellen breit bekannt und bei Bedarf umfassend und immer leicht erreichbar sind, auch in Notfällen. Dafür ist jedoch die Vorhaltung entsprechender umfangreicher Angebote und *flexibler* Infrastruktur (Personal etc.), d.h. der politische Wille, entsprechende finanzielle Mittel und eine große Umweltoffenheit nötig, vielleicht sogar, ohne dass die Kapazitäten immer ausgelastet sind.³ Dass selbst bei offiziell vorhandenen Beratungsstellen nicht notwendigerweise auch tatsächlich immer bei Bedarf eine Leistung abrufbar ist, verdeutlicht folgendes Statement aus den Erfahrungen einer ‚ad hoc‘ durchgeführten Ermittlung von seiten einer hier befragten Seniorenvertretung:⁴

„Ich hab das mal geschrieben in unserer schönen Broschüre, die überall verteilt wird, da steht dann drin: Informationsbüro Pflege und Pflegebeschwerdestelle mit Telefonnummer. Bloß, da kann man anrufen, da nimmt niemand auf, da steht zwar ein Telefonapparat, aber nimmt niemand an, nicht und das sind Dinge, die hauen nicht hin, ich bin da ganz massiv hinterher jetzt...ich hab' s immer wieder versucht und da angerufen [...] niemand da. Und das ist auch eine Sache, die nicht zufriedenstellend ist, überhaupt nicht. Unter uns gesagt, da existiert nichts [...] Das sind so Dinge, wo u.U. so eine Verdrossenheit passiert und wo dann die

³ Grundsätzlich, so organisationssoziologische Erkenntnisse, sind bürokratische Organisationen vor große Probleme gestellt, jeweils das richtige Maß zwischen Flexibilität, Umweltwahrnehmung und Rigidität im Interesse bürokratischer Effizienz zu finden, was gerade bei der individuellen Hilfe und Beratung große Steuerungsprobleme mit sich bringt (vgl. Roth 1999a).

⁴ Auch in einer Evaluation in Nordrhein-Westfalen waren z.B. nur die Hälfte der kommunalen Beratungsstellen bei entsprechenden telefonischen Anrufen tatsächlich erreichbar, obwohl hier die Gewährleistung einer ‚trägerunabhängigen Beratung‘ per Landespflegegesetz vorgeschrieben ist (vgl. Eifert et al. 2000: 31). Ferner haben die Kommunen den Beratungsauftrag hinsichtlich des damit verbundenen finanziellen Engagements höchst unterschiedlich umgesetzt: Während einige Kreise oder Städte zusätzlich zu den gesetzlich zugewiesenen Mittel eigene Gelder einsetzen, hatten andere noch nicht einmal die gesetzlich zugewiesenen Mittel bereits vollständig ausgegeben. Entsprechend schwankten auch die jährlichen Ausgaben für Beratung pro 1.000 Einwohner zwischen 160 und 1.300 DM (Eifert et al. 2000: 32).

Alten, die Älteren, dann auch sagen, diese Behörde, was ist das für ein Laden, da läuft überhaupt nichts. Das kann's nicht sein.“

3.1.3 ‚Mangelnde Bedürfnisorientierung‘

Ein weiterer zentraler Aspekt von Beratungsqualität ist der Grad, indem es den vorhandenen zuständigen Organisationen gelingt, sensibel auch *individuelle* Anforderungen und Gegebenheiten (auch Schwächen) von Betroffenen zu *antizipieren* und nicht nur ein reagierendes konditionales ‚Programm‘ formaler (bürokratischer) Organisation anzuwenden. Eine besondere Anforderung besteht beim hier vertretenen Klientel sicher darin, den in der Regel älteren hilfsbedürftigen Menschen, welche in einer äußerst prekären Lage befindlich und u.U. mit völlig unzureichender organisatorischer, finanzieller, rechtlicher oder technischer Kapazität und Rationalität ausgestattet sind, unter hohem zeitlichen und sonstigem Druck, die benötigten Informationen oder Hilfen zu vermitteln. Darauf verweist z.B. eine Äußerung des MDK:

„Man muss sich bei der Information und Beratung auch immer wieder überlegen, mit wem man es zu tun hat. Das sind pflegebedürftige ältere Menschen, zum Teil mit Einschränkungen im Bereich der Sehkraft. Das schlägt sich häufig so nieder, dass die Betroffenen sagen: „Ich kann den Vertrag überhaupt nicht lesen.“ Schon allein die Schriftgröße, obwohl es vielleicht banal klingt, ist doch ein entscheidendes Kriterium. Solche Dinge sind auf jeden Fall überdenkenswert.“

So räumt eine Verwaltungsbehörde, welche selbst in ihrer Region kommunale Beratungsstellen eingerichtet hat, ein, dass die Angebote angesichts der hohen Belastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen *individueller* ausgerichtet sein müssten, um eine bessere Orientierung an den jeweils unterschiedlichen und anspruchsvollen Bedürfnissen zu gewährleisten:

„Aus unserer Sicht ist es sehr defizitär, dass Pflegebedürftige und Pflegenden, wenn sie unter sehr starker *Beanspruchung* stehen, diese Angebote in notwendiger Form nicht in Anspruch nehmen können. Die Belastung ist häufig so extrem, dass es manchmal zynisch wirkt, wenn man einem Pflegenden sagt, er solle zu Entlastung noch an einer Gruppe teilnehmen. Die Beratungsangebote müssten stärker *individualisiert* werden, um sie auf die jeweiligen Bedürfnisse des Einzelnen zu zentrieren. Auf der anderen Seite müsste sicher gestellt werden, dass neben der Förderung durch Sachleistungen der Angehörige von der Pflege entlastet wird, um die vorhandenen Angebote wie zum Beispiel die psychologische Beratung nutzen zu können.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Ein weiterer Aspekt stellt in diesem Zusammenhang dar, dass die betroffene Klientel nicht nur ‚harte‘ oder standardisierte Daten und Informationen, sondern persönliches Eingehen bis hin zur *psychologischen* Betreuung braucht, wie eine Befragte einer Beratungsstelle und Leiterin von Angehörigengruppen in einer Region verdeutlicht:

„Die Information wird zum Teil von den Dienstleistungszentren gut gemacht, teilweise ist sie auch zu vordergründig. Wenn jemand als Angehöriger kommt und sagt: „Ich möchte mich informieren welche Hilfen es gibt“, dann gibt es Leute, die zählen die entsprechenden Hilfen auf und damit hat es sich. Ich denke, das ist zu wenig. Manchmal reicht es aus. Ein Professioneller sollte im Gespräch jedoch immer abklären, ob nur um die Information geht. Sehr häufig geht es nicht nur um die Information. Manchmal ist sogar das Gegenteil der Fall. Die Leute kommen dann, um Kontakt aufzunehmen und zu klären, ob sie über ihre Situation sprechen können. Eine Pflege ist nicht nur die Pflege eines Menschen, sondern es ist immer auch die Familie beteiligt. Durch die Pflegesituation werden oftmals alte *Beziehungsmuster* reaktiviert und das ist etwas ganz entscheidendes.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Ferner sieht diese Vertreterin einer Beratungsstelle eine unter Umständen problematische Differenz zwischen den Sichtweisen der Familienangehörigen und professionellen Pflegekräfte, welche bei der professionellen, psychologisch informierten, Beratung berücksichtigt werden sollte:

„Da besteht auch die Differenz zu den ambulanten Pflegekräften. Die kommen herein und haben keine gemeinsame Vergangenheit mit dem Pflegebedürftigen. Sie sehen den Pflegebedürftigen in dem Zustand, in dem er ist. Angehörige haben immer noch ein Bild, wie der Betreffende war. Manchmal wollen sie dieses Bild wieder herstellen oder haben die Hoffnung, dass es wieder so wird. Sie können schlecht akzeptieren, dass die Mutter vielleicht bald sterben wird, dass sie abbaut, dass sie hinfällig wird. In dieser Beziehung war es eine Elternfigur, die hat Autorität gehabt, war maßgeblich und versorgend. Jetzt gerät diese Autoritätsfigur in eine hilflose Position. Trotzdem bleiben die Rollen bestehen, die Mutter ist die Mutter und das Kind ist das Kind. Im Handeln kehrt es sich jetzt um. Man muss als professionelle Pflegekraft einfach wissen, dass es bei den Angehörigen in der Pflege um eine hoch *emotionale* Angelegenheit und Beziehungskiste geht. Wenn man nur den *medizinischen* Blick hat, fühlen sich die Angehörigen sofort nicht angenommen.“ (Hervorhebung, d. Verf., G.R.)

Ein weiterer Aspekt stellt in diesem Zusammenhang das Problem der Versorgung der Personen dar, die an Demenz erkrankt sind. So sieht eine Vertreterin einer Organisation von Selbsthilfegruppen hier große Wissensdefizite, auch bei Ärzten, welche die Erkrankung häufig unter Verweis auf das Alter als „normal“ abtäten. Viele Angehörige kämen zu ihrer Gruppe, ohne dass sie irgendwie wüssten, was sie machen sollten, viele Betroffene seien *deshalb* „verzweifelt“. Indes sei bereits der Erfahrungsaustausch unter betroffenen Angehörigen hilfreich. Allerdings werde ihre Selbsthilfegruppe kaum von professioneller Seite empfohlen, dabei wüssten viele Angehörige und eben die Selbsthilfegruppen oft weitaus mehr als professionelle Pflegekräfte. Als Fazit konstatiert diese Vertreterin ernüchert, dass gerade in diesem Bereich „vom System her“ nicht gewährleistet sei, dass die Beratung funktioniere.

Ein die ohnehin prekäre Lage von Pflegebedürftigen zusätzlich stark belastender Umstand stellt dar, wenn Pflegebedürftige in ihrer Wohnung *allein* leben. Damit wachsen die Bedürfnisse an Be-

ratung und Unterstützung immens, wie ein Mitglied einer Beratungsstelle für Angehörige von Pflegebedürftigen betont:

„Problematisch ist die Beratung vor allen Dingen, wenn der Pflegebedürftige in der Wohnung allein lebt.“

Ähnliche Defizite, insbesondere für die Beratung von alleinlebenden Pflegebedürftigen sieht ein Mitglied einer Seniorenvertretung:

„Wir haben da schon was zu beklammern aus unseren Erfahrungen in unserer Region [...] Also, vom Gesetz her ist das ja alles bestens und alles in Ordnung und die Gesetze sind klar und jeder kann sich danach richten. Nur wir haben immer die Erfahrung gemacht, dass das bei Vielen eben doch nicht so klar ist und wenn dann keine Angehörigen da sind, die dahinterstehen und sich damit befassen können, dann ist es schon sehr sehr schwierig für die zu Pflegenden da durch zu steigen. Die sagen dann hinterher, das haben wir nicht gewusst und das hat mir ja keiner erzählt und was muss ich bezahlen und wie setzen sich die ganzen Pflegedokumente zusammen und was dürfen die machen und warum schreiben sie immer alles auf, die Fahrt hierher, die Zeit und die haben kaum Zeit für mich, sich zu unterhalten sondern es geht alles nach Punkten und wenn sie das abgearbeitet haben, dann setzen sie sich wieder hin und schreiben das auf. Also da ist sehr viel Unbill bei den zu Pflegenden zu Hause.“

Schließlich tritt als Erschwernis der Beratung von Pflegebedürftigen eine gewisse, bei älteren Menschen vermutlich besonders verbreitete *Scheu vor Behörden* hinzu, die vor allem gegenüber dem Sozialamt bestehen dürfte. So berichtet eine Seniorenvertretung darüber, dass Beschwerdestellen von älteren Menschen, sofern diese im Umfeld des Sozialamtes angesiedelt sind, nicht angenommen würden. Ein daraufhin unternommener Versuch der Seniorenvertretung, derartiges mit der Verbraucherzentrale anzubieten, scheiterte jedoch am Widerstand von Politik und Verwaltung:

„Mit der Verbraucherzentrale wollten wir wegen einem Beschwerdetelefon zusammenarbeiten, aber das ist wieder zugeklappt worden von Politik und Verwaltung [...] wir sind jetzt wieder dabei, etwas zu erarbeiten, weil das da ja auch im ambulanten Diensten jede Menge Fragen gibt und es ist ja nicht von der Hand zu weisen, dass das selbst in der eigenen Familie nicht immer so läuft, nicht, da gibt es ja auch einiges zu lesen in diesem Bereich [...] Deshalb war unser Ansinnen so eine Stelle anzubieten, weil wir uns sagen über die Behörde also da magst du nicht so ran, grade ältere nicht, gerade zum Sozialamt, da gehen ältere nicht so gern hin und haben ältere ihre Schwierigkeiten. Und dass wenn wir sagen, hier ist die Seniorenvertretung, dass sie da unter Umständen eher kommen. Das wollen unsere Vertreter der Behörde nicht so richtig hören [...] Hier sehen wir sehr wohl Bedarfe, aber das lässt sich nicht immer so verwirklichen [...] das ist Wunschdenken.“

Weiter nennt der Befragte der Seniorenvertretung konkrete Beispiele aus seiner Erfahrung und er untermauert den Bedarf für eine „*zugehende Beratung*“, die bisher noch völlig unterentwickelt sei:

„Wir haben z.B. bei uns in der Straße drei Fälle, die ganz einfach gesagt haben, wir möchten das verbessert haben und das und das, aber ich sag, ja da müsst ihr anrufen da und da, ja wo kann man das denn machen,

sagen die, da kann man die nur informieren und auffordern. Aber beim Amt rufen die nicht an, nicht so schnell. Die sagen dann immer, nee, die verstehen das dann doch nicht, das so was wir meinen und dann ist es schon besser, wenn sie dann eben mal vorbeikommen, ne. Dann kann man anders reden mit ihnen, ne, so isses dann. Wir gehen sogar soweit, wir haben das angeboten, dass wir u.U. mal zu Gesprächen rausfahren zu den älteren Menschen hin, nich, aber[...] wir beide würden 's gerne machen, nicht, weil wir das nicht wollen, dass ältere Menschen da irgendwo so alleine 'rumliegen müssen...“

3.1.4 ‚Beratung oder Werbung?‘: Die Einsätze nach § 37 SGB XI

Eine entscheidende Bedeutung bei der Beratung im Fall der Pflegebedürftigkeit kommt den Beratungs- und Kontrolleinsätzen zu, welche Pflegebedürftige, die informell, d.h., meistens von Familienangehörigen häuslich versorgt werden, regelmäßig laut § 37 SGB XI abrufen müssen. Auch dazu werden in den Expertenbefragungen zahlreiche Mängel bekundet. Erneut ist das Thema dominierend, dass ökonomische Interessen der Pflegedienste diese Einsätze prägen und der Qualität der dabei geleisteten Beratung und Kontrolle abträglich sind. Ein dahingehendes recht pessimistisches Bild zeichnet z.B. ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, der auf den – bereits theoretisch erörterten – negativen Effekt von Fallpauschalen anspielt, nämlich den erforderlichen Arbeitsaufwand zu minimieren, um ökonomische Vorteile zu erzielen:

„[...] nur wird bei diesen Einsätzen der Aufwand möglichst klein gehalten, um eine *schnelle Mark* zu machen. Die Leute sind in dem Fall einfach uninteressant, weil an denen nichts zu *verdienen* ist. Das ist ein Massengeschäft. Da wird schnell herein geguckt und schnell ein Bericht geschrieben. Das ist falsch. Es werden auch kaum zusätzliche Informationen gegeben oder Hilfsmittel angeboten oder vielleicht mal ein Griff gezeigt. Eigentlich muss ich an diese Situation, wenn ich in einen fremden Haushalt komme, langsam und vorsichtig herangehen, sonst gehen bei der Person sofort die Alarmglocken an und er fühlt sich kontrolliert. Das soll ja nicht sein, denn es ist ein Beratungsgespräch. Die zu Hause Pflegenden bekommen ja sowieso schon weniger, da spart die Pflegekasse ja schon einmal.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Erneut taucht in den Antworten aber auch der Hinweis auf, dass die Praxis dieser Beratungseinsätze *unterschiedlich* verlaufe, wenngleich auch in der Äußerung eines Vertreters einer Pflegekasse eher eine der vorigen ähnlichen Kritik überwiegt.

„Es gibt da Mängel. Manche kommen und schauen sich den Raum an, fragen, ob alles gut klappt und gehen wieder. Andere machen eine regelrechte Pflege. Sie lassen sich zeigen, wie der Angehörige das macht und schlagen dann eventuelle Verbesserungen vor. Solche machen das sehr ausführlich, das ist aber auch nicht die Regel. In der Regel ist das ein *Stoßgeschäft*. Da wird einer losgeschickt, der klappert die ab und hat dann abends mal eben 20 Leute besucht. Da sind noch große Reserven drin.“

Das ökonomische Motiv bei den Beratungseinsätzen kritisiert schließlich ein weiterer Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle und erneut den der Werbung. Auch dieser sieht Unterschiede

in der Praxis der Einsätze nach § 37 SGB XI und er moniert – zumindest legt die folgende Äußerung implizit diesen Schluss nahe – dass hierzu Standards fehlten, so dass der Nutzen für die Pflegebedürftigen und Angehörigen eher fraglich erscheine:

„Die meisten Verbände, die es einsetzen, sehen es schlichtweg als Public-Relations-Geschichte an, dass sie in Kontakt mit möglichen Kunden kommen. Für die Beratung gibt es offensichtlich keine Standards. Die Beratung läuft offensichtlich sehr individuell ab. Einige Verbände machen es gezielt und sagen, sie brauchen einen Schein für ihre Pflegekasse, damit sie das Geld weiter bekommen, wir kommen vorbei, das müssen wir und wir gucken mal eben und dann bekommen sie den Schein. Einige wenige haben wirklich den Anspruch zu schauen und zu beraten. Das ist die deutliche Ausnahme. In der Regel findet dieser Besuch auf einer Ebene statt, dass der Nutzen für die Pflegebedürftigen und Angehörigen sehr gering ist.“

Ein weiterer Aspekt des ökonomischen Eigeninteresses, welches die Beratungs- und Kontrolleinsätze beeinflussen dürfte, stellt die Kapazitätsauslastung der jeweiligen Dienste dar. Falls der durchführende Dienste voll ausgelastet sei, so ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, werde dieser wohl im Zweifel eher nicht die Empfehlung von Sachleistungen zugunsten eines Konkurrenten aussprechen. Angesichts eines verbreiteten Misstrauens gegenüber den diesbezüglichen Leistungen der Pflegedienste erscheint es konsequent, dass die Forderung von einer Kommunalverwaltung nach einer ‚Objektivierung‘ der Beratungs- und Kontrolleinsätze laut wurde:

„Besser würde ich es finden, wenn der medizinische Dienst oder die Pflegekasse im allgemeinen solche Dinge selbst durchführen würden. Wenn man völlig losgelöst vom alltäglichen Geschehen einen Dienst hätte, der ähnlich wie eine vertrauensärztliche Einrichtung auch ohne Ankündigung initiativ werden könnte [...] das müsste einmal in Angriff genommen werden.“

Allerdings dürfte die Forderung nach einer Beratung und Kontrolle ohne vorherige Ankündigung im häuslichen Bereich kaum realistisch sein. Ebenso dürften wohl den Pflegekassen die Kompetenzen zur Durchführung der Beratungs- und Kontrolleinsätze fehlen und die Objektivität des MDK kann angesichts der organisatorischen Abhängigkeit von den Pflegekassen zumindest angezweifelt werden. Dennoch bleibt die Frage bestehen, ob die bisherige rechtliche Konstruktion effektiv ist. Grundsätzliche dahingehende Zweifel werden z.B. auch von seiten einer Beratungsstelle geäußert:

„Aber der Sinn der Konstruktion, dass Anbieter selbst die Kontrolle übernehmen bei Menschen, die keine Anbieter nutzen, ist schwer nachzuvollziehen.“

Welche Lösung für dieses Anreizproblem besteht, wurde in den Befragungen allerdings nicht aufgezeigt. Denkbar wäre z.B. eine Stärkung der Verbraucherzentralen oder des TÜV in der Pflege-

beratung, da diese Institutionen mit einem hohen Maß an Unabhängigkeit und gesellschaftlicher Reputation ausgestattet sind.

3.2 Auswahl und Koordination von Diensten und Leistungen

Die Beratung von Pflegebedürftigen sowie Angehörigen und die Auswahl sowie Koordination von Pflegediensten und -leistungen greifen Hand in Hand. Gibt es keine ausreichende Beratung und Information, so fällt auch die Auswahl und Koordination der Leistungen nicht optimal aus. Entsprechend baut die folgende Mängelbeschreibung auf jener des vorigen Kapitels auf.

3.2.1 Das Naheliegende und das Zufällige

Infolge der beschriebenen Mängel bei der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen wurden auch auf die Frage nach der Auswahl der geeigneten Pflegedienste und -leistungen verschiedene Mängel offenbart. Laut der dazu getroffenen Aussagen der befragten Experten dominiert bei der Auswahl von Pflegediensten und -leistungen das Ungeregelte, Zufällige, die ad hoc vorgenommene Auswahl des Naheliegenden. Der ‚homo oeconomicus‘, d.h., ein voll über Preise und Leistungen aufgeklärter und rational abwägender Marktteilnehmer, scheint eher selten, die irrationale Entscheidung, geprägt durch Tradition, ‚Habitus‘ oder Mythen, bei unvollständiger Information über Ziele und Möglichkeiten, also zumindest eine ‚bounded rationality‘ häufiger verbreitet.⁵ Als grundlegender Mangel macht sich wiederum bemerkbar, dass ein ausführliches und detailliertes *Verzeichnis* mit Preisen und Leistungen der Pflegedienste in der Regel fehlt.

Nicht selten beginnt die ambulante Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt, so dass diesen Institutionen eine Schlüsselstellung bei der Auswahl und Koordination der sich daran anschließenden Pflegeleistungen zukommen. Doch auch diese treffen ihre Entscheidungen oft ad hoc, sie orientieren sich, so ein Vertreter eines kommunalen Beratungszentrums, in erster Linie nach dem

⁵ Damit sind theoretische Diskurse und Paradigmen angesprochen, auf die hier nur verwiesen werden soll. Dazu nur soviel: Das Verhalten in ‚sozialen Feldern‘ ist nach Pierre Bourdieu wesentlich durch Wirkkräfte bestimmt, welche außerhalb der individuellen Rationalität der handelnden Akteure und vielmehr in Strukturen der sozialen Felder liegen, welche z.B. je nach Schichtzugehörigkeit einen bestimmten ‚Habitus‘ oder Präferenzen erzeugen (für die Anwendung dieser Theorie im Bereich

Naheliegenden, eigenen Organisationsinteressen (eine schnelle und reibungslosen Entlassung aus dem Krankenhaus) und weniger nach dem Bedarf auf der einen und einzelnen Leistungskriterien der Dienste auf der anderen:

„Von daher kennt man heute die Pflegedienste nur nach dem Hörensagen, nach dem Layout der Anzeige in den gelben Seiten oder über die Vermittlungsstelle. Die Vermittlungsstellen haben in den Krankenhäusern das Hauptkriterium, dass die Leute aus dem Krankenhaus *herausorganisiert* werden. Ihr Hauptinteresse ist einfach, die Pflege zu organisieren. Einige haben noch Listen, die sie der Reihe nach abarbeiten. Einige verlassen sich eben auf bekannte Pflegedienste. Teilweise besteht dort eine Zusammenarbeit, teilweise haben die Pflegedienste auch eigene Vermittlungsstellen in den Krankenhäusern. Die Zuordnung zu Pflegediensten läuft bestenfalls nach geographischen Aspekten, wenig nach Aspekten des Vergleiches von Bedarf und Angebot.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Eine andere Teilnehmerin, eine Leiterin einer Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, äußert sich ähnlich, dabei betont sie, dass die erste Auswahl von Diensten im Krankenhaus primär institutionell und nach regionalen Kriterien getroffen wird und dass weniger die Bedarfe oder Bedürfnisse und Interessen von Klienten zählen:

„Wenn jemand beispielsweise im Krankenhaus neu pflegebedürftig geworden ist, dann ist es in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) so, dass wenn ein pflegender Angehöriger nicht direkt ausgemacht werden kann, sofort ein Pflegedienst vermittelt wird. Wegen der Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes werden von der Krankenkasse ja 14 Tage Pflegeleistungen zugestanden. Das wird also nicht über die Pflegekasse bezahlt, sondern über die Krankenkasse. In diesen Fällen werden die Patienten oder auch Angehörige nicht gefragt, welchen Pflegedienst sie wählen möchten. Es wird geschaut in welcher Region die Betroffenen wohnen und welcher Pflegedienst dort ansässig ist. Er wird also vom Krankenhaus quasi bestellt und kommt dann dort hin.“

Ein weiterer relevanter Aspekt bei der Übermittlung von Pflegefällen aus Krankenhäusern an Pflegedienste und bei deren Auswahl ist auch die Trägerschaft, d.h., es werden Dienste möglichst der gleichen oder ähnlichen Trägerschaft bevorzugt, so bemerkt ein Mitglied einer Seniorenvertretung:

„Einen großen Einfluss hat natürlich die Sozialstation in den Krankenhäuser, dass die auch von ihren Verbänden dahin geschickt wurden, dass die auch dafür sorgen, dass ihre Verbände erst mal bedient werden.“

Die Orientierung an Qualitätskriterien, „die bewusste Entscheidung ist selten“, wie die Leiterin einer Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen in bezug auf die Auswahl von Diensten oder Leistungen konstatiert, was jedoch nicht nur bei Entscheidungen in und durch die Institution Kranken-

der Pflegepolitik siehe: Blinkert/Klie 2000) – eine soziologische Theorie, also, die ganz im Gegensatz zur ökonomischen

haus, sondern auch bei Entscheidungen durch Angehörige gilt, die unter hohem psychischen Druck und großer Zeitnot stehen:

„Wenn jemand zu Hause ist, sind es meist akute Anlässe. Die bisherige Pflegeperson ist beispielsweise krank geworden oder sie merkt, dass sie nicht mehr kann. In den wenigsten Fällen überlegt sich ein Angehöriger vorher, was er leisten kann und will. Die bewusste Entscheidung ist selten.“

Neben der Ortsnähe stellt, wie bereits in den angeführten Äußerungen deutlich wurde, die ‚Mundpropaganda‘ ein immer wieder genanntes prominentes Auswahlkriterium für Pflegeleistungen und –dienste dar, worauf verschiedene Vertreter, so z.B. ein Mitglied einer Kommunalverwaltung verwiesen. Dagegen misst dieser Experte den *Qualitätszertifikaten* keine große Bedeutung zu, die von den übrigen Befragten nicht einmal erwähnt werden:

„Ein Grund für die Wahl des Pflegedienstes, den ich häufig höre, ist Mundpropaganda. Ich glaube, dass die Zertifikate keine große Rolle spielen.“

Mündliche Empfehlungen sieht auch eine andere Vertreterin einer Kommunalverwaltung, die gleichzeitig einen Beratungsdienst in Krankenhäusern betreut, als vorrangigen Aspekt bei der Auswahl von Pflegeleistungen und –diensten an, wenngleich sie weitere, nämlich die Trägerschaft, verbunden mit religiösen Merkmalen, als wichtig erachtet. Darüber hinaus wird auch von dieser Expertin – ohne kritische Konnotation – betont, dass Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Pflege im engeren Sinn bis auf komplizierte Ausnahmefälle kaum bei der Auswahl ausschlaggebend seien. Auch hier ist zu betonen, dass die genannten Auswahlkriterien zwar keine Qualitätsmerkmale im engeren Sinne einer technischen oder professionellen Pflege darstellen, dass diese Merkmale (wie z.B. Religion) aber offenbar durchaus als Qualitätskriterien *im Sinne der Klienten* oder Kunden gelten. Ferner ist hier der vorwiegende Charakter von Pflege als ‚low tech-Geschäft‘ zu berücksichtigen, dass eben dem Aspekt persönlicher Beziehung und Emotion eine hohe Bedeutung als *Qualitätsmerkmal* zukommt. Insofern ist auch hier nicht zu klären, inwiefern im einzelnen durch den Rückgriff auf bekannte oder empfohlene oder einem gefühlsmäßig nahestehende Dienste Qualitätsmängel oder -vorteile verbunden sind. Diese durch Habitus und institutionell geprägte Rahmen geleitete Entscheidung kann theoretisch als Technik der Reduktion von Komplexität bei Entscheidungen begriffen werden und durchaus positive und negative, irrationale wie auch rationale Elemente beinhalten. Einerseits baut die Entscheidung – wenn auch häufig diffus

Theorie des ‚Rational Choice‘ steht.

und unreflektiert – auf Tradition oder Erfahrungen auf, welche zumindest zum Teil auch die erfahrene Qualität von Pflegeleistungen widerspiegeln, andererseits werden Habitus, Mythen oder Rahmensetzungen, welche die Entscheidung leiten, zu einem großen Teil eben wenig reflektiert verwendet. Auch hier ist im einzelnen also von einer jeweils sehr unterschiedlichen *Mischung* von Rationalität und Irrationalität der Entscheidung oder einer ‚bounded rationality‘ auszugehen

„Aus dem Krankenhausbereich kann ich sagen, dass Patienten, die bisher nicht pflegebedürftig waren, den Pflegedienst häufig nach drei Kriterien auswählen. Die religiöse Orientierung spielt eine Rolle, eine eventuelle Mitgliedschaft in einem Wohlfahrtsverband spielt eine Rolle oder die Kenntnis eines Pflegedienstes durch Nachbarn oder Bekannte. Die freie Auswahl ist möglicherweise eingeschränkt, wenn spezielle komplizierte, behandlungspflegerische Aspekte hinzukommen. Solange es um Pflege im Sinne des SGB XI geht, sollte jeder Pflegedienst diese Leistungen auch erbringen können. Eine intensivpflegerische Versorgung kann nicht jeder Pflegedienst leisten. In dieser Hinsicht könnte es Einschränkungen geben. Darauf wird jedoch auch vom Krankenhaus hingewiesen.“

Eine insgesamt sehr pessimistische Einschätzung vertritt bei dieser Frage ein Repräsentant des MDK, der eine Reihe von Auswahlkriterien benennt, jedoch überwiegend kaum die erforderlichen rationalen Qualitätsmerkmale als ausschlaggebend betrachtet und aus zahlreichen Gründen hier „große Defizite“ ausmacht. Diese seien zum Teil darauf zurückzuführen, dass Laien die Qualität von Diensten nicht beurteilen könnten, zum Teil sind Tradition, Habitus und andere Aspekte einer ‚bounded rationality‘, so lässt sich die folgende Äußerung interpretieren, aber auch bei den Entscheidungen der beteiligten Profis wie den Ärzten oder Krankenhäusern im Spiel:

„Bei den meisten, die sich informieren, welchen Pflegedienst sie nehmen können, handelt es sich um Laien. Für Laien ist es wahnsinnig schwierig zu beurteilen, welche Qualität hinter einem Pflegedienst steckt. Im günstigsten Fall haben sie noch Nachbarn und Freunde, bzw. Verwandte, die gute Erfahrungen mit einem Pflegedienst gemacht haben. Ich denke, das ist auch mit einer der wichtigsten Gründe für die Auswahl des Pflegedienstes. Die zweite Möglichkeit besteht sicherlich über die behandelnden Ärzte, wobei da die Information nicht unbedingt die Qualität der Pflegedienste widerspiegelt. Viele arbeiten seit Jahren zusammen oder für den Arzt ist die Zusammenarbeit problemlos und von daher empfiehlt er diesen Pflegedienst. Das hat nicht unbedingt immer qualitative Aspekte im Hintergrund. Dann ist es für die Pflegebedürftigen bzw. die Angehörigen sehr schwierig, Vergleiche schaffen zu können. Abgesehen von der Qualität, was ja sowieso ein schwieriges Kapitel ist, ist es auch schwierig, Preise vergleichen zu können. Das ist sehr mühsam. Und das ist bei der Dichte an Pflegediensten, die wir hier [...](Region, Anm. d. Verf., G. R.)] haben, nicht unerheblich. [...] Die Krankenhäuser geben zwar in begrenztem Umfang Empfehlungen heraus, weil sie es eigentlich aufgrund der Markt beherrschenden Position nicht dürfen. Im Einzelfall geben sie schon Empfehlungen. Diese sind aber auch dadurch beeinflusst, mit wem sie am besten zusammenarbeiten können. Da spielen qualitative Aspekte weniger eine Rolle. [...] Selbst die haben häufig die Schwierigkeiten, die Angehörige und Pflegebedürftige haben, an Information heranzukommen. Ich denke in diesen beiden Punkten ist das Defizit sehr groß.“

Die schwer zu durchdringende Mischung mehr oder weniger rationaler oder mehr oder weniger irrationaler Entscheidungskriterien bei der Auswahl von Pflegeleistungen durch Laien kommt

auch in der Einschätzung eines Vertreters einer Selbsthilfe- und Beratungseinrichtung zum Ausdruck, der neben der Dominanz geographischer Aspekte auf die Wichtigkeit *organisatorischer* Kriterien für die Auswahl von Pflegediensten hinweist:

„Nach dem geeigneten kann man sowieso nicht gehen, sondern wer in der nächsten Umgebung ist. Der wird mehr oder weniger genommen. Ob der geeignet ist oder nicht, kann man als *Laie* überhaupt nicht feststellen. Das entscheidende ist letztlich, wie zuverlässig der Dienst ist, welche Möglichkeiten es gibt, ob auch Zusatzdienste da sein können, wenn es um das Einkaufen o.ä. geht. Ein großer Mangel ist, wenn ständig eine neue Kraft kommt. Das ist bei Wohlfahrtsverbänden selbstverständlich. Da ist kontinuierlich eine andere Kraft da. Ich haben den Eindruck, dass bei privaten Trägern ein bisschen mehr darauf geachtet wird.“ (Hervorhebung d. Verf., G.R.)

Ergänzend betont eine Vertreterin einer Beratungsstelle die Wichtigkeit der Flexibilität bei der Einsatzplanung als Entscheidungsgrund für die Wahl der Pflegedienste, wobei jedoch hinzugefügt werden muss, dass solche *organisatorische* Merkmale, welche in direktem Bezug zur geleisteten Pflegequalität stehen, nur selten als relevante Auswahlkriterien genannt werden:

„Ein Hauptgrund, bei zum Beispiel einer Schwerstpflegebedürftigkeit also Pflegestufe III, wo der Pflegedienst oft kommen muss, ist, ob man die Zeiten den Bedürfnissen entsprechend variieren kann.“

Dass die regionale Verfügbarkeit des Angebotes und die Nähe sowie die Bekanntheit von Pflegediensten den überwiegenden Grund für die Wahl eines Pflegeform darstellt, muss – bei einem ausreichenden und qualitativ hochwertigem Angebot – indes nicht unbedingt ein Mangel darstellen, im Gegenteil, die räumliche Nähe eines Pflegedienstes gilt im allgemeinen, neben anderen, durchaus als ein positives Kriterium einer Versorgung der ‚kurzen Wege‘, auch bei der professionellen Beratung. Dies lässt sich z.B. der Äußerung einer Repräsentantin einer kommunalen Beratungsstelle entnehmen, die zudem auf die von ihrer Seite gebotene Zurückhaltung im Hinblick auf eine ‚neutrale Beratung‘ hinweist, ein Punkt auf den gleich zurückzukommen sein wird:

„Grundsätzlich beraten wir völlig neutral. Den Pflegedienst muss man sich schon selbst auswählen. Bei besonders schwierigen Fällen spricht man das schon einmal mit dem Pflegedienst ab, ob er das übernehmen kann, zum Beispiel, ob sie eine Kraft für die psychosoziale Betreuung haben. Grundsätzlich fragen wir erst, in welchem Stadtbezirk sie wohnen und entsprechend nennen wir die dort ansässigen Pflegedienste. Wir sagen den Betroffenen, dass sie uns nach der getroffenen Wahl, d.h., bei Problemen mit den Pflegediensten anrufen sollen.“

Grundsätzlich ist die räumlich geleitete Entscheidung bei der Auswahl von Pflegediensten jedoch immer dann problematisch, wenn die traditionelle Gebietsaufteilung zwischen Trägern den vom Gesetzgeber durchaus zur Qualitätssteigerung intendierten Wettbewerb im Rahmen des nach

wie vor wirksamen ‚kommunalen Korporatismus‘ unterläuft. Derartige Reste dieser institutionellen Ordnung legt zumindest eine Äußerung von seiten einer Seniorenvertretung nahe:

„Das ist eigentlich hier in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) ziemlich abgedeckt und verteilt: Im Osten ist der [...] (Verband, Anm. d. Verf., G.R.) dran, im Westen ist [...] (Verband, Anm. d. Verf., G.R.), die sich das aufteilen, wenn einer keine besonderen Wünsche hat. [...] Also die haben das nach Bezirken schon aufgeteilt, wegen der kurzen Wege, und trotzdem sieht man das immer wieder, dass die von Ost nach West fahren. Es kann ja jeder wählen, welchen Dienst er haben will. Nur wenn nichts Besonderes gewünscht wird, dann sagt man, nehmen sie doch hier, den [...] in ihrem Gebiet.“

Aufgrund der Tatsache, dass Pflegedienste eher zögerlich gewechselt werden, kommt der ersten Wahlentscheidung generell eine hohe Bedeutung zu und die überstürzt oder wenig rational fundiert getroffene Entscheidung kann verheerende Auswirkungen für alle Beteiligten haben, so eine Leiterin einer Beratungsstelle mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen, die für eine flexiblere Verbindung professioneller und informeller Hilfe plädiert, was allerdings wiederum an bürokratischen Institutionen scheitern könnte:

„Es ist eigentlich ungeheuer wichtig, wie Pflege anfängt. Der Anfang bestimmt auch ein Stück weit die anschließende Pflege. An dieser Stelle wäre es notwendig, präventiv zu verfahren. Den Angehörigen, die eine Pflege neu übernehmen, müsste gesagt werden, dass es schwierig werden kann und welche Aspekte eine große Rolle spielen. Sie müssen wissen, dass es eine langfristige Pflege werden kann und sie sich nicht schon in den ersten Wochen verausgaben. Sie müssen mit ihren körperlichen und seelischen Kräften haushalten. Bei dieser präventiven Beratung tun sich die Institutionen sehr schwer. Wir haben zum Beispiel vorgeschlagen, dass die Angehörigen in der letzten Phase des Krankenhausaufenthaltes vor der Entlassung die Pflege übernehmen. Sie könnten den Angehörigen waschen und somit ausprobieren, ob sie das überhaupt können. Das empfinden die Institutionen aber auch eher als Störung. Manche Angehörigen könnten auf diese Weise jedoch feststellen, ob sie sich ekeln, ob ihnen die Intimpflege zu weit geht und könnten sich somit vielleicht schneller mit dem Gedanken, sich von außen Hilfe zu holen, anfreunden.“

Eine andere Vertreterin einer Beratungsstelle betont allerdings, dass die Möglichkeit des Wechsels von Pflegediensten und Leistungen eigentlich nicht schwierig sei und dass sie in Problemfällen durch ihre Beratungsstelle auch den Wechsel von Diensten unterstütze. Ferner wird aus der folgenden Antwort die Bedeutung *persönlicher* Aspekte wie Sympathie und die *menschliche* Komponente als Auswahlkriterium hervorgehoben. Auch dieses ist angesichts der von seiten der Klientel zugemessenen hohen Bedeutung persönlicher Zuwendung durchaus nicht unbedingt als Mangel zu betrachten:

„Selbst bei einer stationären Aufnahme sagen wir, wenn sie nicht zufrieden sind, können sie wechseln und zu Hause sowieso. Wir sind dann auch behilflich, einen anderen Pflegedienst zu finden. Zuerst machen wir die Betroffenen jedoch immer darauf aufmerksam, dass sie mit der Pflegekraft reden sollen. Wenn das nichts nützt, dann müssen sie den Einsatzleiter informieren und wenn das auch nichts nützt, dann raten wir zu ei-

nem Wechsel. Man sollte nicht bei dem ersten Problem schon zu einem Wechsel raten, denn Probleme tauchen immer auf. Das sind alles Menschen. Mit dem einen kommt man mehr und mit dem anderen weniger klar. Unter Umständen ist der Pflegedienst selber in der Lage, Unstimmigkeiten aus der Welt zu schaffen. Ich denke bei der Kontaktaufnahme mit einem Pflegedienst ist der erste Eindruck auch entscheidend. Wenn er schon beim ersten Gespräch in Eile ist, dann wird er, sobald der Vertrag abgeschlossen ist erst recht in Eile sein. Ich muss darauf achten, wie wichtig ich in der Situation als Person bin, wie ernst ich genommen werde oder ob auch Angehörige in den Prozess mit einbezogen werden.“

Und auch ein Vertreter von Pflegekassen benennt als wichtigsten Grund zwar die Ortsnähe, doch misst er auch dem Bekanntheitsgrad, der Trägerschaft, der Empfehlung durch Ärzte und auch dem Preis eine relevante Bedeutung zu, wobei die Entscheidungsgründe recht zurückhaltend, ohne Identifikation von Problemen oder Mängeln bei der Auswahl der Leistungen oder Dienste gesehen werden:

„Der wichtigste Grund für die Wahl eines Pflegedienstes ist denke ich die Ortsnähe. Im Endeffekt sehen sie überall Büros von Pflegediensten. [...] Der zweitwichtigste Grund wird die Bekanntheit des Pflegedienstes sein. Im Bereich der Pflegeversicherung haben die freigemeinnützigen Pflegedienste schon einen erheblichen Anteil. Da es sich meist um ältere Menschen handelt, ist diesen meist [...] (Verband, Anm. d. Verf., G.R.) von früher bekannt. Obwohl die Freigemeinnützigen heute nicht mehr so gut zu identifizieren sind, weil die auch gemeinnützige GmbH's gegründet haben und nicht mehr unbedingt als [...] (Verband, Anm. d. Verf., G.R.) laufen. Die Religion wird teilweise auch eine Rolle spielen, aber das ist bei uns in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) nicht ganz so unterschiedlich. [...] Auch der Arzt wird einen nicht unerheblichen Einfluss haben, da er dem Patienten bestimmte Dienste empfiehlt. Der Preis hat auch einen Einfluss auf die Wahl. Bei uns hat seit geraumer Zeit auch durch die Menge der Pflegedienste der Wettbewerb schon eingesetzt.“

Dieser Vertreter einer Pflegekasse ist jedoch der einzige unter den Befragten, der den Preisen überhaupt eine, wenn auch eher geringe, Bedeutung bei der Auswahl von Leistungen oder Diensten zumisst. Angesichts der wie aufgezeigt geringen Transparenz von Preisen und Leistungen und der geringen Bedeutung der im engeren Sinn ‚rationalen‘ Entscheidungskriterien scheint eher wahrscheinlich, dass den Preisen auch bei der Auswahl der Pflegedienste und -leistungen zumindest keine herausragende Bedeutung zukommt, wie z.B. eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle, mit angegliederten Selbsthilfegruppen, äußert:

„Die Bezahlung, also die verschiedenen Punktwerte scheinen für die Betroffenen eine geringere Bedeutung zu haben. Es gibt Angehörige, die danach schauen, wie hoch der Punktwert ist. Für die Betroffenen selbst scheint es relativ undurchschaubar zu sein. Das ist ein weniger ausschlaggebendes Kriterium. Wichtiger ist eher, wer sich als erster bei ihnen meldet oder wer als erster genannt wird.“

Recht zurückhaltend betrachtet dieses Thema auch ein anderer Vertreter einer Pflegekasse, der betont, dass von ihrer Seite keine Beratung vorgenommen werden *dürfe*, welche auf Qualitätsaspekte orientiert ist. Dieser Umstand verweist auf ein grundsätzliches Problem der Disparität zwi-

schen der Forderung nach einer Beratung im Hinblick auf die qualitativ beste Pflegeform mit der anzustrebenden optimalen Lösung und der Forderung nach der Neutralität der Beratung, was bereits in vorigen Äußerungen angeklungen war, welche die Pflicht zur ‚neutralen‘, zurückhaltenden Beratung betonten:

„Es gibt zahlreiche Pflegedienste. Die Betroffenen, Bevollmächtigten oder Betreuer könne sich die ja selbst aussuchen und wir haben keinerlei Einfluss. Nach § 2 SGB XI können die sich jeden vertraglichen Pflegedienst aussuchen und dürfen zwischen allen wählen. Ob da immer der Richtige getroffen wird, das müssen wir den Leuten überlassen. .. wir dürfen keinen empfehlen.“

Abschließend wäre in diesem Zusammenhang zu fragen, inwiefern der vom Gesetzgeber gewünschte, die Qualität des Angebotes fördernde, Wettbewerb überhaupt funktionieren kann, wenn Entscheidungen wie dargestellt unter Unsicherheit, hohem Zeitdruck, unvollständiger Information etc. ad hoc mehr oder weniger zufällig nach räumlicher Verfügbarkeit, Tradition, Habitus etc., d.h. in einem höchst unklaren Gemisch rationaler und irrationaler Aspekte, getroffen werden. Konsequenterweise müsste insofern u.U. offensiver und flächendeckend, auch über Qualitätsunterschiede, z.B. auch über Prüfberichte des MDK, Qualitätssiegel etc. beraten werden.

3.2.2 Haken und Ösen bei der Übergabe?

Neben der Auswahl der Dienste und Leistungen wurden die Experten nach der Koordination und den Übergängen zwischen den verschiedenen Pflegeformen und Diensten und nach dahingehenden Mängeln gefragt. Hier ergab sich kein einheitliches Meinungsbild: Auf die Frage, ob nach ihren Erfahrungen Mängel beim Übergang und der Koordination von Pflegediensten vorliegen, antwortete etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer mit ja, ein geringer Teil meinte, dass teilweise Mängel bestünden und sich in jüngster Zeit aber eine dahingehende positive Entwicklung vollzogen habe. Ein gutes Drittel der Befragten verneinte die Existenz von Mängeln beim Übergang und der Koordination zwischen Versorgungseinrichtungen und hob ebenso darauf ab, dass sich die Situation diesbezüglich sehr verbessert habe. Auffällig sind hierbei *regionale* Häufungen. Die meisten das Vorkommen von Mängeln verneinenden Antworten kommen aus einer Großstadt in *Nordrhein-Westfalen*, wo per Landespflegegesetz nicht nur eine besondere Regelung zur Verbesserung der Überleitung vorgesehen wurde, sondern auch Pflegekonferenzen institutionalisiert wurden, welche den Informationsfluss im sozialen Feld Pflege verbessern halfen (vgl. Eifert et al. 1999a). Just diese positive Wirkung hebt eben ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle

aus der hier vertretenen nordrhein-westfälischen Großstadt hervor. Sonstige systematische regionale Unterschiede sind in diesem Fragebereich jedoch – zumindest nach den vorliegenden Nennungen – nicht festzustellen, ebenso wie die Versorgungsdichte bei dieser Frage im vorliegenden Sample ohne erkennbaren Einfluss blieb.

Unter den genannten Mängeln dominiert der mangelnde Informationsfluss zwischen den beteiligten Einrichtungen: Überleitungsberichte, Medikamentenanleitungen, Dokumentationen und andere Informationen fehlten häufig, seien unvollständig oder würden nicht aktualisiert, so die dahingehenden Nennungen. Beispielhaft sei hier ein Vertreter einer kommunalen Gesundheitsverwaltung genannt:

„Beim Übergang zwischen Versorgungsformen gibt es sicherlich Mängel. Ich sammel da auch Erfahrungen als Arzt im Notdienst, den ich gelegentlich mache. Dort wird deutlich, dass ein Informationsfluss nicht gewährleistet ist. Es gibt Pflegedienste, die es gut und andere, die es schlecht machen. Es gibt Pflegeheime, die schicken einen Übergangsbericht bei einer Einlieferung ins Krankenhaus mit. Es ist jedoch sicherlich nicht flächendeckend gewährleistet.“

Genannt wird bei der Erläuterung der Mängel häufig, dass zwischen den Berufsgruppen Pflege und Ärzteschaft, zwischen Institutionen, aber auch innerhalb von Institutionen die Kommunikation und Kooperation ungenügend sei, wie dies z.B. ein Vertreter des MDK (Pflegefachkraft) in seinem recht umfassenden Mängelbericht erläutert:

„Die Koordination mit den Ärzten ist ein ganz schwieriges Kapitel. Wünschenswert wäre es sicherlich für die Pfleger, wenn auch behandelnden Ärzte die Pflegedokumentation mit nutzen würden. Ein Hausbesuch geschieht häufig in Abwesenheit der Pflegepersonen und es wäre sehr hilfreich, wenn die Ärzte Eintragungen in die Pflegedokumentation machen würden. Es gibt dazu bisher keine Verpflichtung. Es entsteht so häufig ein Informationsdefizit. Der Pflegedienst weiß häufig nicht, dass der behandelnde Arzt überhaupt zu einem Hausbesuch da war, was während dessen passiert ist und ob die Ergebnisse einer pflegerischen Veränderung bedürfen. Es ist ein nicht unerhebliches und von allen Pflegediensten ein bemängeltes Kriterium. Das fängt bei Medikamentenumstellungen an, die Pflegedienste häufig nicht mitbekommen und das geht bis zu Maßnahmen, die eigentlich ergriffen werden sollten und auch könnten vom Pflegedienst. Ähnlich ist es bezüglich der Übergänge von Versorgungseinrichtungen in Form von Pflege- bzw. Überleitungsberichten, so dass der Pflegedienst oft nicht weiß, in welchem Zustand sich der Pflegebedürftige befindet, warum er überhaupt im Krankenhaus war. So ist es für ihn ganz schwierig gerade vor Wochenenden oder an den berühmten Mittwoch Nachmittagen an Informationen heranzukommen. Auch der Informationsaustausch innerhalb verschiedener Institutionen müsste noch deutlich verbessert werden.“

Die hier genannten Kooperationsprobleme zwischen Pflegekräften und Ärzten wird auch von einem der Ärzteschaft angehörigen Vertreter einer kommunalen Gesundheitsverwaltung bestätigt:

„Mängel in der Koordination mit Ärzten gibt es sicher regelmäßig. Ich weiß aus den Prüfungen, die wir durchgeführt haben, dass die Pflegedienste sagen, es gibt Ärzte, mit denen man sehr gut zusammen arbeiten

kann, mit anderen ist es wiederum nicht möglich, da diese die Kooperation nicht suchen oder Versuche der Kontaktaufnahme eher ablehnen. Es gibt Pflegedienste, die ihren Patienten sagen, wenn sie bei dem Arzt sind, können wir sie nicht pflegen. Es gibt Ärzte, die kooperieren nicht mit der Pflege.“

Befragt nach den Ursachen dieser Kooperationsproblematik äußert der befragte Arzt:

„Über die Ursachen kann man nur spekulieren. Das hat sicherlich etwas mit Arroganz oder Unsicherheit zu tun. Es kommt ja auch vor, dass die Pflege etwas besser weiß als der Arzt. In der Schmerztherapie, mit der ich mich einmal befaßt habe, war das sehr deutlich. Ärzte waren zunächst nicht sehr euphorisch, wenn sie vom Pflegedienst auf Defizite in der Schmerztherapie hingewiesen wurden. [...] Die Kommunikation ist nicht ganz leicht und auch immer noch hierarchisch.“

Positiv bemerkbar mache sich dagegen, wenn verschiedene beteiligte Organisationen gleichen Institutionen angehörten, teilweise seien hier Modelle des Übergangs zwischen Versorgungseinrichtungen zu finden, die jedoch leider noch nicht überall funktionierten. Eine eher pessimistische Einschätzung dazu lautet aber wiederum von seiten einer kommunalen Beratungsstelle folgendermaßen:

„Nein, das kann nicht funktionieren. Selbst wenn es im Einzelfall funktioniert, es gibt nie eine Rückmeldung. Es gibt keinen Rückkopplungsmechanismus, dass die Qualität der Übergabe einmal getestet und geprüft wird. Wir sehen im ambulanten Bereich, was wir bekommen. Wir wissen nicht, was vorher im Krankenhaus gelaufen ist. Die Sozialdienste im Krankenhaus wollen auch gar nicht das Ergebnis ihrer Vermittlung sehen. Das ist ein prinzipielles Problem. [...] Teilweise ist diese Übergabe von Krankenhäusern von einigen Pflegerinnen selbst organisiert. Die legen dann einfach mehr Wert auf die Übergabe von Pflegeberichten. Es gibt auch teilweise Verbände, die bringen es zur Schwesternschaft des [...] (Träger, Anm. d. Verf., G.R.). Die haben eine Kooperation, weil sie Träger sind der Pflege im [...] (gleicher Träger, Anm. d. Verf., G.R.) Krankenhaus. [...] Das ist ein schönes Modell, stellt aber noch die Ausnahme dar.“

Trotz einiger Verbesserungen und Modelle zur Optimierung des Informationsflusses und des Übergangs zwischen Versorgungseinrichtungen sieht auch ein Vertreter einer Pflegekasse durchaus noch Verbesserungsmöglichkeiten – was vermutlich auf eine breite Zustimmung stoßen dürfte:

„Die Koordination wäre sicher noch verbesserungsfähig. Sie findet bereits statt. Wir haben in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) Möglichkeiten gefunden, aus dem stationären Bereich heraus in die ambulante Versorgung hinein. Es gibt ein Schnellverfahren, vereinbart mit den Krankenhäusern und dem medizinischen Dienst. [...] (erläutert die Verfahren) [...] Insgesamt könnte jedoch die Koordination zwischen allen Beteiligten, also Arzt, Krankenhaus, Leistungsanbieter jeder Art, Kassen, noch verbessert werden.“

Nicht nur der Informationsfluss und die Koordination zwischen professionellen Versorgungseinrichtungen stellt eine Anforderung für das sogenannte ‚Überleitungsmanagement‘ dar, mindestens ebenso wichtig scheint die Kooperation professioneller Versorgungseinrichtungen mit

Laien, wenn etwa die häusliche Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt organisiert werden muss. Auch hier werden Mängel genannt, wenngleich eher seltener: So weist eine Vertreterin einer Beratungsstelle, der verschiedene Angehörigengruppen angegliedert sind, auf folgendes hin:

„Mängel beim Übergang werden immer wieder thematisiert. Es kommt immer noch zu Freitag-Entlassungen. Es findet teilweise immer noch keine Übergabe zwischen Krankenhaus und Hausarzt. Es wird einfach entlassen ohne Übergänge oder Fortsetzungen an Medikationen. Teilweise werden Personen mit Katheter entlassen und wissen überhaupt nicht damit umzugehen. Zu Beginn einer Pflegesituation haben die Angehörigen ja auch gar keine pflegerischen Kompetenzen. Sie brauchen erst eine Schulung. Die Schulung, die von den Pflegekassen angeboten wird, holt die Angehörigen nicht in ihrer Situation ab. Um den Kurs kümmern sie sich irgendwann, wenn sie schon in der ganzen Geschichte drin stecken. Eigentlich müsste sofort, wenn eine Pflege übernommen wird, dafür gesorgt werden, dass die Angehörigen pflegerische Kompetenzen erwerben und zwar bezogen auf das Krankheitsbild. Von den Hausärzten gibt es oft auch keine ausreichende Aufklärung, gerade wenn es um Demenzen geht.“

Ergänzend die Einschätzung von seiten eines Befragten vom MDK, der ebenso eine ungenügende Anleitung und Information von Angehörigen durch die professionelle Pflege als Problem ausmacht:

„Ich fange mal mit dem Naheliegenden an und zwar der Koordination zwischen dem Pflegedienst und den Angehörigen. Ich denke, das ist ein entscheidender Punkt, denn wenn der Pflegedienst das Haus wieder verlässt, dann wird die Pflege von den Angehörigen weiter fortgeführt. Da gibt es sicherlich unterschiedliche Qualitäten. Zum Teil berichten die Angehörigen, dass sie sich anschließend allein gelassen fühlen. Bezüglich bestimmter Dinge, die sie fortführen sollen, wie beispielsweise Lagerung oder Flüssigkeitsbilanzierung, fühlen sie sich nicht ausreichend angeleitet. Das hängt sicherlich auch mit der bisherigen Struktur oder den gesetzlichen Vorgaben zusammen. Es wurde häufig moniert, dass diese Finanzierung der sogenannten Anleitung von keiner Stelle übernommen wird. Nach den neuen Rahmenverträgen nach § 92 SGB V ist es durchaus möglich, dass die Anleitung bezogen auf spezielle pflegerische Probleme auch von den Krankenkassen finanziert werden kann. Zu den Auswirkungen kann ich bisher noch nichts sagen, weil das erst seit 1.7.2000 Gültigkeit hat und die Erfahrung in dem Punkt fehlen. Es ist zumindest eine Möglichkeit, die neu geschaffen worden ist.“

In diesem Zusammenhang wurde die Frage aufgeworfen, was mit Menschen ist, deren Pflegebedarf unterhalb der vom Pflege-VG angesetzten Leistungsschwelle bleibt und auf das Problem hingewiesen, dass deren Pflege und Rehabilitation im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege ungenügend abgedeckt sei, so zumindest die Einschätzung einer kommunalen Seniorenvertreterin:

„Mängel des Überganges gibt es. Ich weiß aber nicht, wem man diese Mängel in die Schuhe schieben kann. Ich beziehe mich jetzt einmal auf den Übergang vom Krankenhaus nach Hause. Im Krankenhaus bin ich gut versorgt. Die entlassen mich, weil der Zustand sich nicht weiter bessert. Ich kann also zu Hause gepflegt werden. Es reicht aber nicht für eine Pflegestufe. Da sind ja ganz harte Kriterien, um eine Pflegestufe zu erhalten. Dort ist ein echter Mangel. Das ist aber eher ein gesetzgeberischer Mangel. Da müsste der Gesetz-

geber sich noch einmal überlegen, wie er das verbessern kann. [...] In dieser Hinsicht habe ich schon mehrfach Klagen von Betroffenen und Angehörigen gehört.“

Schließlich wurde in diesem Zusammenhang die lange Dauer bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen durch den MDK bis zur Feststellung der Pflegestufe durch die Pflegekassen genannt. Dieses erschwere den schnellen und reibungslosen Übergang und die Organisation der Pflege. zögerlichen Begutachtungen. Dazu ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung:

„Man hört immer wieder, dass die Wartezeiten auf die Begutachtung zu lang sind. So acht bis zehn Wochen sind nichts Ungewöhnliches. Das macht es allen Beteiligten schwer auch dem Pflegedienst.“

Neben der Dauer der Begutachtung wird diesbezüglich ein weiteres Problem, nämlich die Kooperation und Koordination genannt, was für die Pflegebedürftigen und Angehörigen erschwerend infolge der rechtlichen und bürokratischen Differenzierung auftritt. Dieses verdeutlicht z.B. die Äußerung eines Vertreters einer kommunalen Beratungsstelle:

„Der Pflegebedürftige hat also den Arzt, der zu ihm kommt, den MDK, der ihn begutachtet, einen Vertreter des Gesundheitsamtes, der im Auftrag der Feststellung der Pflegebedürftigkeit für den Sozialvertreter kommt und uns als Sozialarbeiter, die den hauswirtschaftlichen Bedarf feststellen. Dass es bei dieser Kombination etwas schwierig ist zu einem einheitlichen Bild von Hilfebedarf zu kommen, ist naheliegend. Zumal alle zu verschiedenen Zeiten kommen und innerhalb eines gewissen Spektrums da sind. Keiner dieser ‚Besucher‘ hat eine Kompetenz, die letztendlich alles zusammenfasst. Es wird vielleicht versucht, die anderen Gutachten einzusehen und zu bewerten. Für den Betroffenen ist es jedoch eine sehr undurchschaubare Situation.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die zu diesen Fragen durchgeführten Experteninterviews keine einheitlichen Aussagen zu den vorliegenden Mängeln beim Übergangsmanagement zulassen. Während auf der einen Seite nach wie vor primär der *Informationsfluss* zwischen Profis sowie zwischen Profis und Laien als Hauptproblem beim Übergang zwischen Versorgungsformen genannt wurde, sieht ein erheblicher Anteil der Befragten diesbezüglich mittlerweile doch gravierende Verbesserungen und die früher verbreiteten Probleme weitgehend behoben. Inwiefern die festgestellten regionalen Besonderheiten dafür allein ausschlaggebend sind, kann aufgrund des kleinen und nicht repräsentativen Samples der Befragung noch nicht gesagt werden. Hier müssten weitergehende Untersuchungen ansetzen.

3.3 Pflegeverträge

Hinsichtlich des Abschlusses und der Gestaltung von Verträgen zwischen den Pflegediensten und Pflegebedürftigen samt Angehörigen ergab sich wiederum ein recht einheitliches Bild, ohne wesentliche Unterschiede zwischen den Regionen oder Expertengruppen: Fast alle Befragten bejahten die Existenz diesbezüglicher Mängel, nur zwei gaben an, es seien ihnen „wenig“ oder „kaum“ Mängel bekannt geworden,⁶ während zwei sogar das völlige Fehlen von Pflegeverträgen und in diesem Zusammenhang die fehlende rechtliche Regelung monierten. Aufgrund dieses recht einheitlichen Befundes der dazu vorliegenden Expertenaussagen werden im folgenden die Angaben wiederum primär thematisch ausgewertet und zusammengefasst.

Unter den differenzierteren Benennung von Problemen der Vertragsgestaltung dominierten Angaben, die unter dem Begriff der ‚Kundenorientierung‘ zusammengefasst werden können. Dies beginnt bei der formalen Gestaltung der Verträge und dem berühmten ‚Kleingedruckten‘, was für ältere Menschen aufgrund häufig nachlassender Wahrnehmung in verschärftem Maße zum Problem werden kann, daran schließen sich Probleme an, individuelle differenzierte Wünsche und zugesicherte Leistungen in den Pflegeverträgen auch zu verankern, ferner werden die fehlende Flexibilität und Anpassung an den sich ändernden Pflegebedarf und die unzureichenden Kündigungsfristen als problematisch benannt.

Den Bogen der im folgenden näher betrachteten Problembereiche der Praxis der Pflegeverträge spannt recht gut stellvertretend für andere Befragte ein Vertreter einer Pflegekasse:

„Einerseits werden teilweise gar keine Verträge gemacht, dann mangelt es an der Aufklärung auch über den Inhalt der Verträge. Teilweise bestehen lange Kündigungsfristen, was man heute als Verbraucher nicht mehr hinnehmen muss. Teilweise werden die Verträge im Laufe des Pflegelebens nicht geändert, obwohl der Bedarf sich geändert hat, wird kein neuer Vertrag geschlossen. Wenn etwas anderes hinzukommt oder etwas anders gestaltet wird, wird das ignoriert. Es wird zwar anders gemacht und anders abgerechnet, aber der Vertrag bleibt wie er ist. Dann gibt es keine Möglichkeiten, einzelne Wünsche einzubringen. Nur in der Hinsicht, dass man auswählt, was man bekommt. Oder man ist eben nicht bereit, den Vertrag zu akzeptieren, dann muss man einen anderen Pflegedienst nehmen. Die Pflegedienste selbst gehen meist nicht von ihren Verträgen ab.“

⁶ Ein Vertreter einer Kommunalverwaltung (Ostdeutschland), ein Mitglied einer Seniorenvertretung (Westdeutschland).

3.3.1 ‚Kleingedrucktes‘ oder: ‚Wer blickt da noch durch?‘

Die mangelnde Transparenz und die nicht ausreichende Aufklärung über die Vertragsinhalte wurde mit Abstand als häufigstes Einzelproblem der Vertragsgestaltung beklagt. Erneut wurde in diesem Zusammenhang auch deutlich, dass bereits das „ganze System“, also die Regelungen und das Abrechnungssystem des Pflege-VG für die Klienten hohe Anforderungen stellt, die für Pflegebedürftige ohne persönliche Hilfe, d.h., ohne Angehörige, nur schwer zu meistern sein dürften, wie ein Vertreter einer Kommunalverwaltung hervorhebt:

„Ein Mangel ist, dass die Zuzahlung häufig schlecht ausgewiesen ist. Die Pflegeversicherung übernimmt nicht alle Leistungen und der Eigenanteil ist oft nicht ausreichend aufgelistet. Das ganze System ist für die Betroffenen schon sehr schwer zu verstehen und die oft komplizierten und schlecht nachvollziehbaren Verträge kommen noch hinzu. Gerade für Ältere, die sich ohne Angehörige entscheiden müssen, ist das eine große Leistung, das zu durchblicken und den Überblick zu behalten.“

Ergänzend ist ein Mitarbeiter einer Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige darauf hin, dass das Abrechnungssystem des Pflege-VG auch zu Problemen bei den Verträgen führt:

„Meine Entscheidung, welche Leistung ich haben will und die kostenmäßige Auswirkung sind zwei Dinge, die für die Betroffenen völlig undurchschaubar bleiben. Weil meine Pflegeleistung, die ich bekomme und die Umrechnung in Punktwerte ist ja so schön verschlüsselt, dass ich am Ende überrascht bin über den Betrag, den ich sehe, aber nicht zurückverfolgen kann, wie ich den ändern könnte.“

Allerdings wurde in zwei Fällen auch darauf hingewiesen, dass die Verträge oft nicht so genau gelesen werden würden, wie dies z.B. in der Äußerung eines Mitgliedes einer Seniorenvertretung eingeräumt wird:

„Ich denke, man muss sich die Verträge schon genau ankucken, auch das Kleingedruckte [...] Oftmals wird gesagt, das stand da nicht drin im Vertrag, jetzt muss ich noch so und so viel nachbezahlen [...] laut Vertrag brauchte ich nur 300 DM dazu zahlen monatlich, und jetzt fordern sie schon wieder was nach, eigentlich kann das nicht angehen. [...] Deswegen kann ich mir nicht vorstellen, dass die das immer so genau lesen. Und ein ambulanter Pflegedienst der reell ist, der muss auch darauf aufmerksam machen auf alles, auch auf das klein Gedruckte.“

Die Klage über Kleingedrucktes, das zumindest ausführlich zu erläutern wäre, wird in bezug auf die Pflegeverträge immer wieder geführt. Allerdings stößt die mögliche Aufklärung auch an Grenzen der Komplexität der Sache, da z.B. die Verträge im Hinblick auf rechtliche Auseinandersetzungen notgedrungen zahlreiche Aspekte berücksichtigen müssen, welche für die Pflegebedürftigen nicht immer auf Anhieb verständlich sind, darüber hinaus, so ein Vertreter des MDK, gibt es oft auch Grenzen der Aufnahmefähigkeit bei den Klienten:

„Es ist aber auch schwierig für Pflegebedürftige und Angehörige, inhaltliche Dinge aus dem Vertrag zu verstehen. In einzelnen Verträgen gibt es Punkte, die von Abwerbung sprechen, was in zweierlei Hinsicht gemeint sein kann. Zum einen geht es um die Abwerbung der Pflegekraft, dass sie zum Beispiel Privatleistungen erbringt, zum anderen kann die Situation gemeint sein, wenn eine Pflegekraft den Pflegedienst A verlässt und zum Pflegedienst B überwechselt, sie aber die Kunden nicht mitnehmen darf. Teilweise wird das auch in den Verträgen mit verklausuliert. Klauseln zu Datenschutz, die sicherlich rechtlich relevant sind, werden häufig nicht verstanden. Ein Mangel beim Zustandekommen des Pflegevertrages ist auch, dass der Vertrag zwar vorgelegt und teilweise auch vorgelesen wird, über die inhaltlichen Punkte im einzelnen aber nicht mehr gesprochen wird. Das führt dazu, dass es dann im Nachhinein zu Missverständnissen kommt. Die Angehörigen sagen: „Das hat mir niemand gesagt“ und der Pflegedienst verweist dann auf den Pflegevertrag. Manchmal besteht auch Zweifel, ob der Pflegebedürftige die Information nicht doch vergessen hat oder ob die Schuld wirklich immer bei dem Pflegedienst zu suchen ist. Gerade wenn der Verdacht auf Hirnleistungsstörung im weitesten Sinne besteht, ist die Frage, wer Recht hat.“

3.3.2 ‚Pauschal statt Individuell‘: Begrenzte Bedürfnisorientierung und Differenzierung

Neben der aus verschiedenen Gründen als mangelhaft empfundenen Transparenz ist die unzureichende Berücksichtigung *individueller* Bedürfnisse und die nicht immer *differenzierte* vertragliche Vereinbarung einzelner Leistungen der zweite Bereich, in dem durch die befragten ‚Multiplikatoren‘ hauptsächlich Mängel der Vertragsgestaltung ausgemacht wurden. Beides hängt wiederum zusammen, wie ein Vertreter des MDK erläutert: Je differenzierter das Vertragswerk desto individueller und nachvollziehbarer sei es für die Pflegebedürftigen. Allerdings sei dies mit einem größeren Aufwand und Einschränkungen in der Flexibilität für die Pflegedienste verbunden, weshalb die Praxis meist eher pauschale Vereinbarungen vorsehe:

„Es gibt wenige Möglichkeiten für die Pflegebedürftigen und Angehörige, die individuelle Gestaltung der Pflegeverträge mitzubestimmen, das begrenzt sich auf wenige Fälle. Es beschränkt sich meist darauf, welche Leistungen erbracht werden sollen [...] Das ist jedoch auch sehr unterschiedlich geregelt in den einzelnen Verträgen. Einige tragen in den Vertrag bloß ein: drei mal täglich Grundpflege. Andere formulieren es sehr ausführlich aus. Aus unserer Sicht ist das auch dringend erforderlich. [...] Das schlägt sich letztendlich auch nieder in der Veränderung oder Aktualisierung der Pflegeverträge. Derjenige, der anfangs schrieb, drei mal täglich Grundpflege, muss wenig verändern. Der Nachteil für den Pflegebedürftigen ist natürlich, dass er überhaupt nicht prüfen kann, ob er tatsächlich die Leistungen erhält, die im Vertrag vereinbart sind. Das mündet häufig in einem Abrechnungschaos. Der Pflegedienst sagt, der Angehörige haben doch die und die Leistungen unterschrieben. Der Pflegebedürftige sagt, er sei in dem Umfang nie darüber aufgeklärt worden und jetzt solle er auf einmal Zuzahlungen leisten. Die Aktualisierung ist natürlich schneller notwendig, wenn ich einzelne Leistungskomplexe aufführe. Dann kann der Pflegebedürftige leichter überprüfen, ob er die Leistungen erhält. Von uns und von den Betroffenen wird der Wunsch weitergetragen, genau zu spezifizieren, welche Leistung wann und wie oft erbracht werden.“

Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, wie z.B. der möglichst genau festgelegte Zeitpunkt der Durchführung einer Leistung, geschehe bei der Vertragsgestaltung ebenso selten wie

Wünsche hinsichtlich des eingesetzten Personals, etwa des Geschlechts der Pflegeperson, vertraglich berücksichtigt würden, so ein Vertreter des MDK. Dies sei durch organisatorische Gründe nur zum Teil gerechtfertigt, schließlich sei der Vertrag das wichtigste Mittel, um Wünsche der Pflegebedürftigen auch tatsächlich durchzusetzen und zu verwirklichen:

„Ein Punkt, der auch noch in die Vertragsgestaltung gehört, wenn es um individuelle Bedürfnisse geht, ist die zeitliche Gestaltung. Es wird häufig fixiert zum Beispiel drei mal am Tag Leistungskomplex eins, aber es wird selten spezifiziert, zu welchem Zeitpunkt diese Leistung erfolgen soll. Es geht also um eine Anpassung an den Tagesablauf oder an frühere Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Zum Teil ist es aus organisatorischen Gründen verständlich, zum Teil ist es aber auch unverständlich, wenn beispielsweise ein Pflegebedürftiger, der immer ein Frühaufsteher war, jetzt zu einer für ihn unerträglich späten Zeit erst gewaschen wird. Solche Dinge sollten fixiert werden. In die Individualität gehört, denke ich, auch noch mit hinein, wenn der Wunsch besteht, geschlechtsspezifische Pflege durchzuführen. Im Vertrag sollte berücksichtigt werden, ob jemand von einer gleich- oder andersgeschlechtlichen Person gepflegt werden will. Der Vertrag ist wirklich das einzig rechtlich Verbindliche und Entscheidende. Alles, was danach dokumentiert wird, hat zwar auch eine gewisse Rechtsverbindlichkeit, kann aber auch immer wieder verändert werden. Der Vertrag müsste dann neu angepasst werden und auch von beiden Seiten unterschrieben werden. Deshalb kommt dem Vertrag eine nicht unerhebliche Bedeutung zu.“

Die fehlende vertragliche Zusicherung der Einhaltung von Zeiten oder die verbindliche Benennung des eingesetzten Personals kritisiert auch ein Vertreter einer Kommunalverwaltung, der zusätzlich auf den Aspekt der bereits im Vertrag auszuweisenden Ansprechpartner oder Beschwerdestanz hinweist, was ebenso als Aspekt der Kundenfreundlichkeit von Verträgen – und vice versa – als Mangel genannt wird:

„Es gibt zum Beispiel wenig konkrete zeitliche Vorgaben für den Einsatz bzw. Besuch einer verantwortlichen Pflegefachkraft. Wenn einer nicht kommt, dann kommt eben jemand anderes ohne Qualifikation oder einer kommt nicht um 8 Uhr, sondern um 10 Uhr. [...] Meiner Meinung nach sollte auch Teilzeitpersonal nur bei Personen eingesetzt werden, bei denen der Unterstützungsbedarf zeitlich begrenzt ist. Je intensiver der Pflegebedarf, desto höher sollte der Einsatz von hauptamtlichem Personal sein. Man muss sich nur einmal vorstellen, dass in meine Häuslichkeit vielleicht sogar jeden Tag unterschiedliche Personen kommen. Das ist eine Situation, die nicht nur gewohnungsbedürftig ist, das geht darüber hinaus. [...] Ich habe auch kaum Verträge gesehen, die eine Beschwerdestanz in dem Vertrag selbst aufführen oder deutlich kennzeichnen. Es wird kaum explizit genannt, wer Ansprechpartner ist. Die Anführung eines speziellen Ansprechpartners ist sehr wichtig, denn es gibt grundsätzlich viele.“

Ein anderer Aspekt einer mangelnden Bedürfnisorientierung von Pflegeverträgen stellt dar, dass Leistungen in Verträge aufgenommen werden, welche die Pflegebedürftigen gar nicht haben wollen oder die nicht im Interesse ihrer ‚Reaktivierung‘ stünden und somit eher aus ökonomischen

Erwägungen der Pflegedienste weniger aus fachlichen Gründen Berücksichtigung fänden, wie ein Mitglied einer Seniorenvertretung konstatiert.⁷ Von dieser Seite wird jedoch auch darauf aufmerksam gemacht, dass auch die Pflegebedürftigen dem Slogan „alles drin“ eines Pauschalvertrages eher als dem „weniger ist mehr“ folgten, und dass sie unterschiedliche Leistungen im Vergleich zu anderen Pflegebedürftigen oft nicht ohne weiteres akzeptierten:

„Ich habe mitbekommen, dass die Pflegedienste zunächst versuchen, soviel wie möglich in die Verträge hineinzubringen, weil sich das besser rechnet. Sie versuchen auch dort Dienste mit in die Verträge hinein zu bekommen, den der Betreffende gut und gerne selber leisten könnte. Aus zwei Gründen wäre es wichtig, diese Leistungen selbst zu erbringen. Er würde deutlich mehr Geld sparen. Zweitens würde er auch seine Mobilität und Verantwortlichkeit und Agilität erhalten. Wenn der Dienst jedoch sagt, wir machen einen Pauschalvertrag und da ist alles drin enthalten, dann finden die Betreffenden das meist erst einmal gut. Das ist aber nicht immer optimal. Die Verträge müssten schon individueller gemacht werden. [...] Aber ich kenne auch individuelle Verträge[...] und wenn die Leute in einer betreuten Wohnanlage wohnen und sich untereinander austauschen und dann herauskommt, dass bei dem einen Staub gewischt wird und bei dem anderen nicht oder der eine das Frühstück auf das Zimmer hochgebracht bekommt und der andere nicht, dann gibt es Ärger. Man muss also die Differenzierung deutlich machen und jede Differenzierung bedeutet auch eine andere Finanzierung. Diese Sachen müssen mit den Älteren klar und deutlich ausgehandelt werden, dort darf nichts verschleiert werden. Die Pflegedienste wollen natürlich viel Geld und deshalb wird viel mit Pauschalen gearbeitet und ich denke, diese Pauschalen sind nicht immer notwendig.“

Darüber hinaus moniert eine Vertreterin einer Beratungsstelle mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen von Angehörigen von Pflegebedürftigen die Abweichung der Pflegeverträge von den Wünschen der Pflegebedürftigen und Angehörigen, aber auch von den später tatsächlich durchgeführten Leistungen:

„Oft stehen sind im Vertrag dann Leistungen vereinbart, die sie nicht haben wollten oder sie wollten eigentlich ein bisschen Geld haben und müssen jetzt doch zuzahlen. Es kommt auch oft genug vor, dass ein Vertrag abgeschlossen wurde, der Pflegebedarf sich nach zwei Monaten doch erhöht und dann kein Geld mehr übrig ist. [...] Mit diesen Variationen kommen die Angehörigen nicht klar. Die Pflegedienste sehen das oft pauschal und das muss mit den tatsächlichen Leistungen nicht übereinstimmen. Die Angehörigen wundern sich dann, weil der Vater gar nicht zwei Mal die Woche geduscht wird, es aber so auf den Abrechnungen steht. Sie fühlen sich dann oft betrogen und das trägt nicht gerade zu einem guten Verhältnis bei. Das Abrechnungssystem wird ja nicht mit der Absicht zu betrügen auf diese Weise betrieben. Aber dass dieses Rechnungssystem, was so variiert zwischen dem, was im Vertrag steht und dem was abgerechnet wird, gängig ist, finde ich sehr problematisch.“

⁷ In diesem Zusammenhang bemängelt eine Vertreterin einer Kommunalverwaltung – also aus der Sicht eines Sozialhilfe- und damit Kostenträgers – darauf hin, die Verträge oft über die vom MDK festgestellten Bedarfe hinaus reichende Leistungen enthielten.

Eine fehlende Kundenfreundlichkeit von Pflegeverträgen zeigt sich in vielen Bereichen, meist jedoch erst, „wenn es darauf ankommt“, d.h., wie es eine Vertreterin einer Verbraucherzentrale formuliert, „wenn etwas passiert und sich der Pflegedienst stur stellt“, etwa in Haftungsfragen, wie bei verlorenen Schlüsseln:

„Wir haben die Problematik mit dem Schlüssel heraus gearbeitet, also eine Haftung für verloren gegangene Schlüssel, die ja in den meisten Verträgen nur auf grobe Fahrlässigkeit beschränkt wird. Den Schuldigen zu finden, ist schwer. Meist sagt der Pflegedienst nur, es täte ihm leid, dass der Schlüssel verloren gegangen ist. Der arme Pflegebedürftige muss dann jedoch dafür sorgen, dass ein neues Schloss eingebaut wird und die Kosten werden nicht übernommen. Das kann doch eigentlich nicht sein. Wir haben uns das dann in den Verträgen angeschaut und verschiedene Klauseln heraus gezogen, die wir teilweise durch Urteile untermauern konnten. Es geht ja dann nach dem Gesetz zur Regelung der allgemeinen Geschäftsbedingungen. Danach prüfen wir das dann.“

Schließlich wird immer wieder die fehlende, nicht ausreichend schnelle oder ungenügende Anpassung von Verträgen an veränderte Bedürfnisse bemängelt, wie z.B. durch einen Vertreter einer Kommunalverwaltung:

„Bezüglich der Anpassung von Verträgen ist mir von den meisten Pflegediensten bekannt, dass es bei aktueller Verschlechterung oder Verbesserung zunächst für eine Woche verändert wird ohne Vertragsumgestaltung. Wenn der Zustand anhält, wird nach dieser einwöchigen Zeitspanne der Vertrag gegebenenfalls verändert.“

3.3.3 ‚Auf Gedeih und Verderb?‘: Die Kündigungsmöglichkeiten

Zuletzt wird in den Expertenbefragungen immer wieder die Kündigungsmöglichkeit sowie die Kündigungsfrist als wesentlicher Problembereich der Vertragsgestaltung benannt. Im Interesse der Pflegebedürftigen und Angehörigen liegt eine möglichst leichte Kündigung und kurze Kündigungsfrist für die selbst gewählte Kündigung und eine möglichst lange Frist für die vom Pflegedienst veranlasste, wobei wiederum die ‚ordentliche‘ und ‚außerordentliche‘ Kündigung zu unterscheiden sind. Im ökonomischen Interesse des Pflegedienstes liegen die dahingehenden Verhältnisse eher umgekehrt. Auch hier ist jedoch grundsätzlich nicht unbedingt von einer Konsumentensouveränität und den ausreichenden Fähigkeiten der Klienten, die Vertragsbedingungen in ihrem Sinne zu diktieren, auszugehen, eher im Gegenteil. So sieht eine Vertreterin einer Beratungsstelle generell das Problem für Pflegebedürftige, kurzfristig aus Verträgen auszutreten und in Verbindung damit auch die Gefahr, dass durch Pflegedienste dann noch Kosten nachgefordert werden, u.U. auch ohne erbrachte Leistungen:

„Es ist oft schwierig, kurzfristig auszutreten. Wenn zum Beispiel erst einmal die häusliche Pflege beantragt wird, der Pflegebedürftige aber doch noch einmal ins Krankenhaus muss, dann zeigen sich häufig die privaten Pflegedienste sehr wenig kooperativ. Die Angehörigen sagen, dass sie in den Fällen ganz genau die Abrechnungen kontrollieren müssen, weil der Tag der Krankenhauseinweisung oft abgerechnet wird, obwohl die Mutter nachts eingeliefert worden ist. Notfalls kann ja noch die Anfahrt abgerechnet werden, aber nicht die Körperpflege.“

Ähnlich formuliert ein Vertreter einer Pflegekasse das Problem für die Pflegebedürftigen und Angehörigen, schnell aus Verträgen herauszukommen, verbunden mit der Forderung nach einer Verbesserung dieser mangelhaften Lage.

„Ich denke die Kündigungsmöglichkeiten innerhalb dieser Verträge sind eine Schwachstelle. Es kommt immer wieder vor, dass ein Versicherter Probleme hat, sich von dem Pflegedienst zu trennen oder auch umgekehrt. Wobei da das Problem besteht, ob wir alle Verträge auch bekommen. Wir sind als Pflegekassen immer hinterher, die auch zu kriegen, wobei es ein nicht unerheblicher Aufwand ist. Ich denke, dass da noch die Notwendigkeit besteht, etwas zu verbessern.“

Zwar sind zur Kündigung von Pflegeverträgen, wie eine Expertin einer Verbraucherzentrale ausführt, mittlerweile richterliche Entscheidungen getroffen worden, welche eher den Interessen der Verbraucher und weniger jenen der Anbieter zu folgen scheinen. Dem scheint die Praxis noch nicht immer zu entsprechen, wie die Erfahrungen der gerade in diesem Bereich sehr aktiven und besonders gut informierten Verbraucherzentralen nahe legen:

„Ja, da gab es auch Probleme. Da waren unterschiedliche Fristen drin. Teilweise waren es zwei Wochen, in denen der Pflegebedürftige kündigen konnte und bei dem Pflegedienst waren es vier Wochen. Wir als Verbraucherschützer sagen jedoch, dass sich ein Pflegebedürftiger jeder Zeit vom Pflegevertrag lösen können muss. Da gibt es auch ein Urteil zu vom OLG Hamburg. Die Pflegedienste sagen, dass eine Kündigung zu jeder Zeit nicht ginge. Eine Woche wäre das Maximum. Wir sagen, der Pflegedienst als solcher muss eine lange Kündigungsfrist haben. Wenn der Pflegedienst kündigen will, dann gehen wir von 6 Wochen vor dem Quartalsende aus. Manche Pflegedienste hatten da auch nur 6 Wochen drin. Das ist für einen Pflegebedürftigen zu kurz. Angenommen der Pflegedienst kündigt aus welchen Gründen auch immer, dann muss der Pflegebedürftige ja auch die Möglichkeit gehabt haben, um jemand anderes zu finden. Da gab es Probleme. Aber wenn Sie sich den Musterpflegevertrag einmal anschauen in dieser Broschüre, der geht eigentlich auch von einer Woche für den Pflegebedürftigen und für den Pflegedienst sechs Wochen zum Quartal.“

Zwar muss in Extremfällen, denkbar sind Verfehlungen bis hin zur Anwendung von Gewalt von beiden Seiten, für beide Vertragspartner auch die Möglichkeit bestehen, außerordentlich und mit kürzeren Fristen zu kündigen, doch reklamiert die genannte Verbraucherschützerin auch hier eine für die ohnehin schwer belasteten Pflegebedürftigen und Angehörigen wohlwollende Regelung und Auslegung:

„Natürlich kann auch jeder außerordentlich kündigen unter bestimmten Bedingungen. Dazu gab es aber auch eine Klausel, mit der wir nicht einverstanden waren. Zum Beispiel ging es um schwerwiegende Verletzungen der Pflichten durch den Pflegebedürftigen. Man darf aber auch nicht vergessen, dass gerade Pflegebedürftige sehr unberechenbar sind, wenn sie Schmerzen haben oder es gar nicht mehr verstehen. Dann kann man so eine Klausel nicht in den Vertrag hinein nehmen. Also verschiedene Klauseln haben uns nicht so gut gefallen und die haben wir auch beanstandet.“

3.3.4 Fehlende und unzureichende Verträge bei fehlender Regulierung

Zwei Experten⁸ beklagten – dieses dürfte der gravierendste Mangel in diesem Bereich darstellen –, dass schriftlichen Verträge schlichtweg fehlten, ein besonders eklatantes Defizit, wie ein Vertreter einer Kommunalverwaltung und Beratungsstelle hervorhebt, der zudem in diesem Zusammenhang die fehlende gesetzliche Regelung und Einheitlichkeit bei den Pflegeverträgen im ambulanten Sektor moniert:

„Wir haben vor einem Jahr ungefähr als Pflegeberatung oder Pflegegeschäftsstelle eine Umfrage gemacht unter den Diensten. Wir wollten wissen, wie ist die vertragliche Situation geregelt. Über 90% aller Dienste haben keine schriftlichen Verträge. Das ist ein deutliches Manko. Wenn ich als Heimaufsicht in ein Heim komme und die haben keine Heimverträge, dann gibt es gleich eins auf die Mütze. Da hat der Gesetzgeber das sehr explizit geregelt, was in dem Vertrag drin stehen muss. Bei den ambulanten Diensten ist überhaupt nichts geregelt. Das ist ein absolutes Manko. Es müsste verpflichtend geregelt sein, dass das gemacht wird und es müsste auch einheitlich sein. Es kann sich nicht jeder seinen Vertrag so hinbiegen, wie es ihm passt. Es müsste so eine Art Mustervertrag geben.“

Ähnlich weist auch ein Vertreter einer weiteren Kommunalverwaltung auf das Defizit einer fehlenden rechtlichen Kodifizierung der Beziehungen zwischen die Pflegebedürftigen und Angehörigen und Pflegediensten hin:

„Wenn man das Vertragsverhältnis anschaut für den Einsatz von ambulanten Pflegediensten, so ist durch rechtliche Vorgaben relativ differenziert das Verhältnis einerseits zwischen den Pflegediensten und andererseits den Kassen geklärt. Es wird jedoch das Verhältnis zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigem relativ offen gelassen. Im stationären Bereich schaut das Heimgesetz gerade auf das Verhältnis zwischen Einrichtung und Bewohner. Die Pflegekassen schauen eher auf das Verhältnis des Finanziers zu den Leistungsanbietern, aber weniger auf des Verhältnis der Leistungsanbieter zu den Bewohnern. Ich denke, im ambulanten Bereich ist das auch der Fall.“

Die Regelung von Vertragsinhalten ist zwar auch Gegenstand von Zertifikaten oder Qualitätssiegeln, doch scheinen auch diese noch nicht sehr verbreitet, so dass auch ein anderer Vertreter ei-

ner Kommunalverwaltung als Gesamteinschätzung hinsichtlich der Pflegeverträge zu einem pessimistischen Urteil gelangt:

„Es ist Teil unserer Zertifikates, dass wir bestimmte Ansprüche stellen an den Vertrag. Ich kann wieder betonen, es ist nicht gewährleistet, dass die Ansprüche an die Vertragsgestaltung in der Fläche erfüllt werden.“

Ergänzend ist zur Frage der rechtlichen Regelung der vertraglichen Beziehungen zwischen Pflegediensten und die Pflegebedürftigen und Angehörigen darauf hinzuweisen, dass hier grundsätzlich allerdings die gesetzlichen Vorgaben zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und entsprechende gerichtliche Entscheidungen greifen. Darauf basierend haben Verbraucherzentralen Anforderungen an die Pflegeverträge und Musterverträge erstellt, welche z.B. auch Klauseln zu häufig von seiten der Verbraucherzentrale beanstandeten Haftungsfragen und zu Fragen der Preisänderung enthielten. Diese Musterverträge führten laut Aussage einer Vertreterin einer Verbraucherzentrale teilweise bereits zu einer Angleichung von Pflegeverträgen. Ob damit die von anderen Akteuren geforderte gesetzliche Regulierung obsolet ist, kann angesichts des hier deutlich gewordenen Mängelkatalogs zwar durchaus bezweifelt, soll hier jedoch nicht abschließend diskutiert werden.

3.4 Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung

Den Ausgangs- oder Eckpunkt bei der Erfassung des Pflegebedarfs und der Pflegeplanung bildet die Begutachtung durch den MDK und der von diesem im Zuge dessen aufgestellte Pflegeplan. Die dazu vorliegenden Einschätzungen der befragten Experten entsprechen weitgehend den bereits aus der dahingehenden öffentlichen Diskussion hinlänglich bekannten Kritikpunkten, wobei in den Befragungen allerdings immer wieder betont wurde, dass sich die Lage diesbezüglich sehr *verbessert* habe und die anfänglichen „Kinderkrankheiten“ nun überwunden seien. Ferner wird in diesem Zusammenhang zum Teil erklärend auf die Rahmenbedingungen sowie die damit verbun-

⁸ Ein Vertreter einer Kommunalverwaltung (Westdeutschland) und einer Pflegekasse (Ostdeutschland).

denen gesetzlichen, finanziellen und organisatorischen Restriktionen verwiesen. Insgesamt ist das Bild aus der Befragung recht heterogen und eher zwiespältig: Einerseits wird – nicht nur von Vertretern von Pflegekassen, sondern auch von Vertretern von Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen – verneint, dass Mängel bei der Begutachtung durch den MDK zu verzeichnen seien, andererseits werden ebenso häufig von verschiedenen Akteuren eine Reihe von Mängeln benannt. Die Einschätzung der Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung durch die Pflegedienste fällt von den befragten Experten demgegenüber deutlich einheitlicher und überwiegend kritisch aus. Signifikante *regionale* Besonderheiten und Unterschiede waren auch in diesem Fragekomplex allerdings in beiden Fragebereichen nicht zu verzeichnen.

3.4.1 Die Begutachtung und Pflegeplanung durch den MDK

Der von den Befragten – ungeachtet der heterogenen, d.h., nicht einheitlichen oder überwiegend negativen Einschätzung – aufgezeigte Mängelkatalog bei der Begutachtung des Pflegebedarfes durch den MDK umfasst die folgenden Punkte: die hohe, allerdings immer wieder als abnehmend eingeschätzte, Varianz der Einstufungen; die häufig als mangelhaft empfundene Einbeziehung von Angehörigen, Pflegekräften sowie Ärzten (auch: ärztliche Unterlagen) und die gesetzlichen sowie finanziellen Restriktionen, ferner in diesem Zusammenhang: die restriktiv erlebte Praxis von seiten der Pflegekassen, die vereinzelt auch auf Fehlanreize aufgrund der Trennung von Gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung zurückgeführt wird. Weitere vereinzelt genannte Kritikpunkte bezogen sich auf die mangelnde *Pflegequalifikation* der Gutachter; die geringen Anteile an Rehabilitationsempfehlungen; die lange Dauer der Verfahren; die ungenügende Berücksichtigung gerontopsychiatrischer Veränderungen und zuletzt: den Zeitmangel bei der Begutachtung.

Auch die durchaus kritische Selbsteinschätzung eines Vertreters des MDK enthält einige der genannten Punkte, so insbesondere die auch durch die versuchte Weiterbildung nur schwer zu verringemde *Varianz* der Gutachten und auch die als mangelhaft erlebten gesetzlichen Restriktionen; ergänzend weist er darauf hin, dass laut empirischen Auswertungen in 14% der Fälle Empfehlungen zur Rehabilitation ausgesprochen worden seien:

„Ich mache jetzt etwas, was man gerne macht, nämlich die Mängel auf jemand anderen schieben. Es sind nur 14 Verrichtungen insgesamt genannt, wobei auch wir davon ausgehen, dass Pflege mehr ist, als diese 14 Verrichtungen, von daher sind natürlich die Grenzen zum Teil durch den Gesetzgeber gesetzt. Zum anderen gibt es wie in allen Arbeitsbereichen Mängel, die wir versuchen durch Weiterbildung der internen und externen Mitarbeiter zu mildern und zu verbessern. Es gibt auch einen nicht zu unterschätzenden Punkt der

sogenannten gutachterlichen Freiheit bzw. Varianz und der wird sich, so lange es Gutachter geben wird, nicht gänzlich ausmerzen lassen. Dieser Punkt wird uns regelmäßig von der fachlichen Seite und der übrigen Öffentlichkeit vorgeworfen. Beispiel: wieso bekommt mein Nachbar Pflegestufe zwei, wenn er im Garten noch die Beete jäten kann, während mein Vater[...] oder dieser altbekannte Spruch: man muss wohl erst den Kopf unter dem Arm tragen, bevor man Stufe drei bekommt etc. Das gibt es auch bei uns. Das muss man realistisch sehen. Auch bei uns kommen unterschiedliche Gutachter teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen, warum auch immer. Ich hoffe das Ausmaß ist gering, aber Selbsteinschätzungen sind ja immer sehr gefährlich.“

Ein Vertreter einer Beratungsstelle zielt ebenso auf die offenbar als zu hoch empfundene Varianz der Gutachten und betont, dass das „Umfeld“ vom MDK zu wenig einbezogen werde, was zur höheren Güte, Zuverlässigkeit und Kontrolle der Selbsteinschätzungen der meist tatsächlich stark streuenden Bedarfe der Pflegebedürftigen führen könnte. Auch ist dessen Äußerung zu entnehmen, dass die Dokumentation der Pflege die Messungen objektiver und zuverlässiger mache:

„Dann ist es auch immer ein Zufallsgenerator, wer vom MDK kommt und wie die Situation gesehen wird. Schlecht ist, wenn der MDK den zu Begutachtenden nur alleine spricht und gar nicht das Umfeld fragt. Der zu Begutachtende will sich ja auch so gut wie möglich darstellen und das ist eine ganz verheerende Situation. Der behauptet, sich eigenständig zu rasieren, obwohl es die Familie oder der Pflegedienst übernimmt. Da ist dann die Dokumentation mit Zeitangaben für die Angehörigen auch eine ganz wichtige Sache, um zu zeigen, wie die Situation wirklich aussieht.“

In eine ähnliche Richtung geht die Äußerung einer Seniorenvertreterin, welche aus eigener Erfahrung die Varianz der Begutachtung ebenso wie die mangelnde Berücksichtigung ärztlicher Unterlagen sowie des häuslichen Umfeldes bemängelt:

„Da gibt es Mängel. Das habe ich am eigenen Beispiel erfahren bei meiner Schwester. Da wurde sie eingestuft in Pflegestufe I und da haben wir gesagt, das kann doch nicht angehen. Also von Anfang an war sie schon so schwer krank, dass sie zumindest Stufe II hätte haben müssen in den ersten paar Wochen und dann Pflegestufe III. Das ist oftmals so. Wenn man äußerliche Erkrankungen hat, die man sehen kann, dann handeln die ganz anders. Hat man aber innerliche Krankheiten, die nicht gesehen werden, dann kann der MDK das auch nicht so feststellen. Das ist ein Mangel, dass kein ärztliches Zeugnis dabei ist und der behandelnde Arzt und wenn dann der Gepflegte alleine ist, dann sagt der ich kann das noch und wenn der MDK dann weg ist, dann fällt der wieder zusammen und kann das einfach gar nicht mehr. Wenn dann nicht ein Bekannter oder Angehöriger dabei ist, dann werden die richtigen Mängel eben nicht erfasst.“

Ein Mitglied einer weiteren Seniorenvertretung betont, dass die Art der Befragung durch den MDK und die Methode der Selbstauskünfte fragwürdig sei, weil hier überwiegend zu positive Antworten vorlägen:

„Wenn der MDK zum Beispiel eine Pflegestufe I bewilligt und in Wirklichkeit ist es schon Pflegestufe II, dann kann schon der MDK vielleicht einen Fehler gemacht haben oder nicht gründlich genug geguckt oder gefragt haben. Die Art zu fragen, ist häufig nicht zweckmäßig. Zum Beispiel wird dann häufig gefragt, „Können Sie

noch alleine essen?“. Der Pflegebedürftige sagt dann häufig ja, obwohl er nur alleine essen kann, wenn es zuvor mundgerecht zubereitet worden ist. Oder der MDK fragt, „Können Sie sich noch alleine kämmen?“ Der Pflegebedürftige kann sich aber nur kämmen, wenn der den Kamm in die Hand gelegt bekommt und deshalb ist dort eigentlich Körperpflege notwendig.

Umgekehrt wird die ebenso theoretisch denkbare und in der Literatur diskutierte Tendenz der eher zu negativen Selbstauskünfte – aufgrund von ‚moral hazard‘ – in den Interviews nicht benannt. Implizit wird allerdings von einem Befragten einer Seniorenvertretung im Rahmen der Schilderung der Varianz der Begutachtung auf diese Möglichkeit verwiesen, weil manche mit Pflegestufe nach SGB XI noch „fidel“ seien, auch hier verbunden mit der Forderung einer weiteren Steigerung der Reliabilität und Objektivität der Begutachtung durch stärkeres Einbeziehen ärztlicher Unterlagen:

„Denn manchmal sieht man Menschen, die wirklich arm dran sind und andere sind dann eingestuft, die sind noch mopsfidel, dann hört man, Donnerwetter [...] und abends sind die dann auf der Kegelbahn. Und andere haben extreme Schwierigkeiten und werden doch nicht eingestuft. Da müsste was überarbeitet werden. Mit Sicherheit. Man müsste auch die ärztlichen Begleitpapiere einbeziehen.“

Eine andere Befragte, eine kommunale Seniorenbeauftragte, betont wiederum, dass die Tendenz des MDK eher restriktiv sei und keine Gefälligkeitsgutachten gemacht würden, was bedeutete, dass der MDK seine u.a. gesetzlich zugewiesene Rolle als ‚Türsteher‘ entsprechend wahrnehme. Allerdings erfolgt in diesem Zusammenhang eine – auch in der sonstigen fachlichen Diskussion zu hörende – Andeutung einer möglichen Anwendung von ‚Quoten‘:

„..., aber ich weiß auch nicht, ob er (der MDK, Anm. d. Verf., G.R.) nur so und so viel Prozent einer bestimmten Pflegestufe im Jahr vergeben kann. Ich weiß doch, dass das Geld überall fehlt. Ich gehe davon aus, dass die keine Gefälligkeitseinstufung machen. Die werden das eher hart handhaben. Zumindest hat hier noch nie jemand angerufen und gesagt, ich gebe einen aus, weil ich eine höhere Pflegestufe bekommen habe als ich brauche. Oft ist es eher der umgekehrte Fall.“

Dass sich Pflegebedürftige bei der Begutachtung durch den MDK eher ‚zu schlecht verkaufen‘, äußert auch eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle, welche auf den nicht zu vernachlässigenden Umstand der Scham aufmerksam macht, die eigene Insuffizienz gegenüber Fremden einzugestehen, was oft erst durch die Beratung von Angehörigen angeregt werden könne:

„Wir sind in der Regel nicht bei der Begutachtung dabei. Wir bringen den Stein aber hinterher oft ins Rollen. Wenn Angehörige da sind beraten wir diese, das haben ich schon erwähnt. Wenn der alte Mensch gefragt wird, der reißt sich meist unheimlich am Riemen und möchten sich vor dem Doktor nicht die Blöße geben, dass sie bestimmte Dinge nicht mehr können. Zum Beispiel Inkontinenz ist ihnen oft sehr peinlich. Wir ermu-

tigen jedoch stets die alten Menschen zu sagen, was sie nicht mehr können. Er soll nicht sozusagen den starken Mann spielen, so dass hinterher nichts bei herauskommt, wenn der MDK geht.“

Die stärkere Einbeziehung ‚kontrollierender‘ Akteure wie die Hausärzte sowie die Angehörigen erachtet auch ein geriatrischer Experte (Arzt), gleichzeitig Vertreter einer Selbsthilfegruppe, als der Qualität der Begutachtung durch den MDK förderlich. Auch dieser Experte betont indes die erzielten Fortschritte, hebt jedoch ungünstige Begleitumstände, wie die Zeitknappheit bei der Begutachtung als Mangel hervor:

„Ich denke, über die Eingruppierungen wird immer wieder gemeckert. Meiner Meinung nach hat es sich jedoch deutlich gebessert. Sie (gemeint ist der MDK, Anm. d. Verf., G.R.) sind jetzt gerade daran, für Demenzzranke ein Assessment zu machen. So ungünstig sind die Eingruppierungen im Durchschnitt nicht. Es ist extrem schwierig in der kurzen Zeit, in der einer etwas eingruppiert muss, es wirklich zu tun. Ärgerlich ist, dass selten der Hausarzt beteiligt wird. Wir in der Klinik bekommen sowieso selten etwas mit, wenn wir nicht selbst den MDK einschalten am Anfang. Oft haben auch Angehörige Schwierigkeiten, involviert zu werden. Das kommt auch daher, weil der MDK so viele am Tag zu beurteilen hat. An sich braucht man, um es wirklich beurteilen zu können, mehr Zeit.“

Die fehlende Zeit bei der Begutachtung kann sich recht drastisch auf die Reliabilität der Begutachtung niederschlagen, insbesondere da die Fähigkeiten und Einschränkungen der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf stark streuen können. Insofern wird von einigen Befragten darauf aufmerksam gemacht, dass die Varianz bei der Begutachtung zum Teil auch aus der Varianz der Fassung der Pflegebedürftigen resultiere oder, wie es ein Vertreter des MDK formuliert:

„Auf der anderen Seite kann es auch sein, dass unsere Gutachter in Einzelfällen auch mal daneben liegen. Das kann die verschiedensten Ursachen haben. Pflegebedürftige besonders auch mit Hirnleistungsstörungen haben auch mal einen guten Tag und mal einen schlechten Tag. Das kann schon enorme Auswirkungen haben auf den zeitlichen Hilfebedarf, den man zugrunde legt. Ähnlich ist es auch bei körperlichen Erkrankungen. Bei bestimmten Erkrankungen ist es bekannt, dass zum Beispiel eine morgendliche Antriebschwäche vorliegt.“

Ein weiterer Mangel, der auch in der fachlichen Diskussion erörtert wurde, stellt die Einbeziehung von Pflegekräften bei der Begutachtung durch den MDK dar, doch auch hier sehen die befragten Experten Fortschritte. Dazu wiederum der Geriatrie-Experte und Vertreter einer Selbsthilfegruppe mit einer eindeutigen Festlegung der Präferenz für Pflegefachkräfte beim Assessment:

„Einer der Grundmängel, der sich langsam verbessert ist, dass eigentlich den Pflegebedarf kein Arzt feststellen kann. Das kann nur eine Fachpflegekraft und sonst niemand. Das ist eine Utopie, dass ein Arzt das macht. Wie man überhaupt auf die Idee kommt, das heißt eigentlich, dass die Gesetzesmacher überhaupt nichts davon verstehen.“

Die Wichtigkeit der Begutachtung des Pflegebedarfs durch Pflegefachkräfte hebt eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle hervor, aber auch die dahingehenden Verbesserungen in der Praxis des MDK:

„Manchmal sind sie auch zu zweit, da sind Pflegekräfte dabei. Ich denke, um eine Pflege zu beurteilen, sollte einer dabei sein, der in der Pflege tätig war. Da kann ich nicht irgend jemanden nehmen. Das war ja zu Beginn auch das Problem bei den Ärzten, da hat man ja alles genommen, was Beine hat. Das war falsch. Man braucht Ärzte, die über eine gewisse Erfahrung verfügen. Ich kann auch keinen Kinderarzt oder Augenarzt nehmen. Das muss schon ein Internist sein oder vielleicht ein praktischer Arzt, der damit tagtäglich Kontakt hat und weiß, welche Hilfen jemand braucht. Das ist aber sicherlich besser geworden mit dem MDK. Da haben wir weniger Probleme, selbst mit Widersprüchen.“

Gleichwohl, so der geriatrische Experte und Vertreter einer Selbsthilfegruppe, bleiben Defizite bei der Begutachtung und Aufstellung von Pflegeplänen durch den MDK, etwa im Erkennen, der Empfehlung und Durchsetzung von *Rehabilitationsmöglichkeiten*. Dazu, so der Geriater, fehlten in der Regel die Kompetenzen beim MDK, andererseits lenkt er den Blick auf die Krankenkassen, welche an die Gutachten des MDK nicht gebunden seien:

„Was überhaupt nicht relevant ist, sind die noch bestehenden Fähigkeiten des Einzelnen. Entscheidend ist, dass der MDK eigentlich in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie hoch kompetent sein muss, um zu verdeutlichen, ob eine Reha sinnvoll ist oder ob eine Behandlung sinnvoll ist. Die zwei Sachen sind aber relativ selten. Behandlung darf nicht lang sein, Reha darf gar nicht sein, aber die Pflege muss lang und billig sein. Da muss man sich überlegen, ob man nicht lieber gar nichts macht und die Leute sterben in Würde. Ich denke, der MDK hätte deutlich mehr Möglichkeiten. Andererseits ist der MDK für sich unabhängig und die Krankenversicherung kann immer machen, was sie will. Sie tut es auch und vertuscht Mißstände über Mißstände.“

Generell mangelte es an der Empfehlung von Rehabilitation, so der Geriater, der etwas polemisch zuspitzt, Rehabilitation sei gar „ein Fremdwort“, sowohl beim MDK, aber noch mehr bei den Krankenkassen. Hinzu komme die kurze Verweil- und Behandlungsdauer in den Kliniken, welche für die älteren Menschen einen zusätzlichen Druck verursachten und ihn häufig zum Pflegefall ‚machen‘, ohne dass Behandlung und Rehabilitation ausgeschöpft wären. Dahinter, so kann interpretiert werden, stehe eine Fehlsteuerung aufgrund der unterschiedlichen Organisation und Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung – hinzuweisen wäre hier auf die Fehlallokation infolge des in GKV und PKV unterschiedlich gestalteten Finanzausgleichs (vgl. Rothgang 1997):

„Ich kenne kein einzige Gutachten des MDK, das zunächst eine Pflegeversicherungsleistung nicht empfiehlt, weil erst eine Rehabilitation erfolgen soll. Viele sagen, die Krankenkasse lacht mich aus und fegt das sofort vom Tisch. Die Krankenversicherung bestimmt ja letztendlich, was bezahlt wird oder nicht. Dadurch ist die Reha in diesen ganzen Bereichen ein völliges Fremdwort. Man spricht zwar immer von geriatrischer Rehabilitation, die gerontopsychiatrische Rehabilitation ist eigentlich noch weniger bekannt. Darunter versteht man

eigentlich nur so ein paar Schönheitsgeschichten. Das, was wirklich oft notwendig wäre, geschieht nicht durch die verringerte Verweildauer in der Klinik. Der alte Mensch braucht aber mehr Zeit, die bekommt er nicht, also wird er zum Pflegefall. D.h., dass wir hier in den letzten Jahren mehr oder weniger Fälle zu Pflegefällen gemacht haben. [...] Da beginnt für mich die Qualität, weil es ein Kontinuum ist und letztendlich die Kranken- und Pflegeversicherung ein Topf sein muss. Solange das getrennt ist, ist der Rest Blödsinn.“

Ob und in welchem Ausmaß dieses Problem besteht, kann hier nicht abschließend beurteilt werden, da wie bereits ausgeführt die Äußerungen der Befragten diesbezüglich durchaus heterogen sind. Erinnert sei daran, dass laut Auskunft des o. g. Vertreters des MDK in 14% der Fälle Empfehlungen zur Rehabilitation ausgesprochen worden seien. Dass die Pflegekassen nicht unbedingt an die Gutachten des MDK gebunden sind und dort ausgesprochene Empfehlungen, so auch solche zur Wohnraumanpassung, nicht weitergegeben werden müssen, bemängelt auch ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, der gleichzeitig auf dahingehende Unterschiede zwischen der Praxis einzelner Kassen aufmerksam macht:

„In dem Gutachten wird darauf hingewiesen. Das Gutachten geht an die Pflegekasse, die dann wiederum dem Pflegebedürftigen anbieten müsste oder ihn darauf hinweisen müsste, dass dieses Hilfsmittel auch eingesetzt werden kann. Ich erlebe das oft bei den Wohnungsanpassungsmaßnahmen. Wenn es darum geht, dass die Pflegefachkraft empfiehlt, das Bad umzubauen oder auf fehlende Dinge und aufgrund dessen erschwelter Pflege aufmerksam macht, dann ist das durchaus im Gutachten erwähnt. Aber die Pflegekasse schreibt nicht dem Versicherten, das und das wurde angeboten und dafür hätten wir auch 5.000 DM zur Verfügung. Das erlebe ich dann nicht. Irgend wann kommt der Pflegedienst und sagt, das ist schwierig und man könne daran doch etwas machen. Dann kommt man zur Wohnberatungsstelle, die auch dem Sozialdienst angeschlossen ist, und da wird erst deutlich, dass es im Gutachten bereits erwähnt ist und die Kosten kein Problem sind, wenn man sie in Anspruch nimmt. [...] Das scheinen aber unterschiedliche Erfahrungen zu sein. Es gibt auch Pflegekassen, die von sich aus auf die Möglichkeiten hinweist. Man muss unterscheiden, welche Pflegekasse da wie vorgeht.“

Ebenso nicht erschöpfend kann gesagt werden, in welchen Bereichen sich die vereinzelt beklagte lange Dauer der Verfahren von der Begutachtung bis zur Leistungsbewilligung bewegt. Laut verschiedenen hier geäußerten Nennungen sei von durchschnittlich 4-6 Wochen auszugehen, was für die Betroffenen „nicht zumutbar sei“, so ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle:

„Oftmals ist der Zeitraum von der Antragstellung bis zur Begutachtung zu lang. Es gibt ein Phänomen. [...] D.h., für die Betroffenen bleibt in der ambulanten Situation immer das Problem, dass wenn sie an einem bestimmten Punkt eine Pflege finanzieren sollen nicht sagen können, was auf sie zukommt und was sie auch bezahlt bekommen von der Pflegeversicherung. [...] Das ist das größte Manko, dass der MDK nicht zügig zu solchen Einschätzungen kommen kann, sondern immer einen längeren zeitlichen Vorlauf haben muss, der nicht vertretbar ist. Für die Betroffenen ist das nicht zumutbar. Und wenn es dann auch noch zu einem Verfahren kommt, in dem Sozialhilfeleistungen zusätzlich gezahlt werden, dann kann es u.U. Wochen dauern, bevor die Personen Geld bekommen. Wenn da Pflegedienste nicht vorleisten würden, - und das muss man ihnen einfach zugute halten, dass sie ins Blaue arbeiten - dann würde in vielen Fällen Notstand eintreten.“

3.4.2 Die Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung durch die Pflegedienste

Generell herrscht bei den Äußerungen zu diesem Fragekomplex eine kritische Einschätzung vor, nur in zwei Ausnahmen wurde die Existenz dahingehender Mängel verneint. Erneut konnten im hier interessierenden Fragebereich *keine regionalen* Auffälligkeiten oder Unterschiede bei den Einschätzungen festgestellt werden. Betont wurde dagegen, dass die Pflegelandschaft auch hinsichtlich der Einschätzung des Pflegebedarfs und der Pflegeplanung äußerst heterogen sei, wie z.B. durch ein Mitglied einer kommunalen Beratungsstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen:

„Es gibt einige Pflegedienste, die legen sehr viel Wert auf die Erstberatung, dass eine qualifizierte Kraft dort hinget und sehr genau nachschaut, was zu tun ist. Das ist korrekt. Was teilweise nicht eindeutig geregelt ist, ist die Frage, wie die Dokumentation und Planung sowie Kontrolle der Prozesse dann stattfindet. Dass dokumentiert wird, ist inzwischen Gott sei Dank klar. Die Qualität der Dokumentationen ist jedoch sehr unterschiedlich und auch sehr abhängig von dem eingesetzten Pflegepersonal. Die Art und Weise wie Pflegedienste auf die Durchführung dieser Pflegeplanung achten, ist sehr unterschiedlich. Es gibt Pflegedienste, die nur auf Nachfrage ihre Erstkontaktfachkraft mitschicken. Andere Pflegedienste stellen wirklich regelmäßig diesen Kontakt her. Das ist sehr individuell von Dienst zu Dienst verschieden geregelt.“

Unter der Mängelbeschreibung, welche sich in zwei Bereiche zusammenfassen lässt, dominierte die Kritik, dass die Erfassung des Pflegebedarfs und die Pflegeplanung zu wenig differenziert und umfassend sei, d.h. zu sehr als Programm abgespult werde, was sehr häufig in diesem Zusammenhang geäußert wurde. Vereinzelt wurden dazu Erklärungen angeboten, welche auf die Rahmenbedingungen (Finanzierung, Qualifizierung) abhoben. Zum Teil werden aus den Rahmenbedingungen weitere Folgeprobleme abgeleitet. Der zweite Bereich der bei diesen Fragen häufig geäußerten Kritik bezog sich auf Zweifel, inwieweit die Erfassung des Pflegebedarfs und die darauf folgende Planung ebenso wie Konzepte oder Leitbilder – häufig wurde in einem Atemzug auch die Dokumentation genannt – auch ‚umgesetzt‘, d.h., angewandt und ‚gelebt‘ würden.

3.4.2.1 ‚0-8-15-Planung des Pflegebedarfs‘

Unabhängig von der Erfassung des Pflegebedarfs und der Pflegeplanung durch den MDK müssen die Pflegedienste vor Beginn der Pflege eine eigene umfassende Einschätzung des Pflegebedarfs und eine Pflegeplanung vornehmen. Dass sie hier auf die Gutachten des MDK aufbauen sollen oder können, scheint überwiegend nicht gewährleistet. Allerdings wurde vereinzelt auch einer unabhängigen, vom MDK-Gutachten losgelösten Einschätzung der Erfassung des Pflegebedarfs durch die Dienste den Vorzug gegeben, schon weil diese umfassender sein soll als die

vom SGB XI vorgegebene eng angelegte. Gerade diese umfassende Orientierung scheint jedoch laut den Experteneinschätzungen auch bei den ambulanten Pflegediensten nicht immer vorherrschend: Der am häufigsten genannte Kritikpunkt hinsichtlich der Erfassung des Pflegebedarfs und der Planung der Pflege durch die Pflegedienste ist, dass dieses wenig differenziert geschehe und vielmehr wie ein Programm à la „0/8/15“ ‚am Fließband‘ abgespult werde, so ein Vertreter einer Pflegekasse:

„Eigentlich müssten die (die Pflegedienste, Anm. d. Verf., G.R.) die gleichen Erkenntnisse bekommen über den Patienten wie der Gutachter vom MDK. Aber das ist manchmal haarsträubend. Es sind teilweise ganz andere Sachen. Woran liegt das? Das liegt teilweise daran, dass die Pflegedienst ihr bestimmtes, festgelegtes Programm haben. Die Leute nehmen das als gegeben hin. [...] Der alte Mensch denkt auch oft, das muss so sein. Da kommt jemand, meistens in weiß, und da ist für die schon die eigene Meinung unter den Tisch gekehrt. Das Thema Pflegeplanung handeln die Pflegedienste sehr leger. Oft geht es nach dem 08/15-Prinzip. Oft sagen die Pflegedienste: ‚Pflegeplanung, Dienstbesprechung, das werden wir nächste Jahr mal angehen.‘ Es wird oft ins Blaue gepflegt. Das ist nicht nur bei Privaten so, wo es scheinbar oft auf Gewinn ausgerichtet ist. Besonders viele karitative Organisationen haben nicht viel mit Planung im Sinn. Ich nenne es oft Pflegefabrik. Auch Kirchliche können sich davon nicht freisprechen, Fließbandpflege zu machen. Teilweise merkt man einfach, dass da nicht viel geplant ist, um nicht zu sagen planlos ist. Wenn wir mal Dokumentationen anfordern, sieht man das.“

Andere Akteure, so z.B. ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, formulieren eine in der grundsätzlichen Stoßrichtung ähnliche Kritik an der Praxis der Erfassung des Pflegebedarfs und der Planung der Pflege durch ambulante Pflegedienste. Der genannte Experte sieht ein Manko insbesondere darin begründet, dass von der Seite der Budgets und der Leistungskomplexe, d.h., vom ökonomischen Interesse und weniger vom individuellen Pflegebedarf aus gedacht werde:

„Ausschlaggebend für alles sind die leistungskomplexorientierten Denkweisen. Das ist nicht gerade das, was im Rahmen der sozialarbeiterischen und pflegerischen Anamnese oder des Assessmentgedankens etwas ist, was den Gesamtbedarf wirklich feststellt. Trotz der Postulate der Pflegeversicherung, dass alles in einer Hand sein soll und die Aussage des einen für den anderen maßgeblich ist. [...] Einige Verbände haben eine bestimmte Taktik. Sie sagen, ‚ich weiß, welche Pflegestufe du hast und ich weiß, wie viel Geld du bekommst. Ich mache dir einen Vertrag über professionelle Pflegeleistungen genau im Rahmen dessen, was du an Geld von der Pflegekasse bekommst. Das ist meine Richtlinie. Ich will gar nicht mehr Geld von dir haben, weil das Geld von der Pflegekasse bekomme ich sicher. Alles andere ist eher unsicher. Also will ich gar nicht mehr Pflegeleistungen hinein stecken.‘ Das ist Hauptkriterium. Davon leiten sie den Pflegebedarf ab.“

Ein weiterer Vertreter einer Beratungsstelle hebt auf den Zeitmangel ab – dem allerdings wiederum ein ökonomischer Hintergrund zugrunde liegt. Ferner, so lässt sich interpretieren, geht mit dem Zeitmangel und der dadurch bewirkten ‚Programmierung‘ der Pflege auch die Anpassung an im Zeitverlauf wechselnde oder sich verändernde Bedürfnisse verloren:

„Ich denke, da ist auch noch einiges im argen, weil das auch Zeit kostet und die ist immer knapp bemessen. Wenn ich mir bei einer vernünftigen Beratung auch Zeit nehme, dann ist es leicht, anhand dieses Gespräches, den Kostenvoranschlag oder einen Pflegeplan zu machen. Auch wenn sie sich die Dokumentation anschauen, das ist so ‚08/15‘. Ich denke, so eine Dokumentation, die müsste auch unterschiedlich sein. Die kann nicht jeden Tag gleich sein. Ein alter Mensch ist nicht jeden Tag gleich in Form.“

Eine Leiterin einer Beratungsstelle und Angehörigengruppe ergänzt, dass allerdings auch die Klienten oft nur unklare Vorstellungen des Pflegebedarfs hätten, die sich indes, wenn sie denn ausgeprägt seien, gegen die ökonomischen Interessen der Pflegedienste auch nur schwer durchsetzen könnten:

„Die Ermittlung des Pflegebedarfs ist nicht unproblematisch. Viele Angehörige haben sich nicht genau überlegt, was sie brauchen. Sie haben eine diffuse Vorstellung von Entlastung und wissen nicht genau, was sie wollen. Wenn sie zunächst relativ allgemein Hilfe am Morgen wünschen, bekommen sie direkt die entsprechenden Hilfekomplexe der Pflegedienste vorgesetzt und dann ist das sozusagen festgelegt. Die Angehörigen kennen eben diese Leistungskomplexe nicht. Andererseits habe ich auch gehört, dass bei einer genauen Äußerung der Vorstellungen, die Pflegedienste sagen, das sei ihnen zu wenig. [...] Die Pflegedienste schauen, dass sie das, was sie festgelegt haben, irgendwie erreichen. Mit diesen Variationen kommen die Angehörigen nicht klar. Die Pflegedienste sehen das oft pauschal und das muss mit dem tatsächlichen Bedarf und den Leistungen nicht übereinstimmen.“

Nicht nur auf der Seite der Anbieter werden ökonomische Interessen als dominierend ausgemacht, welche einer dem Bedarf gerecht werdenden Pflege abträglich seien, auch die Betroffenen selbst, forderten häufig ein Angebot, was möglichst eigene finanzielle Mittel verschone, so ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige:

„Teilweise wird das aber auch von dem Betroffenen eingefordert. Die sagen, ich müsste das selbst bezahlen und das will ich nicht, also macht mir ein Angebot. Da spielen also beide Faktoren mit hinein. Aber das ist für viele Pflegedienste die Maßgabe dessen, was sie an Pflege hineinstecken. Daraus ergeben sich die Pflegeziele. Ich denke, dass auch ein Teil, was man als Pflegeplanung betreibt, mit den Zielen des Patienten nicht unbedingt übereinstimmt. Das heißt, es werden auch Angebote gemacht, die dann gar nicht angenommen werden. Es muss also auf eine praktikable Ebene verändert werden, die der einzelne dann auch zulässt. Ich erlebe das oft bei den Pflegefachkräften des Gesundheitsamtes. Die sind sehr euphorisch und schreiben sehr großartige Ziele hinein, nur das ist gar nicht realisierbar, weil das der Patient gar nicht zulässt. Das kann ich mir auch gut beim MDK vorstellen und auch bei den Pflegediensten, die vor Ort die Pflegeplanung machen, dass die das so machen und dann will der Patient das nicht [...] der will teilweise nur das, was unbedingt notwendig ist, ansonsten soll man ihn zufrieden lassen.“

Unter der Dominanz ökonomischer Interessen kämen, so einzelne Äußerungen, die Förderung und die Prävention bei der Ermittlung des Pflegebedarfs und der Pflegeplanung zu kurz, es herrsche die ‚Versorgungspflege‘ vor, wie es ein Repräsentant einer kommunalen Beratungsstelle nennt:

„Pflegeziele sind, denke ich, sehr konservativ gedacht, wenn sie formuliert sind. Wenig sind Förderaspekte enthalten, die eigentlich sehr sinnvoll wären. Präventivaspekte werden von vorne herein verhindert durch die Struktur der Finanzierung. Da die Finanzierung gerade auch der Pflegeversicherung auch stark an den bestehenden Tätigkeiten orientiert ist, bleibt es wirklich häufig in der Versorgungspflege stehen und weniger in der aktivierenden Pflege. Aktivierende Pflege ist zwar bei fast allen Leitbildern, wenn sie vorhanden sind, ein Grundsatz. Im konkreten Einzelfall ist es jedoch schwer zu beobachten.“

Noch weitreichender formuliert ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe und Leiter einer geriatrischen Klinik die fundamentale Kritik, dass *präventives* Arbeiten für Pflegedienste ökonomisch kaum interessant sei, im Gegenteil. Bisher, so lässt sich die scharfe fachliche Kritik interpretieren, werde vom System schlicht Geld und Leistungen verteilt, ohne eine ausreichende Bedarfs- und Qualitätsorientierung sowie präventive Arbeit zu fördern:

„Solange die Dienste immer noch sagen, wenn wir jemand sinnvoll rehabilitieren, dann bekommen wir später weniger Geld und werden bestraft. Solange die Einstellung vorhanden ist, wird sich da nichts verändern. An sich müsste man ja sagen, wenn es einem besser geht, dann braucht er weniger Geld und das ist doch ein Erfolg. Dieses Denken ist aber überhaupt nicht vorhanden. Da ist die Frage, wie man das mehr in den Griff kriegen kann. Das ganze Denken in der Pflegeversicherung ist falsch, dass wenn jemand aufgrund einiger Aktivitäten in eine niedrigere Pflegestufe kommt, dann wird das als Bestrafung dieser Aktivitäten erlebt. Auf der anderen Seite muss man sagen, es ist relativ eng [...] vom Budget. Das Interesse ist also nicht wirklich groß, etwas Sinnvolles erfassen zu wollen. Das sind dann einfach so und so viel Mark und die werden verteilt. Das ist etwas Wichtiges für die gesamte Qualitätsdiskussion.“

Ein Vertreter des MDK geht zwar nicht soweit in seiner Problembeschreibung hinsichtlich der Ermittlung von Möglichkeiten der Aktivierung, doch sieht er ebenso dahingehende Mängel, deren Ursachen er zwar primär im ökonomischen Bereich sucht. Ergänzend sieht der MDK-Vertreter, der selbst eine Pflegeausbildung aufweist, jedoch auch dahingehende Defizite der Ausbildung.

„Die Pflegeplanung ist häufig sehr problemorientiert. Ressourcen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen werden oft nicht berücksichtigt. In dem Punkt kommt es also auch zu einer Schiefelage, dass zum Teil anderes von den Pflegediensten übernommen wird als das, was eigentlich übernommen werden müsste. Ich möchte nicht sagen, dass es generell mehr ist, es ist häufig in anderer Form. Prinzipiell gibt es ja fünf Formen der Hilfeleistung: Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung mit teilweise Übernahme und vollständiger Übernahme. Die Grenzen sind natürlich schwimmend, aber die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen werden teilweise vom Pflegedienst nicht berücksichtigt. Was auch noch ein bisschen untergeht, ist der Punkt der aktivierenden Pflege, zu dem die Pflegedienste eigentlich auch verpflichtet sind. Aus verschiedensten Gründen erfolgt das häufig nicht. Zum Teil ist es ein Zeitproblem und damit für die ambulanten Dienste auch ein finanzielles Problem. Aktivierung dauert im Zweifel länger, als schnell etwas vollständig zu übernehmen.“

Die pauschale Einschätzung des Pflegebedarfs durch Pflegedienste wird mehrfach als Problem angesprochen, der genannte Leiter einer geriatrischen Klinik und Selbsthilfegruppe betont explizit die besondere, auch in der Fachliteratur besprochene Schwierigkeit, den Pflegebedarf dementer

oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Personen korrekt einzuschätzen. Denn hier sei eine extrem große Varianz auch im Zeitverlauf zu verzeichnen, dem die bisherige, vom Pflege-VG vorgegebene, Praxis der Einstufung nur unzureichend Rechnung trage:

„Ein Instrument gibt es glaube ich im Moment nicht, nach dem man in etwa vorgehen kann, was gemacht wird und welcher Zeitaufwand notwendig ist. Ich denke, das wird über den Daumen gepeilt. Das ist auch schwierig, denn heute brauche ich für eine Tätigkeit 10 Minuten und morgen eine halbe Stunde. Die Frage ist, wo abgezockt wird und wo es gerade noch möglich ist, die Pflege durchzuführen. Das wird in dem Bereich immer sehr schwierig bleiben. Man muss immer wieder sehen, welche Krankheitsbilder es sind. Man kann nicht einfach sagen, der ist dement, das ist Blödsinn. Das ist zu wenig, denn da geht die Differenzierung verloren. Die findet aber nicht statt. Dadurch ist der ganze Laden schon zum teil wischiwaschi. Das müsste deutlich differenzierter sein. Es wird ja auch immer wieder vorgeschlagen, dass es 6-7 Stufen mindestens sein müssten. Man vergisst auch immer wieder, dass die Demenzkranken die Hauptgruppe sind. Es weiß auch keiner, was richtig ist [...] und das andere ist, dass sich Dinge immer wieder verändern können. Auf die Differenziertheit des Bedarfs des Einzelnen oder einmal mehr einmal weniger Pflege, darauf wird überhaupt nicht eingegangen. Dement ist dement und das war es dann. Da fehlt es. Man muss einfach schauen, welche Formen notwendiger Unterstützung braucht er und das ist einfach variabel.“

3.4.2.2 Mangelnde Anwendung von Pflegekonzepten und -plänen

Der zweite Bereich kritischer Nennungen zielt auf die praktische Anwendung und *Umsetzung* der Pflegepläne und der Pflegekonzepte, was bereits in den genannten Zitaten angeklungen war. Ein wesentliches Anwendungsproblem scheint zu sein, dass Pflegeplanungen nicht ständig den sich verändernden Bedürfnissen der Pflegebedürftigen angepasst werden, wie es in einer Äußerung eines Vertreters des MDK zum Ausdruck kommt:

„Dann ist es so, dass Pflegeplanungen teilweise vor Beginn der Pflege erstellt werden, sie werden aber häufig im Laufe der Pflege nicht evaluiert. Damit kommt es häufig nicht zu einer Aktualisierung. Pflegeplanungen spiegeln daher häufig nicht das Bild wieder, was wir antreffen, wenn wir vor Ort kommen.“

Ferner weist ein Vertreter einer Pflegekasse darauf, dass differenzierte Pflegekonzepte fehlten und dass darüber hinaus auch Zweifel an der Anwendung angebracht seien:

„Ohne ein vernünftiges Pflegekonzept kriegt hier keiner einen Vertrag. Ich würde fast sagen, in der Hälfte aller Fälle geht das Konzept ein- bis mehrmals wieder zurück, weil es keines ist. Viele haben teilweise kein Konzept. Und dann ist die Frage: Wie ist es mit der Anwendung von Konzepten? Ich würde teilweise sagen, Papier ist geduldig. Man arbeitet nicht bewusst nach dem Konzept.“

Auch auf einer konkreteren Ebene, bei der Abdeckung des festgestellten Pflegebedarfs und der Umsetzung der Pflegepläne, werden von einem weiteren Vertreter einer Pflegekasse Defizite

ausgemacht, der übrigens – als einer der Wenigen unter den hierzu antwortenden Experten – betont, dass die Erfassung des Pflegebedarfs insgesamt weniger ein Problem darstelle:

„Ich gehe davon aus, dass größtenteils die Pflegedienste richtig erfassen, was in den einzelnen Fällen notwendig ist. Sie versuchen es dann auch umzusetzen, es kann dann jedoch an dem vorher Genannten wieder scheitern, weil gesagt wird: ‚Nein, das will ich nicht, das macht jemand anderes.‘ Inwieweit dann nicht nur bei der Erfassung des Pflegebedarfes, sondern auch bei der Umsetzung des Bedarfes individuell gehandelt wird, der Pflegedienst zum Beispiel dem Tagesablauf des Pflegebedürftigen zu Hause anpasst, ist zweifelhaft. Ich denke, die Erfassung des Bedarfs ist kein Problem. Bei der Umsetzung allerdings könnten Mängel bestehen.“

Mängel bei der Umsetzung von Pflegeplänen sieht auch ein Vertreter des MDK, der in diesem Zusammenhang ein Grund für die mangelnde Deckung festgestellter Bedarfe darin sieht, dass die Gutachten und Pläne des MDK nicht automatisch auch an die Pflegebedürftigen gingen und den Pflegediensten bei ihrer Pflegeplanung in der Regel nicht zur Verfügung stünden. Allerdings betont er in seinen weiteren Ausführungen, dass es einer Pflegefachkraft theoretisch ohne weiteres möglich sein müsste, den Pflegebedarf und die Pflegeplanung auch ohne das Gutachten des MDK korrekt einzuschätzen.

„Mängel sehe ich in der Umsetzung. Sehr häufig ist es so, dass verschiedene Maßnahmen in dem Pflegeplan empfohlen, dann aber nicht umgesetzt werden. Die Gründe dafür sind sehr vielschichtig. Zum einen müssten zur Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen verschiedene Personen das Pflegegutachten bekommen. Von uns geht es zu Pflegekasse hin und die Pflegekasse leitet es aber nicht generell an den Pflegebedürftigen weiter. Einige Kassen machen es, andere machen es nur nach Aufforderung oder in Widerspruchsfällen. Der Pflegebedürftige erfährt also zum Teil gar nicht, welche Empfehlungen wir überhaupt gegeben haben. Oder die behandelnden Ärzte erfahren unsere Empfehlungen nicht. Eigentlich ist es so, dass die Pflegedienste es wiederum nur über den Pflegebedürftigen beziehen können, da es persönliche Daten sind. [...] Sie bekommen es jedoch nicht automatisch und deshalb bekommt es auch nicht automatisch der Pflegedienst.“

Ein weiteres Problem bei der Erfassung des Pflegebedarfs, der Pflegeplanung sowie der Umsetzung von Pflegeplänen wird von einigen der befragten Experten in der ungenügenden und unterschiedlichen *Qualifikation* und Erfahrung von Pflegekräften gesehen. So betont ein Vertreter einer Kommunalverwaltung erneut kritisch die ökonomischen Interessen der Pflegedienste und vor allem die heterogene Struktur der Pflegedienste, so dass von ihm in diesem Bereich eindeutig ein „Verbesserungsbedarf“ ermittelt wird:

„Bei der Erfassung, habe ich den Eindruck, liegt viel im Argen, besonders was Kenntnisse und Wissen der Pflegekräfte angeht, eine dezidierte Aufnahme zu machen oder eine Pflegeplanung mit Zielsetzung und Pflegeprozess zu dokumentieren. In diesem Punkt sind sich auch viele Pflegedienste einig, dass das Personal weiter qualifiziert werden muss. Manchmal kommt es vor, dass Pflegedienste zu viel Pflegebedarf sehen, um

die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung auszunutzen. Ich denke, die Bandbreite ist sehr groß. Es gibt sehr gute qualifizierte Pflegedienste mit examiniertem Personal, die das können und von denen es auch verlangt wird. Es gibt auch Pflegedienste mit weniger qualifiziertem Personal, die es eher schlecht als recht machen. Bemüht sind alle, weil die Anforderungen zur Qualitätssicherung dahin gehen und sie es machen müssen. Im Moment würde ich sagen, ist es am unteren Ende der Skala. Es ist durchaus verbesserungsbedürftig.“

3.5 Pflegedokumentation und Qualitätssicherung

3.5.1 ‚Routine und Abhaken‘: Die Pflegedokumentation

Auf die Fragen nach der Qualität der Pflegedokumentation werden bis auf eine Ausnahme von allen befragten Experten mehr oder weniger schwerwiegende und häufig auftretende Mängel angegeben. In einem Statement eines Vertreters des MDK wird die Pflegedokumentation als *der Hauptmangel* der Pflege überhaupt benannt. Auch in diesem Fragebereich sind dahingehend jedoch keine regionalen Unterschiede oder Häufungen erkennbar. Unter den angeführten Mängeln ragt von der Tragweite das Fehlen oder der totale Ausfall der Dokumentation heraus, was sogar häufiger vorkomme. Ansonsten dominiert unter den Antworten quantitativ die fehlende Differenzierung oder die als zu pauschal und nicht aussagekräftig empfundene Anlage der Pflegedokumentation, was von etwa der Hälfte der Befragten als Problem benannt wird. Danach folgen vier Bereiche, welche ähnlich häufig und zwar von einem Viertel bis Drittel der Antwortenden als mangelhaft benannt wurden: Die mangelnde Aktualisierung oder Anpassung an sich verändernde Bedarfe, die fehlende Kundenorientierung oder Transparenz für die Patienten und die fehlende Motivation für die Dokumentation oder die dafür nicht ausreichende Qualifizierung.

Das völlige Fehlen oder die mangelnde Ausführlichkeit der Pflegedokumentation wird z.B. von einem Vertreter des MDK vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen aus Prüfungen ambulanter Pflegedienste als Hauptmangel der professionellen Pflege überhaupt benannt:

„Es gibt Mängel, dass überhaupt keine Pflegedokumentation besteht. Wenn eine besteht, dann sind sie häufig sehr kurz, knapp und dadurch teilweise nicht präzise genug. Die Dinge werden sehr oberflächlich beschrieben, es findet keine detaillierte Dokumentation statt. Die Begründungen werden nicht geliefert oder wenn, dann sind sie häufig nicht nachvollziehbar. Die Dokumentation ist in der direkten pflegerischen Arbeit das *Hauptproblem*. Das zieht sich durch von der Aufnahme bis zum Verlassen oder zum Wechsel der Institution, des Pflegedienstes oder bis zum Tod des Pflegebedürftigen.“ (Hervorhebung, d. Verf., G.R.)

Laut der Darstellung eines MDK-Vertreters ist die *Differenzierung* der Dokumentation höchst unterschiedlich. Im einzelnen fehlten oft eine Fülle zum Teil eminent wichtiger Informationen, z.B. Lagerungspläne, Flüssigkeitsbilanzen oder diese seien unpräzise, wobei auch die Begriffe in den Dokumentationen nicht eindeutig verwandt würden. Daraus folgten gravierende Probleme für die ‚Ergebnisqualität‘ auch im Hinblick auf die grundlegende medizinische Versorgung, welche wiederum in den Dokumentationen oft ungenügend dargestellt werde:

„Dann kommt es sehr häufig zu einer Vermischung von Begriffen, z.B. Pflegeziele, Pflegemaßnahmen und Pflegeprobleme. Bei einzelnen gibt es ‚nur‘ Berichtsblätter, bei anderen gibt es sehr ausführliche Dokumentationen, wobei selbst die ausführlichen Dokumentationen mir Mängeln behaftet sind. Wenn es erforderlich ist, liegen häufig nicht adäquate Lagerungspläne, Flüssigkeitsbilanzen, Wunddokumentationen, Veränderung von Hautzuständen, Begründungen über den Einsatz bestimmter Hilfsmittel vor. Es ist häufig nicht nachvollziehbar, warum die Pflegebedürftigen einen Dauerkatheter tragen, welche medizinischen Indikationen es dafür gibt. [...] In dem Pflegebericht sollen ja akute Ereignisse oder Veränderungen beschrieben werden, die letztendlich zu einer Veränderung der Pflegeplanung führt, wenn es denn notwendig ist und nicht zum Beispiel ‚nur‘, dass ein grippaler Infekt vorliegt.“

Auch in bezug auf die Pflegedokumentation wurde in den Expertenbefragungen immer wieder die *Routine* oder das bedenkenlose ‚*Abhaken*‘ der erledigten Leistungskomplexe als Mangel beklagt. Recht drastisch formuliert eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle das Problem, dass Pflegekräfte die Dokumentation oft eher als tägliche „stupide“ Routine denn als anspruchsvolles und zentrales Instrument im Hinblick auf die Qualität der Pflege wahrnahmen.

„Die Dokumentationen werden einfach stupide ausgeführt. Meinst steht jeden Tag das gleiche. Ich könnte es sozusagen fotokopieren. Das ist nicht glaubhaft für mich. Wie derjenige sich zum Beispiel heute fühlt, wird selten aufgeführt. Solche Dinge würde ich in einer Dokumentation erwarten. Das kann unter Umständen ja auch einem Arzt weiterhelfen. Auch wenn der Patient zum Beispiel ein neues Medikament bekommt und in der Dokumentation aufgeführt wäre, ob er seit dem unruhiger ist o.ä. könnte dem Arzt auch weiterhelfen. Es sind aber selbst auch die ärztlichen Unterlagen oft nicht dabei. [...] Da steht nur das drin, was jeden Tag erbracht wird. Die Leistung steht drin, mehr nicht. Manchmal wird auch mehrere Tage nichts eingetragen. Pläne zur Lagerung, zur Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sind uns auch nicht bekannt.“

Aus der nicht ausreichend differenzierten Ausführung der Dokumentation folgt jedoch, dass diese oft nicht auf dem aktuellen Stand sein kann und eine *Anpassung* an sich verändernde Bedürfnisse unterbleibt. Dazu ein Vertreter einer Pflegekasse:

„Dass eine Dokumentation gar nicht gemacht wird, haben wir auch schon erlebt. Da gibt es ein Donnerwetter. In der Regel ist immer das gleiche dokumentiert. Es stehen die Leistungskomplexe drin, aber nicht wie der Mensch gerade drauf ist. Manchmal steht bezüglich des Gesundheitszustandes drin, Wunde am Hinterkopf, Hinterkopf an der Kante aufgeschlagen. Es ist aber nicht mehr dokumentiert, wie die Wundheilung verläuft. Oder da steht, Dekubitus linke Verse. Die Abheilung wird aber nirgendwo mehr vermerkt.“

Ähnlich drückt das mechanische ‚Abhaken‘ und das Problem der mangelnden Dokumentation von Veränderungen des Zustandes der Pflegebedürftigen ein Mitglied einer kommunalen Seniorenvertretung aus:

„Ich hatte zum Beispiel einen Fall, da wurde ständig Dekubituspflege angegeben, dabei war der Dekubitus schon vor Wochen abgeheilt. Das zog sich aber durch. Weil der Vorgänger das ankreuzte, kreuzte es auch der nächste an.“

Dass Verläufe der Pflege nur ungenügend und wenn, dann eher negative als positive Veränderungen des Zustandes der Pflegebedürftigen dokumentiert würden, war in einigen Statements zu hören, was ein befragter Experte des MDK pointiert ausdrückt:

„Die Begründung des Pflegebedarfs und die Pflegedokumentation ist mau bis gar nicht vorhanden. In der Regel ist es so, dass die Dokumentation nicht den akuten Zustand und auch keine Verläufe widerspiegelt. Veränderungen werden häufig gar nicht aufgeführt und wenn, dann so unspezifisch, dass man es nicht nachvollziehen kann. Ich persönlich habe den Spruch, der in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) schon bekannt ist, geprägt: ‚Wenn ich Ihrer Dokumentation glauben schenken darf, dann haben 40% Durchfall und 60% Ihrer Pflegebedürftigen eine akute Erkältung.‘ Es wird einfach nur negativ beschrieben und es wird häufig nicht positiv beschrieben und es wird auch nicht beschrieben, wenn bestimmte Bedingungen zur Verbesserung geführt haben, zum Beispiel wenn ein Dekubitus abheilt.“

Doch nicht nur fehlende Eintragungen in die Dokumentation wurden von den dazu Befragten geäußert. Zum Teil werde auch – im Hinblick auf erbrachte Leistungen – von den Pflegediensten zu viel eingetragen, so ein Mitglied einer Seniorenvertretung:

„Es wird ja oftmals gesagt, die schreiben viel zu viel auf, das haben die doch gar nicht gemacht. Ich kenne das von meiner Schwester her. Und da das ja nicht alle genau wissen, wird vom Pflegedienst oftmals mehr eingetragen als notwendig ist.“

Mehrmals wurde von anderen Befragten kritisiert, dass tatsächliche Leistungen und Dokumentation sowie Abrechnungen nicht übereinstimmten. Ähnliches gilt für die ebenso vereinzelt bemängelte Möglichkeit für die Klienten, die dokumentierten Leistungen nachzuvollziehen, wie eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle beklagt:

„Die Dokumentationen liegen zwar immer häufiger bei den Betroffenen aus, sie sind für diese jedoch praktisch gar nicht zu lesen. Teilweise reduzieren die sich auf ein Abhaken der Leistungskomplexe, die abgearbeitet wurden. Selten sind Hinweise vorhanden. Von daher ist die Dokumentation im Sinne von Erfüllung von Pflegezielen in der Regel mangelhaft. Teilweise sind jedoch die Dokumentationssysteme, die benutzt werden, für die Fachleute sinnvoll, für die Betroffenen ist jedoch schwer zu überblicken, was eigentlich wo drin steht. Die haben ja häufig mehrere Abteilungen, wo verschiedene Teilbereiche erfasst werden.“

Ein drastisches Vorkommnis schildert die Vertreterin einer Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige. Oft fehle die Dokumentation völlig oder den Angehörigen werde keine Einsicht ermöglicht, weil die Dokumentation angeblich im Büro des Pflegedienstes deponiert sei.

„Es geht oft darum, dass gar nicht dokumentiert wird. Es muss ja eine Dokumentation hinterlassen werden, entweder für den nächsten Pfleger oder die Angehörigen oder den Patienten. Wenn der Sache nachgegangen wird, sagen die Pflegekräfte, sie hätten die Dokumentation in dem Pflegeverband und nicht zur Einsicht. Das kommt häufig vor.“

Von einer Vertreterin einer Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige wird allerdings auch das Problem angedeutet, dass die völlige *Transparenz* der Dokumentation für Angehörige auch zu Konflikten führen könne, wenn etwa die Formulierung kritische Beurteilungen oder gar Wertungen in bezug auf die Angehörigen enthalte. Daraus wird klar, dass die Pflegedokumentation verschiedenen Kriterien und Adressaten genügen muss, die Darstellung medizinischer oder pflegerischer Fachbegriffe oder Einschätzungen, von Pflegeleistungen, Bedarfen, Problemen etc., was zwangsläufig Schwierigkeiten berge und vielfältige und umfassende fachliche Qualifikationen und Erfahrung erfordere:

„Mein Eindruck ist, wenn Pflegedokumentationen gemacht werden, stehen dort zu häufig Wertungen drin. Es schwankt manchmal zwischen den beiden Extremen. Teilweise wird nur auf das medizinische Bezug genommen und das Befinden der Person außer Acht gelassen. Auf der anderen Seite wird nur Verhalten aufgezeigt, beispielsweise die Tochter war da und die Patientin war hinterher sehr aufgeregt. Das bringt die Angehörigen natürlich auf. Das Führen einer Pflegedokumentation ist, denke ich, sehr schwierig. Es sind eben auch viele Angelernte in einem Pflegeverband dabei, die das nicht gut können.“

Neben der fehlenden *Erfahrung* und *Qualifikation* wird in den durchgeführten Interviews aber auch die mangelnde *Einsicht* der Pflegekräfte (aber auch der Klienten) in die Notwendigkeit und *Motivation* für die Dokumentation als Problem benannt, welche oft als Belastung oder vor dem Hintergrund drohender Kontrollmöglichkeiten gesehen werde, so die Äußerung einer kommunalen Seniorenbeauftragten:

„Die Dokumentationen sind eher dürrig, sehr dünn und sehr formal. Man hat das Gefühl, die Pflegedokumentation ist eher eine Belastung als eine Erleichterung. Am Ende soll es ja auch eine Hilfe sein, wenn die Pflege von einer Person an die nächste geht oder der Dienst beispielsweise wechselt. Ja, ich habe das Gefühl, dass die Dokumentation nicht so beliebt ist und als zusätzliche Belastung von den Pflegekräften gesehen wird. Vielleicht ist es aber doch ganz wichtig, auch um Kontrolle auszuüben und nachweisen zu können, dass vielleicht niemand zu dem bestimmten Zeitpunkt da war.“

Zum Teil scheint die Problematik der Mängel bei der Pflegedokumentation auch an einer diesbezüglich im *Altenpflegesektor* (im Gegensatz zur in diesem Bereich fortgeschritteneren Kranken-

pflege) noch nicht sehr langen Übung und Tradition zu liegen, so zumindest ein Statement eines Vertreters einer Pflegekasse. In diesem Zusammenhang sei auch an die Darstellung in der Literatur erinnert, wonach die Bemühungen um Qualitätssicherung und dahingehende Reformen in der Pflege überwiegend denen des übrigen Gesundheitssektors, vor allem dem Krankenhausbereich, folgen:

„Die Pflegedokumentation ist im gesamten Bereich der Pflege ein sehr großes Problem. Das gilt nicht nur für den ambulanten Bereich, für den stationären Bereich gilt es ebenso. Die ganze Systematik, die mit der Dokumentation zusammenhängt, ist ein großes Problem. Das stellt man immer wieder fest, insbesondere im Altenpflegebereich. Bei der besonderen Fachlichkeit Krankenschwester ist das nicht so ein Problem, weil die Krankenschwestern die Thematik Dokumentation in der Regel aus ihrem Berufsbild und ihrer Arbeit im Krankenhaus kennen. Gerade bei „alten“ Altenpflegern und Hilfskräften ist das ein ganz schwieriges Thema. Bei denen besteht oft die Einstellung, dass sie pflegen wollen und nicht aufschreiben. Es ist oft keine Einsicht vorhanden, dass die Dokumentation auch bestimmten Dingen dient. Den Kräften das klarzumachen ist ein Problem aber auch ein vernünftiges Pflegedokumentationssystem überhaupt zu haben, es zu installieren und dann umzusetzen. Ich glaube, es ist im ambulanten Bereich nicht viel anders als im stationären Bereich.“

Eine ähnliche Einschätzung liefert auch ein Vertreter einer Sozial- und Gesundheitsverwaltung, der die regelmäßig auftretende mangelnde Differenzierung der Pflegedokumentation in einen ursächlichen Zusammenhang mit mangelnder Motivation und beruflicher Entwicklung der Pflegekräfte bringt, was selbst bei den qualitativ hochwertigen Pflegediensten zu finden sei:

„Auch bei den guten Diensten, die wir uns angeschaut haben, würde ich in bezug auf die Pflegedokumentation sagen: verbesserungsfähig. Man kann nicht sagen, dass sie ganz schlecht waren, aber die Haltung, dass dokumentiert werden muss, fällt der Pflege wie auch anderen Berufsgruppen noch schwer. Bei den Ärzten ist es mittlerweile so deutlich in der Berufsordnung und man kann erhebliche Nachteile erleiden, wenn man es nicht tut, dass es bei den Ärzten besser geworden ist. Im Krankenhaus ist es auch häufig Pflicht. In der Pflege entwickelt sich das. Ich weiß auch aus eigener Anschauung, dass es Pflegedienste gibt, deren Dokumentation völlig nichtssagend ist. Wenn man diese aufschlägt, erfährt man nichts.“

Dass viele Pflegekräfte gegen den ‚Schreib- oder Papierkram‘, gegen die als unnötig wahrgenommene bürokratische Arbeit eingestellt seien, wird auch in einigen anderen Äußerungen benannt. In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass diese ‚Schreibarbeit‘, so wird aus anderen Statements deutlich, auch von den Kunden oder der Klientel selbst mitunter argwöhnisch beäugt wird, weil damit weniger Zeit für die ‚eigentliche‘ Pflege zur Verfügung stehe. Diese mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit der Pflegedokumentation beklagt ein weiterer Vertreter einer Pflegekasse:

„Da gibt es Mängel (gemeint ist die Pflegedokumentation, Anm. d. Verf., G.R.) . Auch Leute, die nicht aus dem Pflegebereich stammen, sehen das. Ich hätte da mehr Qualität erwartet. Die Pflegedienste betrachten das als notwendiges Übel und nicht als Leitbild. Die sagen immer, das ist nur Papierkram. Ich höre dann im-

mer nur, ich bin kein Büromensch, ich kann nur pflegen. Dementsprechend sieht die Dokumentation auch aus.“

Nicht nur die Tatsache der Dokumentation als solche auch die Art der Ausübung scheint den Interviews zufolge noch nicht überall ausreichend in der Ausbildung vermittelt zu werden, so ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle:

„Die Schulung der Mitarbeiter darin, mit welchen Formulierungen man arbeitet, ist sicherlich auch sehr wichtig. Da gibt es im stationären Bereich sicherlich noch üblere Beispiele, aber im ambulanten Bereich sind das schon sehr vage Aussagen, weil auch die Sprache fehlt. Entweder kann ich sagen, ob ich die Leistung erbracht habe, also ob ich gepflegt habe oder nicht. Aber wenn ich ausdrücken möchte, dass er unruhiger ist als sonst, dafür ist die Fachsprache schlecht entwickelt. Es ist besser geworden, aber gerade in der inhaltlichen Entwicklung ist noch vieles zu tun, dass es als Instrument der Information genutzt wird.“

Dagegen sieht ein Befragter des MDK zwar die Pflegedokumentation in der Ausbildung ‚verankert‘, allerdings benennt er Probleme bei der Einübung und Umsetzung, für die der Zeitraum seit der Einführung offenbar als noch nicht ausreichend erachtet wird.

„Das hängt ein Stück weit von den Ausbildungscurricula im Bereich der Alten- und Krankenpflege zusammen. Dort ist es zwar verankert, aber in nicht ausreichendem Maße geübt, so dass die Umsetzung häufig mit Schwierigkeiten verbunden ist. In der Krankenpflege ist es seit der Änderung von 1985 mit drin, aber in der Altenpflege ist es noch nicht lange drin.“

Schließlich, so sei der Vollständigkeit halber erwähnt, bemängelt ein Vertreter einer Sozialverwaltung auch die fehlende Kontrolle der Pflegedokumentation aufgrund fehlender *rechtlicher* Regulierung. Diese sieht er insbesondere vor dem Hintergrund der für den stationären Bereich rechtlich verankerten Heimaufsicht, der auf Anlässe oder Stichproben beschränkten Prüfungen des MDK sowie der diesbezüglich fehlenden Kompetenzen des kommunalen Sozialdienstes als ungenügend an.

3.5.2 ‚Wird schon gut gehen‘?: Einschätzungen zur Qualitätssicherung

Entsprechend der nach dem Urteil der befragten Experten überwiegend eher wenig entwickelten Pflegedokumentation fallen auch die Aussagen zur Qualitätssicherung durchweg kritisch aus, sowohl was externe (primär durch den MDK) als auch interne Maßnahmen durch die Dienste und Verbände selbst anbelangt. Beklagt wird häufig, dass sich hierzu mittlerweile zwar eine recht umfangreiche Diskussion entwickelte, die Umsetzung jedoch noch zögerlich sei. Ferner wird vereinzelt kritisiert, dass die Qualitätssicherung wenig transparent sei sowie, dass dahingehende ver-

bindliche Kontrollen fehlten. Auch in diesem Themenbereich waren im übrigen keine regionalen Besonderheiten festzustellen, weshalb eine dahingehende Darstellung unterbleibt.

Dass über die Qualitätssicherung generell zwar viel gesprochen, jedoch offenbar bisher wenig realisiert werde, bemängelt z.B. eine Vertreterin einer Beratungsstelle mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen:

„Es gibt einige Konzepte und Handreichungen (gemeint ist die Qualitätskontrolle, Anm. d. Verf., G.R.). Wir versuchen in unserer Beratungsstelle darüber zu informieren. In der Umsetzung finde ich jedoch wenig davon. Ich finde, das ist in einer Phase, in der sehr viel darüber gesprochen wird. Aber das geht wenig in die Praxis über. Bisher sind für die Umsetzung keine Strukturen geschaffen.“

In der Regel wird jedoch zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden, weshalb auch die folgende Darstellung dem folgt.

3.5.2.1 Einschätzungen zur externen Qualitätssicherung

Im Vordergrund der Aufmerksamkeit steht hinsichtlich der externen Qualitätssicherung entsprechend der gesetzlich zugewiesenen Funktion der MDK. Unisono wird die bisher geringe *Zahl* der Prüfungen durch den MDK gerade im ambulanten Sektor beklagt und zum Anlass genommen, Forderungen zur Stärkung der Aufsicht in diesem Bereich aufzustellen. Immer wieder wird in diesem Zusammenhang auch auf die – eher positiv anklingenden – Erfahrungen und damit verknüpften Erwartungen aus dem Instrument der Heimaufsicht rekurriert, mit dem Hinweis, dass eine derartige Aufsicht im ambulanten Pflegesektor leider fehle. Schließlich wird dem MDK – vor allem von seiten einiger Mitglieder der kommunalen Sozialverwaltung – mangelnde Kooperation und sogar Motivation bescheinigt. Allerdings werden die dahingehenden Schwierigkeiten noch häufiger mit Personalknappheit sowohl bei MDK als auch Pflegekassen begründet. Die Pflegekassen werden neben dem MDK von einigen Akteuren als Hauptverantwortliche für die als zu gering erachtete Zahl von Qualitätskontrollen und Sanktionen bei festgestellten Mängeln benannt.

Zunächst weist ein Befragter von seiten der Pflegekasse auf die Problematik hin, dass die Funktion des MDK in seiner Selbstwahrnehmung nicht nur in der Kontrolle sondern auch in der Beratung zu sehen sei, was offenbar den Leitungen leichter, den Pflegekräften selbst jedoch nur schwer zu vermitteln sei, weil dort eine Furcht vor Kontrollen vorherrsche. Berücksichtigt werden muss in diesem Zusammenhang, dass die mögliche Aufdeckung von Pflegefehlern durch den MDK auch interne Sanktionen für die Pflegekräfte nach sich ziehen dürfte. Deutlich wird an dieser

Äußerung allerdings auch, dass sich der MDK generell bei den Diensten „gut verkaufen“ muss und dass dieser, so ließe sich folgern, auch auf eine gute Kooperation der Pflegedienste angewiesen ist, soll der Zweck der Qualitätssicherung erreicht werden:

„Der MDK macht seine Qualitätsprüfungen und betrachtet diese Prüfung auch als beratenden Aspekt. Bei Pflegediensten ist das mitunter schwer herüber zu bringen auch im stationären Bereich, weil eine Prüfung dahinter steht. Bei vielen Menschen erweckt das Ängste. Selbst wenn die Prüfer des MDK da sind und sich gut verkaufen, ist es für sie recht schwer, diese Thematik Prüfung beiseite zu schieben und das Vertrauen bei den Mitarbeitern zu gewinnen. Bei den Führungskräften geht das einigermaßen zügig. Es ist jedoch bei der eigentlichen Prüfung nicht ganz einfach, mit den Mitarbeitern umzugehen.“

Zwar sieht ein Vertreter des MDK vor allem in der Verpflichtung zur langfristigen vorherigen Anmeldung der Qualitätsprüfungen einen Mangel, was insbesondere bei negativ aufgefallenen Einrichtungen wegfallen sollte, offenbar um die Kontrollmöglichkeiten zu erhöhen und einen präventiven abschreckenden Effekt zu bewirken. Denn bei einer 14 Tage vorher angekündigten Prüfung könnten verschiedene Mängel in der Pflege bis zum Besuch des MDK verschleiert werden. Auch dieser Befragte weist allerdings auf den ‚Stress‘ für die Prüfer hin, so dass der MDK-Vertreter als Regel eine Anmeldung und Absprache mit den Pflegediensten bevorzugt:

„Es gibt diesbezüglich Mängel (gemeint ist die Funktion des MDK bezüglich der Qualitätsprüfung, Anm. d. Verf., G.R.). Ein Mangel betrifft sicherlich die Anmeldung der Qualitätsprüfung. Es sind zwar jetzt Veränderungen in der Diskussion, derzeitiger Stand ist jedoch, dass wir uns vorher anmelden müssen. Ich will nicht generell bei allen Prüfungen unangemeldet auftauchen, weil so eine Prüfung ist auch für die Prüfer Stress. Es löst auch eine Menge Unsicherheit und Angst aus. Nur in Einrichtungen, in denen gravierende pflegerische Mängel vermutet werden, würde ich mir wünschen, ohne Anmeldung auftauchen zu können. Uns wurde teilweise von den Pflegebedürftigen erzählt, dass die Wohnungen gereinigt wurden, aufgeräumt wurde, Dokumentationen eingesammelt wurden etc. bevor der MDK gekommen ist. Diese Dinge können wir natürlich nicht beweisen und können dadurch auch nicht den wirklichen Zustand beurteilen. Bei Stichprobenprüfungen müssen wir uns 14 Tage vorher ankündigen und das ist eigentlich ein langer Zeitraum.“

Ein weiteres Problem aus der Sicht eines MDK-Vertreters stellt die Notwendigkeit der Erklärung des Einverständnisses von Pflegebedürftigen oder Angehörigen dar, ohne das eine Prüfung in deren Räumen nicht möglich ist. Nur mit einem Besuch bei den Pflegebedürftigen selbst, sei aber eine Beurteilung der ‚Ergebnisqualität‘ möglich, so dass eine Weigerung der Pflegebedürftigen, etwa aufgrund einer als zu gering erlebten Einstufung, diese Prüfungen und Qualitätssicherungen oft behinderten:

„Es ist immer wieder schwierig, gerade im ambulanten Bereich, nicht nur Struktur- und Prozessqualität darzustellen. Das geht noch relativ problemlos, weil das meist auch in den Räumen des Pflegedienstes geschieht. Schwierig ist die Darstellung der Ergebnisqualität. Ich weiß nicht, ob ich das als Mangel darstellen soll, weil ich ansonsten in Konflikt mit dem Grundgesetz komme. Die Pflegebedürftigen müssen ihr Einverständnis er-

klären, wenn wir sie besuchen. Wir sind extrem darauf angewiesen, dass derjenige uns herein lässt. Unser Ruf eilt uns in dieser Situation auch teilweise voraus. Viele fühlen sich nicht richtig eingestuft und sagen dann: „Warum soll ich die jetzt hereinlassen?“ Teilweise können wir auch aus ganz verschiedenen anderen Gründen die Leute nicht besuchen.“

Inwiefern die bisher geringe Quote durchgeführter Qualitätsprüfungen des MDK im ambulanten Sektor von ca. 13% aller am Markt tätigen Pflegedienste (vgl. Kap. 2.3.2) auch auf solche Zugangsprobleme zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht gesagt werden. Ungeachtet dessen wird von den befragten Experten durchgängig bemängelt, dass der MDK gerade im ambulanten Bereich bisher viel zu wenige Prüfungen durchgeführt habe. Dazu zunächst ein Vertreter des MDK:

„Wir wählen grundsätzlich stichprobenartig aus, es sei denn wir gehen zu einer Evaluationsprüfung, d.h. zu einer zweiten oder dritten Prüfung. Im Nachgang ist es dann sehr schwer zu beurteilen, wie repräsentativ das für den Pflegedienst ist. Wir haben in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) in Absprache mit den Landesverbänden der Pflegekasse vereinbart, dass wir 10-15% der Pflegebedürftigen besuchen wollen. Es ist natürlich abhängig von der Größe. Wir haben einen Pflegedienst mit mehr als 500 Pflegebedürftigen und da werden wir wahrscheinlich nicht so viele besuchen. In der Regel versuchen wir das in dem Rahmen. Es besteht aber immer die Frage, wie repräsentativ das Ergebnis ist und ob es wirklich die Qualität widerspiegelt.“

Andere Befragte, so z.B. zwei Mitglieder von Seniorenvertretungen in zwei Regionen, betonten, dass häufigere Prüfungen „nicht bekannt“ seien und lediglich einzelne auffällige Fälle untersucht würden. Generell liege der Schwerpunkt der Qualitätssicherung durch den MDK bisher im stationären Bereich. Eine ziemlich kritische Sicht der Dinge bringt dazu eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle folgendermaßen auf den Punkt; dabei vermutet sie als Hinderungsgrund Arbeitsüberlastung und die bei den wenigen Prüfungen gefundenen erheblichen Qualitätsprobleme selbst, welche den MDK, so lässt sich interpretieren, wohl überforderten. Allerdings lässt das Statement auch Zweifel an der grundsätzlichen Einstellung des MDK und deren Kooperationsbereitschaft mit der kommunalen Sozialverwaltung durchblicken:

„Nein, die führen kaum Kontrollen durch (der MDK, Anm. d. Verf., G.R.). Mit einer Kontrolle würde ich mir ja auch unheimlich Arbeit schaffen, da könnte mir ja was auffallen. Solange sich kein Kunde beschwert bin ich glücklich. Die haben ja Kontrollen durchgeführt und sind dann sozusagen überrascht worden von dem schlechten Ergebnis. Von uns ist das eine inständige Förderung an den VDAK in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) ist und damit auch den MDK in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.), Qualitätskontrollen durchzuführen. Wir haben auch immer wieder angeboten, ohne Erfolg, unsere Termine der Heimaufsicht und deren Begehungen miteinander abzustimmen. Das wäre auch sinnvoll, uns gegenseitig über die Ergebnisse zu unterrichten. Da kommt vom VDAK gar nichts. Die Antworten noch nicht einmal. Wir haben zwar einige Gespräche geführt und da haben die mit Tränen in den Augen gesagt, was sie alles tun würden, aber sie mussten dann selber zugeben, dass sie landesweit für den gesamten Bereich des VDAK insgesamt 100 Kontrollen im Jahr machen. 50 bei Ambulanten und 50 bei Stationären. Sie können sich vorstellen, dass bei 6000 Einrich-

tungen und Diensten 100 Kontrollen noch nicht einmal 10% sind. Die Gefahr, dass irgend ein Dienst kontrolliert wird ist so gering, dass sie das noch nicht einmal wahrnehmen.“

Ein anderer Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle sieht generell ein „tiefes Loch der Unwissenheit“ aufgrund fehlender externer Qualitätssicherungen:

„Externe Kontrollen im Sinne von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind schlecht entwickelt, da ist ein tiefes Loch der Unwissenheit. Das heißt nicht, dass die Pflege immer schlecht ist. Wir wissen es aber nicht genau. Wir können immer nur hoffen, dass sie gut ist.“

Ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung stellt sogar ein flächendeckendes und stillschweigend von allen Beteiligten *gebilligtes* Scheitern der Bemühungen um Qualitätssicherung fest, wobei er die Ursachen sowohl im System der bisherigen Selbstverpflichtung der Pflegedienste als auch in den mangelnden Kontrollen sieht. Diese begründeten sich wiederum, so die Äußerung, in der Motivation, aber auch im ‚Konzept‘ des MDK. An anderer Stelle favorisierte dieser Akteur ein System der ständigen Qualitätsverbesserung, der Verteilung von Zertifikaten und des ‚best practice‘, so dass nicht nur die ‚schwarzen Schafe‘ – wie er hier fordert – auszusondern, sondern auch die Guten zu fördern wären:

„Die Funktion des MDK ist nach meinem Verständnis dazu beizutragen, dass die Bestimmungen, die an verschiedenen Stellen niedergelegt sind also die vertraglichen Regelungen zwischen Pflegekasse und Pflegedienst, eingehalten werden. Wenn man es nüchtern betrachtet, erfüllt der MDK diese Aufgabe nicht, kann er auch nicht. Das hat verschiedene Gründe. Zum einen sind die Regelungen, die Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI zwar sehr interessant, weil sie konkret sind. Zum anderen sind die Vorgaben von den Qualitätsvereinbarungen in der Fläche nicht realisiert. Kein Pflegedienst erfüllt sie alle. Alle wissen es, aber Konsequenzen werden daraus nicht gezogen. Ein Pflegedienst, der einen Vertrag haben möchte mit den Pflege- und Krankenkassen, unterschreibt ja, dass er diese Voraussetzung erfüllt. Alle wissen, dass es nicht der Fall ist. Aber trotzdem läuft es. Es ist ein System, das ein bisschen auf Unwahrheiten baut und da steckt der MDK mittendrin. Meines Erachtens sollte dann zumindest die Aufgabe des MDK sein, anlassbezogen zu prüfen und tatsächlich dafür zu sorgen, dass die schwarzen Schafe aussortiert werden. Ich halte das für eine ganz wichtige Aufgabe, wobei ich weiß, dass die Leute beim MDK es als eine unwürdige Aufgabe empfinden. Ich halte es für eine ehrenhafte Aufgabe, für die man auch geeignete Methoden benötigt. Ich glaube, dass das Prüfverfahren des MDK nur bedingt dazu geeignet ist, die schwarzen Schafe zu erkennen, sie auf den Weg der Besserung zu bringen oder auszusortieren.“

Ähnliches ist den Statements einer weiteren kommunalen Beratungsstelle und einer Kommunalverwaltung zu entnehmen, welche zudem bemängeln, dass sie selbst als Kommune nicht aktiv in der Qualitätssicherung werden könnten. Andererseits sehen diese die primäre Zuständigkeit für die externe Qualitätssicherung bei den Diensten selbst sowie den *Pflegekassen*:

„Vonseiten des MDK passiert viel zu wenig. [...] Wir haben wenig Instrumente, um nach dem Rechten zu gucken. Wir können uns aber auch nicht als Aufsichtsbehörde verstehen. Wenn wir Mängel feststellen, kön-

nen wir diese nur den Pflegekassen mitteilen. Die Kontrolle an sich obliegt eigentlich dem Leistungserbringer oder den Zuständigen im Leistungsrecht. In erster Linie muss die Pflegekasse dafür sorgen, dass die Pflegedienste ihren gesetzten Ansprüchen gerecht werden. Mir ist aufgefallen, dass der MDK seine Kontrollen eher im stationären als im ambulanten Bereich durchführt.“

Die Funktion der Pflegekassen bei der Qualitätssicherung wird auch von weiteren Befragten betont, wobei jedoch auch hier, z.B. von Seiten einer kommunalen Beratungsstelle, ein „Zögern“ und zu ängstliches Eingreifen bei Qualitätsmängeln kritisiert wird:

„Wenn die Pflegekasse den MDK beauftragt. Man ist da aber sehr zögerlich. Auch wenn es darum geht, von Geldleistungen auf Sachleistungen überzugehen. Da tut man sich sehr schwer. Ich habe das Gefühl, dass die Pflegekassen permanent Angst haben, wenn sie irgendwo eingreifen, dass man ihnen dann Fürchterliches antun kann. Ich finde die müssten bei einem Pflegedienst auch sagen können, jetzt sind so und so viele Beschwerden gekommen und wenn du den Vertrag erneut verlängert haben willst, dann geht das so nicht weiter.“

Eine kommunale Seniorenvertreterin sieht ebenso die Pflegekassen in der Verantwortung für die zu gering erachtete Zahl an Qualitätskontrollen, wobei als Hintergrund die Knappheit an Personal gesehen wird:

„Ich denke ganz einfach, da wird zu wenig gemacht. Es existieren zu wenig Kontrollen. Bei uns ist jetzt das Regierungspräsidium mit im Boot, wobei die sich mehr auf die Heimaufsicht konzentrieren. Wir versuchen aber auch, die ambulanten Dienste dort mit hinein zu bringen. Im Moment gehen sie nur so weit mit, wenn die Ambulanten einen heimähnliches, betreutes Wohnen realisieren. In dem Moment kann man sie zum Heim zählen und besser kontrollieren. Wo werden die Leute ansonsten kontrolliert? Die werden ja noch nicht einmal von den Pflegekassen kontrolliert. Die werden nur kontrolliert, wenn ein Mißstand angezeigt wird. Ich denke, da ist noch Nachholbedarf. Es ist nicht richtig geklärt, wer das machen muss. Es müssten die machen, die das Geld geben und das sind die Pflegekassen. Die haben aber wie der MDK auch keine Leute in der Überzahl.“

Neben dem MDK, den Pflegekassen und der Heimaufsicht werden nur sehr vereinzelt *weitere Akteure* der freiwilligen externen Qualitätssicherung genannt. So führt ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle die Prüfung im Rahmen von Zertifikaten oder Qualitätssiegeln an, wobei er jedoch deren Aussagekraft ebenso bezweifelt, wie dies gerade in bezug auf das Prüfkonzept des MDK angeklungen war, d.h. es wird immer wieder eine Dominanz der Prüfung von Strukturaspekten und eine zu geringe Beachtung der sogenannten ‚Ergebnisqualität‘ hervorgehoben:

„Viele Dienste unterliegen bzw. unterziehen sich externer Prüfungen. Der TÜV ist sehr verbreitet, einige haben auch das [...] (regionale Bezeichnung, Anm. d. Verf., G.R.) Qualitätssiegel. Das sind die gängigsten. Die Frage ist nur, welche Aussagekraft es über die Qualität hat. In erster Linie werden die strukturellen Dinge geprüft werden und sehr wenig auf die Inhalte der Pflege eingegangen wird. Ich denke, so eine Zertifikat sagt erst einmal nichts über die Qualität, die bei dem zu Pflegenden wirklich ankommt. Es ist auch eine Frage der

Beteiligung. Das [...] (regionale Bezeichnung, Anm. d. Verf., G.R.) Qualitätssiegel macht zum Beispiel keine Befragung der Pflegebedürftigen.“

Überwiegend eher skeptisch äußert sich zu den sonstigen externen Qualitätskontrollen im Rahmen von Zertifikaten oder zu der dazu in der Literatur zu findenden Vielfalt auch ein Vertreter des MDK, der selbst Pflegefachkraft ist; dabei misst er offenbar Qualitätshandbüchern von Berufsverbänden eine qualitativ hohe Bedeutung zu:

„Daneben gibt es noch Qualitätskontrollen, die durchgeführt werden auf freiwilliger Basis von allen möglichen Zertifizierern, ob es der TÜV-Rheinland ist oder wie hier in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) das Gesundheitsamt oder einzelne Berufsverbände. Die sind unterschiedlich wirkungsvoll. Es kommt natürlich auch immer auf den Blickwinkel an. Wenn jemand nach DIN ISO 9000-9004 zertifiziert ist, dann hat er andere Schwerpunkte gesetzt, als wir sie setzen würden von unseren Qualitätsprüfungen her. Von daher ist es nicht unbedingt zu vergleichen. Sie werden in ihrem jeweiligen Einsatzgebiet werden sie schon ihre Wirkung haben, aber nicht die umfassende Wirkung, die man sich zum Teil daraus erhoffen würde. Was ich als wirkungsvoll erachte, obwohl es ein freiwilliges Verfahren ist, ist das Qualitätshandbuch eines Berufsverbandes. Wer sich daran orientiert und da sind nicht nur Fragen zusammengefasst, die wir im Rahmen unserer Prüfung stellen, sondern auch Fragen von der Heimaufsicht, dem Gesundheitsamt und anderen prüfenden Organisationen, der ist nicht schlecht beraten. Auf der anderen Seite gibt es gerade im Bereich der Literatur Sachen, bei denen ich die Hände über dem Kopf zusammen schlage. Vieles davon ist nicht wirkungsvoll.“

3.5.2.2 Einschätzungen zur internen Qualitätssicherung

Problematisch bei den Antworten zu dieser Frage sind allerdings die mehrheitlich zu verzeichnenden *Ausfälle*, womit allenfalls einzelne Hypothesen aufgezeigt werden können, welche in umfassender angelegten Erhebungen überprüft werden müssten. Immer wieder wird die dazu fehlende Einsicht als Problem benannt, worunter z.B. auch Äußerungen fallen, welche auf eine mangelnde dahingehende *Transparenz* abzielen und die darauf abheben, dass sie zu dieser Frage infolgedessen keinen Überblick hätten. Hinsichtlich der internen Qualitätssicherung wird in den wenigen dazu vorliegenden Statements von Akteuren, welche Aussagen aufgrund ihrer Erfahrung treffen können, immer wieder die großen *Unterschiede* betont, welche bei den Pflegediensten zu verzeichnen seien. Betont wird gleichzeitig jedoch meistens, dass die Mehrheit der Dienste diesbezüglich noch nicht sehr fortgeschritten sei. Auch hier konnten im übrigen keine regionalen Auffälligkeiten festgestellt werden.

Die große Unübersichtlichkeit herrsche, so ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, allerdings auch bei den Pflegediensten und deren Verbände selbst vor. Diese seien zwar zahlreich mit der Entwicklung diverser, teils „exotischer“ Leitbilder oder mit Zertifikaten beschäftigt. Fraglich

sei freilich, was „vor Ort“ passiere. Darüber hätten auch die Dienste keinen Überblick, die allenfalls auf Beschwerden reagierten. Die Begleitung oder Visiten, also ganz zentrale Qualitätssicherungsmaßnahmen, fänden nur vereinzelt statt. Darüber hinaus benennt dieser Vertreter in diesem Zusammenhang das Problem, dass die Älteren sich selbst bei Pflegemängeln kaum beschwerten:

„Bei Zertifizierungsmaßnahmen, die Verbände ausgewählt haben, gibt es sehr exotische Dinge. Diese ganzen Verfahren orientieren sich daran, dass bestimmte Leitbilderentwicklungen dahinter stehen. Es führt aber nicht dazu, dass das, was vor Ort passiert, in den Griff zu bekommen ist. Ich weiß aus meiner Kenntnis über die Pflegeverbände, dass sogar die Pflegedienstleiter große Probleme haben, einschätzen zu können, was vor Ort passiert. Es finden nur vereinzelt Begleitungen oder Hospitationen statt. Sie haben in der Regel keinen Überblick. Sie reagieren allenfalls auf Beschwerden, die bei dem hier zur Rede stehenden Personenkreis relativ selten kommen. Das wird sich in den nächsten Jahren hoffentlich ändern. Oft besteht aber auch das Problem bei den Älteren. Die können noch so unzufrieden mit dem Pflegeverband sein, wenn sie es jedoch melden sollen oder gar den Pflegedienst wechseln sollen, wird die Bereitschaft, Konflikte einzugehen, sofort eingestellt. Sie lassen lieber sonst etwas mit sich machen, bevor sie sich überhaupt jemandem anvertrauen. Von beiden Seiten her klappt das Beschwerdemanagement nicht.“

Ein Vertreter von Pflegekassen konstatiert mit einer ähnlichen Stoßrichtung, dass die Mehrheit der Dienste sei noch nicht sehr weit seien hinsichtlich der internen Qualitätssicherung. Allerdings hebt er darauf ab, dass dahingehende Vorteile bei den großen Diensten großer Verbände zu verzeichnen seien, welche die organisatorische Differenzierung und Spezialisierungen für Maßnahmen der Qualitätssicherung nutzen könnten – eine klassische in der Tradition Max Webers stehende organisationssoziologische Hypothese, welche im Rahmen der Mitarbeiterbefragung näher betrachtet werden soll, denn denkbar sind auch dahingehende Vorteile kleinerer Unternehmen, in denen z.B. ‚kurze Wege‘ der Kommunikation und eine größere organisatorische Flexibilität, Umweltsensibilität (z.B. in bezug auf Beschwerden) etc., eine größere Transparenz und eine strafere Qualitätskontrolle bewirken könnten:

„Größere Unternehmen machen das (Qualitätssicherung, Anm. d. Verf., G.R.), ja. Es gibt welche, die sind flächendeckend im ganzen Bundesgebiet vertreten. Es gibt Firmen, die haben dann da einige Leute für und so geht es auch nur. Die wenigsten Dienste nehmen das aber ernst. So gibt es z.B. regelmäßige Pflegevisiten nur in der Minderheit.“

In ähnlicher Weise äußert sich ein weiterer Vertreter einer Pflegekasse, der darauf abhebt, dass der Prozess der internen Qualitätssicherung „erst begonnen“ habe.

„Es gibt im ambulanten Bereich durchaus Pflegedienste, die intern solche Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen haben und eine bestimmte Systematik bei sich eingeführt haben. Das ist aber nicht die Masse. Insbesondere bei den kleinen und mittleren Betrieben läuft es nicht unbedingt. Da wird es auch nicht mit der Ernsthaftigkeit betrieben. Im stationären Bereich ist es wiederum anders. Wenn sie große Träger haben von

mehreren Einrichtungen, dann haben die eigene Qualitätssicherungsbeauftragte. Manche Pflegedienste haben dieses System, andere versuchen es über die Systematik von Zertifikaten zu regeln. Es gibt auch Pflegedienste, die bestimmten Berufsverbänden angeschlossen sind. Diese Berufsverbände sind dabei, bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ihren Mitgliedern einzubauen oder ihnen das anzubieten. Da ist ein Prozess in Gang gesetzt worden, aber letztendlich eher unter dem Druck der Konkurrenz, sich nicht nur durch den Preis, sondern auch durch die Qualität darzustellen. Aber dieser Prozess hat nach meiner Meinung nach erst begonnen.“

Ein Vertreter des MDK betont bei der Frage nach der internen Qualitätssicherung der Pflegedienste die diesbezüglich gefundenen großen *Unterschiede*, wobei er vier verschiedene Gruppen unterscheidet, von denen offenbar ein erheblicher Teil Defizite aufweise und erst durch die externe Prüfung des MDK ‚in Gang komme‘:

„Das ist ganz unterschiedlich. Es gibt Einrichtungen, die haben ein sehr gutes Qualitätsmanagement im weitesten Sinne, zum Teil mit eigenen Qualitätsbeauftragten, was sich auch in der täglichen Arbeit widerspiegelt. Es ist jemand da, der bestimmte Prozesse und Abläufe unter einem anderen Blickwinkel und einem anderen Aspekt heraus betrachtet. [...] Aus unseren Erfahrungen heraus muss ich sagen, dass es prinzipiell vier Arten von Einrichtungen gibt: Einrichtungen die sehr gut sind und sich vor vielen Jahren auf den Weg gemacht, die Qualität zu verbessern, dann Einrichtungen, die mit Beginn des Pflege-VG mit der Qualitätssicherung begonnen haben und jetzt noch auf dem Weg sind. Weiterhin besteht ein großer Teil der Einrichtungen, die tatsächlich erst durch die externe Qualitätsprüfung durch uns auf den Weg gebracht werden. Manchmal sind es Anstöße, manchmal ist es Beratung, manchmal sind es dann die daraus resultierenden Bescheide des Landesverbandes der Pflegekassen. Nach wie vor gibt es noch ca. 5% der Einrichtungen, bei denen weder durch interne noch durch externe Maßnahmen sich wesentliche Änderungen abzeichnen. Der Anteil derjenigen, die durch unsere Qualitätsprüfung im Bereich der Qualitätsverbesserung in Gang kommen, das ist ein nicht zu unterschätzender Anteil. Ich würde ihn einschätzen mit 30-40%.“

Generell misst der Vertreter des MDK jedoch den internen Sicherungsmaßnahmen die größere Bedeutung zu als den externen. Zudem bestehe eine hohe Korrelation zwischen der Existenz interner Sicherungen und guten Ergebnissen bei externen Prüfungen:

„Einrichtungen mit Qualitätsbeauftragten sind in der Regel auch die Einrichtungen, die zum Beispiel bei externen Qualitätsprüfungen deutlich besser abschneiden. [...] Ansonsten sind diejenigen am effektivsten und sinnvollsten, die intern Qualitätskontrollen und -sicherungsmaßnahmen durchführen. Den internen Maßnahmen, egal wie sie auch gestaltet sind, ist immer Vorrang zu geben vor externen Maßnahmen.“

Schließlich betont ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung Aspekte der Rahmenbedingungen der internen Qualitätssicherung. Ein Problem sieht er zunächst in der Transparenz, der Offenheit, d.h., den sozialen Beziehungen, innerhalb derer die Qualitätssicherung, die ja eine oft unangenehme Kontrolle innerhalb einer Hierarchie von Arbeitsbeziehungen bedeutet, stattfindet. Zu dieser grundsätzlichen Problematik tritt die der Finanzierung hinzu, da die zentralen Sicherungsmaßnahmen, wie Visiten oder nachgehende Kontrollen durch die Leitungen, zusätzliche Kosten

verursachen. Offen bleibt in diesem Zusammenhang allerdings, inwiefern der starke Konkurrenzdruck hier auch einen Kostendruck verursacht, der die Qualitätssicherung behindert:

„In der ambulanten Pflege haben wir gesehen, dass regelmäßige Besprechungen wichtig sind. Wirkungsvoll sind diese nur, wenn eine Atmosphäre der Offenheit herrscht, wenn man die bestehenden Probleme offen auf den Tisch legt. Das haben wir erlebt, dass eine konstruktive Gesprächsatmosphäre war und niemand Scheu haben musste, auch über Dinge zu sprechen, die problematisch sind. Wirkungsvoll sind sicherlich die Fallbesprechungen und Dokumentenanalyse, also wenn die Pflegedienstleitung oder die Person, die die Fachaufsicht führt, sich um die Dokumentation kümmert. Sehr wirkungsvoll ist auch, wenn die Fachaufsicht entweder bei einer Pflegetour mitgeht oder die Tour in Vertretung alleine macht. Wichtig ist, dass jemand aus der höheren Hierarchie die Patienten kennt, mit den Angehörigen spricht und dadurch auch ein Bild von seinen Mitarbeiterinnen erhält. Das ist nicht einfach. Das erfordert ein bisschen Phantasie und Engagement und die Pflegedienste sagen zurecht, dass ihnen das Mitgehen keiner finanziert. Sie machen es, soweit es ihnen möglich ist, aber sie können oft nur einmal im Quartal mit einer Pflegekraft mitgehen. Sie würden gerne öfter mitgehen, aber es ist ein finanzielles Problem.“

3.6 Ergebnisse und Wirkungen der Pflege

Fragen zur sogenannten ‚Ergebnisqualität‘, d.h., zu den tatsächlichen Ergebnissen und Wirkungen der Pflege, wie sie bei den Pflegebedürftigen ankommen, in dessen Rahmen Beschwerden oder die Kundenzufriedenheit, die Aktivierung der Pflegebedürftigen oder deren Fixierung, die Bereitstellung oder Organisation von Hilfsmitteln und schwere Pflegemängel bis hin zu falsch berechneten Leistungen interessierten, bildeten einen weiteren thematischen Schwerpunkt der durchgeführten Expertenbefragung.

3.6.1 Die Sicht der Kunden und Beschwerden

Zunächst wurde allgemein nach der Kundenorientierung gefragt und inwiefern die Sicht oder die Wünsche der Pflegebedürftigen und Angehörigen von den Diensten berücksichtigt würden. In diesem Zusammenhang wurde weiter nach dem Vorkommen von Beschwerden gefragt. Beides zusammen ergibt ein ziemlich eindeutiges Bild. Kundenwünsche werden von den Pflegediensten offenbar bisher eher selten systematisch erhoben, vorherrschend ist, dass diese ad hoc im Rahmen der täglichen Arbeit erfasst werden. Explizite Befragungen, schriftlich oder mündlich, mittels kontrollierten Instrumenten finden sich, so die einhelligen Antworten, wie z.B. die einer Sozialverwaltung, erst in jüngster Zeit etwas häufiger:

„Ich kenne Pflegedienste, die Kundenbefragungen eingeführt haben, diese durchführen und auswerten. Ich denke jedoch, dass der Bereich der Evaluation in der ganzen Debatte der Qualitätsprüfung am schlechtesten bearbeitet wird [...] teilweise fangen sie jetzt erst an, sich damit zu beschäftigen. Es ist einer der schwierigsten Bereiche und daher ist er auch noch nicht ausreichend bearbeitet. Da gibt es einen absoluten Nachholbedarf. Was man machen könnte, ist eine Feststellung der Ergebnisqualität. Man könnte durch Befragungen von Kunden herausfinden, was tatsächlich bei ihnen an Qualität ankommt und ob sie mit dieser Leistung zufrieden sind. Aber es wird zu wenig gemacht.“

Etwas weiter fortgeschritten scheint die Erfassung der Patientenwünsche zumindest bei der Gruppe der anspruchsvollen Dienste, die jedoch, wie dargestellt nach der Einschätzung eines Vertreters des MDK eher in der Minderheit sind:

„Bei denen, die es konsequent machen und die auch eine „Qualitätsabteilung“ haben, beziehen schon die Pflegebedürftigen in unterschiedlicher Form mit ein. Es gibt Pflegedienste, die standardisierte Fragebögen in regelmäßigen Abständen verteilen. Es gibt Pflegedienste, die es über „Telefoninterviews“ machen. In anderen Pflegediensten fährt die verantwortliche Pflegefachkraft in regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen die einzelnen Pflegebedürftigen an und befragt sie, erkundigt sich nach der Situation und Veränderungen etc. In der letzten Zeit wird eine Überprüfung der Ergebnisqualität generell auch zunehmen häufiger. Viele müssen sich in dem Punkt nur noch überlegen in welcher „standardisierten“ Form sie die Überprüfung durchführen. Es kommt oft bei unterschiedlichen Personen zu unterschiedlichen Ergebnissen bei der Überprüfung der Ergebnisqualität.“

Die Spannung zwischen professionellen Sichtweisen und jenen der Pflegebedürftigen und Angehörigen spiegeln auch die Antworten der befragten Experten zu den bekannt gewordenen Beschwerden über Pflegedienste oder -kräfte sowie zur von diesen geleisteten Pflege wider. Zunächst fällt jedoch im regionalen Vergleich auf, dass in den beiden Regionen in Ostdeutschland – bei grundsätzlich ähnlichen inhaltlichen Ausrichtungen der Beschwerden – insgesamt offenbar eher *etwas weniger* Beschwerden bekannt wurden.⁹ Von einigen Befragten wurde in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass eine teilweise geringe Zahl an Beschwerden nicht so gedeutet werden dürfe, dass es keine Unzufriedenheit mit den professionellen Pflegediensten gebe, sondern dass die ‚Beschwerdekultur‘ wohl zum Teil erst noch entwickelt werden müsse, wie das ein Vertreter einer Pflegekasse ausdrückt:

„Die Leute nehmen das hier in den neuen Bundesländern auch einfach hin. Früher wurden die Leute gelenkt und die sind eher bereit das Opfer zu sein für diejenigen, die ihren Pflichten nicht nachkommen.“

⁹ Allerdings muss diese Aussage angesichts des geringen nicht repräsentativen Samples von Befragten vorsichtig behandelt werden und mittels weiterer größer angelegter Untersuchungen geprüft werden.

Die gesellschaftliche Institution des aufgeklärten, kritischen Verbrauchers, so kann daraus gefolgert werden, ist hier möglicherweise noch im Aufbau begriffen. Allerdings weist auch das Statement eines Seniorenvertreters aus Westdeutschland darauf hin, dass die ‚schweigende Mehrheit‘ oder die ‚Dunkelziffer‘ der nicht geäußerten Unzufriedenheit unter Umständen auch hier sehr groß sein kann, d.h., dass generell davon auszugehen ist, dass nur ein Teil der Beschwerden auch geäußert wird:

„Wir vermuten dass es noch viel mehr Beschwerden gibt, wir sind da nicht ganz zufrieden damit. Wir sehen das so, dass die Älteren da sich nicht so äußern wollen. Die sind zufrieden, dass überhaupt sich jemand kümmert. Aber mit Sicherheit gibt es berechtigte Beschwerden.“

Die Scheu, Beschwerden anzubringen wird auch dadurch deutlich, dass im Falle der Äußerung von Beschwerden der Wunsch groß ist, anonym zu bleiben, wie z.B. ein Vertreter einer Pflegekasse angibt, der zwei bis drei Beschwerden pro Woche registriert. Die Tatsache, dass nicht immer die gesamte Unzufriedenheit von Pflegebedürftigen und Angehörigen auch offenbar wird, wurde theoretisch bereits erörtert und sie stellt eine bisher kaum bewältigte methodische Herausforderung der Erfassung der Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit der Qualitätsbeurteilung von Pflegeleistungen dar. Dennoch lässt sich auf der Basis der – wie vollständig auch immer – bekannt gewordenen Beschwerden zumindest eine Liste der wichtigsten Beschwerde**bereiche** erstellen, mit der in weiteren Untersuchungen dieses ‚Dunkelfeld‘ erhellt werden könnte. Aufgrund der hier vorliegenden Expertenäußerungen lässt sich eine vorläufige Rangfolge der Häufigkeit von Beschwerdebereichen erstellen, was auch einige Erkenntnisse für die Praxis der ‚Patientenorientierung‘ der Pflegedienste liefert:

- Mangelnde Bedürfnisorientierung und -berücksichtigung (Zuwendung, Beratung, Freundlichkeit, Motivation etc.) von Pflegediensten oder Pflegekräften
- Zeitmangel, Unpünktlichkeit oder die mangelnde Einhaltung von Zeiten
- Personalwechsel oder Fluktuation und schlechte Koordination der Einsätze
- Abrechnungsmängel
- Unzureichende Qualifikation des Personals
- Leistungsausfall, Insuffizienz einzelner Leistungen, technische Defizite (Behandlungspflege), gefährliche Pflege

Nicht so sehr die technische oder professionelle Qualität der Pflege wird aus der Sicht der Patienten also bemängelt, sondern primär just Aspekte der Berücksichtigung der Patientensicht und Bedürfnisse selbst, wie z.B. ein Vertreter einer Sozialverwaltung betont:

„Uns kommen immer wieder Beschwerden zu Ohren. Beschwerden werden geäußert von Angehörigen, Pflegebedürftigen, Ärzten. Sie beziehen sich oftmals nicht unbedingt auf den Pflegedienst als Pflegedienst, sondern auf die einzelnen Kräfte. Das wird zwar gleich auf den Pflegedienst umgelegt, so dass schon oft ein Bild auf den ganzen Pflegedienst geworfen wird. Wir kennen ja auch die Pflegedienste, bei denen man sich beschwert. Sie beziehen sich oft auf das nicht individuelle Eingehen des Pflegedienstes auf die Bedürfnisse des Versicherten. Oft wird gesagt: ‚Die müssen bei mir doch das und das machen. Das machen die aber nicht.‘ Beschwerden beziehen sich also auf den Leistungsinhalt und teilweise auf die Mitarbeiter.“

Etwas detaillierter schildern Vertreter einer Sozialverwaltung mit kommunaler Beratungsstelle und angeschlossenen Selbsthilfegruppen ihre Erfahrungen mit Beschwerden von seiten von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen über die ambulante Pflege durch Pflegedienste:

„Es findet häufig ein zu großer Personalwechsel statt. In einem Extremfall wurden bei dreimaliger Pflege am Tag innerhalb von zwei Wochen 14 verschiedene Pflegepersonen gesichtet. Das ist etwas, was jedoch Kontinuität und jedem vernünftigem Pflegen widerspricht. Das ist schlecht. Die Pflege findet auch oft zu kurz statt. Der kommunikative Aspekt wird nicht genügend berücksichtigt. Die Pflegenden haben oder nehmen sich so wenig Zeit, dass über den Pflegebedürftigen quasi hergefallen wird, die Leistungskomplexe abgearbeitet werden und die Leute wieder verschwinden. Das sind die Beschwerden, die die Beratungsstelle auch aufgenommen hat. Es ging um Personenwechsel, um die Zeit und um die geringe Nachvollziehbarkeit der Rechnungsstellung. [...] Ein Problem ist auch teilweise die Geschlechterfrage. Das Bedürfnis, ob der Pflegebedürftige von einem Mann oder einer Frau geduscht werden soll, wird nicht abgefragt, sondern eher zugewiesen. Es gibt diesbezüglich wenig Sensibilität bei der Zuordnung von Personen. Viele Pflegebedürftige sagen es auch nicht konkret und sind unzufrieden damit. Das ist schlecht. Der ganze Kommunikationsaspekt ist eine Katastrophe. Es gibt wenig Pflegerinnen, die sich ausreichend Zeit nehmen. Das nehmen die Betroffenen ganz stark wahr. Sie nehmen auch wahr, dass die Absprachen zwischen den einzelnen wechselnden Pflegern schlecht ist. Wenn es schon so viele sind, dann ist eine gute Absprache untereinander schon zu erwarten. Selbst das ist teilweise nicht geregelt.“

Allerdings werden die Schwerpunkte von den Befragten jeweils unterschiedlich gesehen. Während ein Vertreter des MDK die häufigsten Beschwerden bei „Abrechnungsfragen“ sieht, dann aber noch eine Reihe weiterer Punkte nennt, die ebenso auf der obigen Liste stehen, nennt eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige die Zeitproblematik als wichtigsten Gegenstand von Beschwerden, was auch von einem Vertreter einer Selbsthilfegruppe als Hauptproblem der ambulanten Pflege und Gegenstand der meisten Beschwerden erachtet wird.

„Wie viele Beschwerden bekannt geworden sind, kann ich ihnen nicht sagen. Es sind weit mehr als die Anzahl der Pflegedienste, die wir bisher überprüft haben. Sie werden von ganz unterschiedlichen Personen geäußert, von den Pflegebedürftigen, Angehörigen, Nachbarn, Freunden, Bekannten, selten von anderen Pflegediensten oder anderen an der Versorgung Beteiligten, z.B. Essen auf Rädern. Meistens beziehen sich die Beschwerden auf abrechnungstechnische Fragestellungen. Weiterhin beziehen sie sich im weitesten Sinne auf pflegerische Mängel. Das ist ganz unterschiedlicher Ausprägung, z.B. warum eine nicht ausgebildete Kraft bestimmte Leistungen übernehmen darf oder dass immer andere Pflegekräfte zu immer unterschiedli-

chen Zeiten kommen, Absprachen werden nicht eingehalten, individuelle Bedürfnisse werden nicht berücksichtigt, vereinbarte Leistungen werden nicht eingehalten, Pflegekräfte haben nie Zeit usw. Die Beschwerden könnte man unendlich weit fortführen.“

Dass Beschwerden von seiten von Pflegebedürftigen und Angehörigen durchaus an der Tagesordnung sind, äußert ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, der sowohl Informationsmängel als auch die ungenügende Bedürfnisberücksichtigung oder das fehlende auf die Person Eingehen sowie die Mitarbeiterfluktuation als Problembereiche der ambulanten Pflege benennt:

„Zum einen beschweren sich die Leute relativ häufig telefonisch und fragen, was in ihrer Situation zu machen ist. Jeden Tag ist eine solcher Beschwerden dabei. Häufig geht es aber auch um Informationsmangel. Viele haben falsche Auskünfte bekommen, andere sind immer noch nicht ausreichend über die Pflegeversicherung informiert. Von den Pflegediensten erhalten die Angehörigen oftmals nur schriftliches Informationsmaterial und können damit nicht umgehen oder verstehen manches falsch. Wenn sich Angehörige über Pflegedienste beschweren, dann meist über mangelnde Information, sie fühlen sich geschnitten, mit ihnen wir nicht geredet, die Fluktuation der Mitarbeiter ist ihnen zu hoch, es kommen ständig neue Mitarbeiter etc.“

Die Kommunikation und Vermittlung zwischen den Bedürfnissen und Interessen der Pflegebedürftigen und den vielfältig – auch durch bürokratische oder rechtliche Rahmenbedingungen – verursachten Anforderungen der Pflegedienste taucht im Zusammenhang mit der Schilderung von Beschwerden immer wieder als Problem auf. Dabei kann es durchaus sein, dass die Sicht oder der Eindruck der Pflegebedürftigen entweder nicht zutrifft, etwa weil erbrachte Leistungen nicht in Erinnerung blieben oder dass ein Informationsmangel bei den Betroffenen als Verständigungsproblem auftaucht, so kann die Äußerung eines Seniorenvertreters interpretiert werden. Gleichwohl sieht auch dieser wesentliche Probleme im Zeitmangel und der Personalfuktuation:

„Aber mit Sicherheit gibt es berechtigte Beschwerden. Dass immer alles so schnell geht, nicht, und Hopp Hopp, so dass die Pflegebedürftigen gar nicht zurecht kommen und nicht fertig sind. Und hinterher, dass dann Geld nachgefordert wird von den Diensten, und die Betroffenen sagen dann, das habe ich gar nicht gehabt. Da muss man dann fragen, haben Sie das wirklich nicht gehabt, da muss man das in Erinnerung rufen [...] dann sagen die: Wieso das war doch alles mit drin in der Pflege. Dann, dass zuviel geschrieben wird, dass die eigentliche Pflege dann zu kurz kommt. Zuviel Bürokratie wie so gesagt wird. Hand anlegen ist da kaum drin.“

Umgekehrt können die Probleme und Anlässe für Beschwerden auch auf mangelnde Informationen von Pflegediensten beruhen, etwa, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen allein restriktiv erlebt und weitergegeben werden an die Pflegebedürftigen, d.h., wenn anderweitige Finanzierungsmöglichkeiten für Kommunikation, Zuwendung etc. nicht einmal erwogen werden, wie dies ein Seniorenvertreter schildert:

„Es gibt zuwenig Zuwendung, so eine häufige Beschwerde. Da hat man mir zur Antwort gegeben von einem Pflegedienst, das steht auch im Gesetz nicht drin. Aber ein guter Dienst muss das im Griff haben. Der muss wissen, wie geht es dem Patient, worauf legt der Wert. Heute kann ich mal das Duschen lassen und ich setz mich mal mit ihm zusammen. Das Gefühl muss da sein. Dann haben wir gehört, dass das dauernd wechselt das Personal. Dass die lieber längere Zeit eine Pflegekraft haben, woran sie sich gewöhnt haben, den sie gerne haben wollen. Dann kommen drei Personen ins Haus, das ist uns schon angetragen worden als Beschwerde.“

Konsequenterweise, so eine Vertreterin einer Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörigen, mündet die Kritik der Kunden darin, dass die Pflege durch Pflegedienste sogar schlechter eingeschätzt werde als die eigene Laienpflege, was erstaunt, jedoch den oben genannten Befunden aus der Literatur durchaus entspricht:

„Bei uns in der Gruppe haben z.B. zwei Personen den Pflegedienst gewechselt. Das waren private Pflegedienste. Zum Teil waren es persönliche Hintergründe, dass der Pflegebedürftige mit den Personen nicht zu recht gekommen ist. In anderen Fällen wurde aber auch die Pflege bemängelt. Die Angehörigen sagten, sie könnten es besser selber machen, wenn das so locker gehandhabt wird.“

3.6.2 Das Dunkelfeld schwerer Mängel

Auf die Frage nach Beschwerden folgte, da bis auf eine Ausnahme nicht von sich aus schwere Pflegefehler oder Fälle sogenannter ‚gefährlicher Pflege‘ genannt wurden, eine dahingehende Nachfrage zu Vorkommen von Beschwerden über Vernachlässigung, Druckgeschwüre, Gewaltanwendung oder sonstige schwere Pflegefehler oder -skandale. Bei der Befragung wurde darauf geachtet, dass keine suggestive Wirkung ausging, d.h., dass auch die verneinende Frage mit gestellt wurde. Dieser Themenbereich ist bekanntlich besonders problematisch, weil hier kaum gesicherte Erkenntnisse vorliegen und das ‚Dunkelfeld‘ besonders groß ist.¹⁰ Auch die hier vorliegenden Antworten der befragten Experten können dazu nur einige wenige Schlaglichter liefern, weshalb in einer größer angelegten Studie weiter Licht ins Dunkel gebracht werden müsste. Zwar wird von den hierzu befragten Experten überwiegend das Vorkommen schwerer Pflegefehler oder von Dekubitus bejaht, in der Regel jedoch mit dem Hinweis, dass solche Fälle nicht so häufig auftreten und dass bei groben Pflegemängeln oder bei Gewalt in der Pflege vieles im Verborgenen bleibe. Deshalb überrascht es nicht, dass ca. ein Viertel der hierzu antwortenden Experten

¹⁰ Nach den bisherigen dazu vorliegenden Ergebnissen ist sowohl bei Dekubitus als auch bei Gewaltanwendung von einer durchschnittlichen Prävalenz von mindestens ca. 10% auszugehen (vgl. oben, Kap. 2.3.2).

mit „weiß nicht“ oder verneinend antworten. Erneut ist in diesem Fragebereich jedoch keine regionale Signifikanz zu beobachten. Die besondere Problematik, schwere Pflegeängel aufzudecken und sowohl Ursachen als auch Schuldige zu bestimmen, benennt z.B. ein Seniorenvertreter in bezug auf das Auftreten von Dekubitus:

„Wenn das jemand im Heim oder im ambulanten Bereich hat, dann wird gesagt, der kam so aus dem Krankenhaus zurück. Keiner gibt zu, wo es entstanden ist.“

Ein Vertreter einer Pflegekasse schildert die Problematik, insbesondere Fälle grober Pflegefehler oder mit Verdacht auf Gewaltnwendung aufzudecken und zu verfolgen, da Anzeigen in der Regel anonym erfolgen:

„Bezüglich Gewaltnwendung haben wir zweimal Hinweise bekommen. Wir sind denen nachgegangen, konnten das aber nicht beweisen. Diejenigen, welche die Hinweise ins Spiel gebracht hatten, wollen außen vor bleiben. Gewaltnwendung gibt es wahrscheinlich und kommt aber oft nicht ans Tageslicht.“

In ähnlicher Weise äußert sich ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, der auf die Notwendigkeit hinweist, standardisierte professionelle Verfahren anzuwenden, um gefährliche Pflege zu bestimmen und aufzudecken:

„Aus dem Krankenhausbereich ist mir ein Fall bekannt, bei dem es um gefährliche Pflege ging. Das wurde im Krankenhaus diagnostiziert und abgesichert durch die dortige Dokumentation. Schwierig ist dabei immer, jemanden zu finden, der die gefährliche Pflege bestätigt oder als solche bezeichnet. Es geht dabei um die Verantwortlichkeit und darum was passiert, wenn eine gefährliche Pflege diagnostiziert wird. Vom Sozialdienst aus haben wir ein standardisiertes Verfahren für gefährliche Pflege im Heim entwickelt. Für den ambulanten Bereich gibt es so ein Verfahren noch nicht.“

Ebenso schildert ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle die Schwierigkeit, Fälle illegitimer Gewaltnwendung zu bestimmen und zu verfolgen, der darauf verweist, dass nur durch eine intensive Begleitungs- und Kontrolltätigkeit tiefergehende und umfassende Erkenntnisse möglich wären:

„Gewalt ist schon ein Thema, wird aber mit uns als Behörde nicht offen besprochen. Vermutungen lagen jedoch in einigen Fällen vor. Da sind wir als Behörde nicht der Gesprächspartner, weil man uns so eine Aufsichtspflicht sofort entgegen bringt. [...] Pflege findet teilweise in einer Form statt, die den Tatbestand der gefährlichen Pflege noch nicht erfüllt. Sie beinhaltet aber Gewaltaspekte wie Fixierungen. Man müsste die Einsätze begleiten, um diese Vorgänge untersuchen und dokumentieren zu können. Wir können teilweise nur rückschließen, dass das teilweise nicht korrekt ist, was da läuft. Man kann nur nicht beweisen, dass da Gewalt angewendet worden ist.“

Ein Vertreter des MDK verweist zudem darauf, dass der Begriff ‚gefährlicher Pflege‘ selbst nicht klar definiert sei. Zwar bejaht er Mängel bei der Vermeidung oder Behandlung von Dekubitus,

wenn auch diese nicht im gleichen Ausmaß wie in den übrigen Bereichen vorkämen. Ferner sei die Zuordnung zum Ort und zur Ursache der Entstehung sehr schwierig, schon weil in der Regel mehrere Institutionen und Pflegekräfte sowie Profis und Laien beteiligt seien und die Profis insbesondere auf die Mithilfe und Leistungen der Angehörigen angewiesen seien. Auch seien hin und wieder ärztliche Therapieempfehlungen veraltet und unzureichend:

„Es gibt Mängel hinsichtlich des Punktes Dekubitus. Allerdings bestehen diese Mängel meinen Erfahrungen nach nicht in so einem Umfang wie es sie in anderen Bereichen der Pflege gibt. Es ist enorm schwierig, die Zuordnung zu dem ambulanten Pflegedienst eindeutig zu finden. Ganz häufig ist es in der ambulanten Pflege so, dass mehrere an der Pflege beteiligt sind. Der Pflegedienst kommt drei mal täglich, die Nachbarin zwei mal täglich, die Tochter einmal täglich, die Tante auch einmal täglich und nachts ist vielleicht die Enkelin da. Dann festzustellen, ob dieser Mangel wirklich nur aufgrund der Nichterbringung, Fehlleistung oder Versagen des Pflegedienstes entstanden ist, ist nur in Einzelfällen genau zu eruieren. [...] Die erste Schwierigkeit tritt auf bei der Feststellung, wo ein Dekubitus entstanden ist. Kommt der wirklich aus dem Bereich der ambulanten Pflege? Kommt der möglicherweise aus dem Krankenhaus? Kommt der aus dem Bereich der Kurzzeitpflege oder Rehabilitation? Dann ist die Frage, inwiefern haben Pflegedienste tatsächlich auch die Chance zur Vermeidung von Dekubiti? Im Rahmen der normalen Pflege ist die Dekubitusprophylaxe enthalten, Dekubitusprophylaxe ist jedoch mehr als zum Beispiel die auf drei mal am Tag beschränkten Einsätze des Pflegedienstes. Wenn die Angehörigen die Bemühungen nicht unterstützen, dann ist eine Prophylaxe von seiten des Pflegedienstes sehr schwer. [...] Damit hinein spielt die medizinische Indikation, welche medizinische Behandlungen ich verordnet bekomme und auch im Bereich der ärztlichen Versorgung gibt es erhebliche Mängel. Es werden Mittel und Methoden zumindest vorgeschlagen, die aus pflegewissenschaftlicher Sicht völlig widerlegt sind. Das krassste Beispiel ist Eisen und Fönen, das ist schon seit 10 Jahren tot. Hier in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) gibt es aber mindestens noch einen Arzt, der das weiterhin verordnet.“

Ungeachtet dieser Schwierigkeiten bleibt jedoch m.E. eine *Hauptverantwortung* des Pflegedienstes, der als professioneller Dienst die Angehörigen anleiten und kontrollieren sowie die Koordination der Pflege insgesamt organisieren sollte, so dass Fälle mit Dekubitus nicht vorkommen oder möglichst schnell verschwinden sollten. Wenn jedoch, wie ein Vertreter einer Pflegekasse äußert und wie dargestellt wurde, die Dokumentation häufig nicht gut geführt werde und keine Lagerungspläne oder Flüssigkeitsbilanzen existierten, dann entstehen mehr oder weniger zwangsläufig Probleme in der Vermeidung und Behandlung von Druckgeschwüren:

„Ein großes Problem ist immer wieder der Dekubitus, auch im ambulanten Bereich. Ein Dekubitus erfordert ja Lagerung, bestimmte Ernährung, Flüssigkeitsbilanzierung etc. Der Pflegedienst ist nicht kontinuierlich am Tag vor Ort und da gibt es schon gerade im ambulanten Bereich noch mehr zu tun als im stationären Bereich, wenn ich an die Dinge denke, die prophylaktisch und behandelnd notwendig sind. Der Pflegedienst kommt, macht seine Sachen und leitet vielleicht noch die Angehörigen an, nach dem Motto: ‚Passt auf, hier muss das und das gemacht werden.‘ Dann ist er jedoch auch wieder verschwunden. Vielleicht kommt er noch ein zweites Mal am Tag. Die Sicherstellung, dass bei solchen Patienten auch das passiert, was passieren müsste, das ist meiner Meinung nach nicht gewährleistet. Im stationären Bereich ist das auch nicht alles toll. [...] Und wenn dann keine Lagerungspläne da sind, keine Flüssigkeitsbilanzierungen und solche Geschichten, dann ist das natürlich ein großes Problem.“

Die Gesamtverantwortung der ambulanten Pflegedienste für das Management der Pflege, d.h., auch die Anleitung der Laienpfleger, und die Vermeidung von Druckgeschwüren unterstreicht auch eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle, welche darauf hinweist, dass in Fällen der nicht ausreichend ‚geordneten‘ professionellen Pflegekapazitäten zumindest die Pflicht bestehe, dieses Problem anzuzeigen und zu verfolgen:

„Dekubitus passiert schon einmal, auch sehr schnell im Altenheim. Wenn einer permanent gedreht werden muss, dann kann das der Pflegedienst unter Umständen nicht leisten. Dann muss er sich aber melden. Das ist eben der Vorwurf, den ich den Pflegediensten machen muss. Oder sie müssen im Vorfeld sich um eine Antidekubitusmatratze oder sonstige Maßnahmen kümmern.“

Entsprechend wird von einigen Befragten darauf hingewiesen, dass die Entstehung schwerer Pflegemängel oft eine Folge mangelnder Professionalität und Qualifikation sowie Bezahlung, aber auch mangelnder Transparenz und fehlender Kontrollen des im Privaten ablaufenden Pflegegeschehens – bei hoher Fluktuation verschiedener Pflegekräfte – sei. So schildert eine Angestellte einer kommunalen Beratungsstelle mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen folgende Erfahrung und Hintergründe grober Pflegemängel:

„Wir hatten einen Pflegedienst, der mit illegalen ausländischen Pflegekräften gearbeitet hat, aber es ist nichts weiter passiert. Die haben ihre Buße bzw. Steuern nachgezahlt und dann hört man nichts mehr davon. Es wird ja auch so nichts öffentlich. Ich denke, jeder kann einen Fehler machen, aber das ist für mich oft schon zu bewusst gemacht. Das ist ein Abzocken, da ich Kräfte für wenig Geld beschaffe. [...] Solche Pflegedienste müsste man auch von der Liste streichen können. [...] Verkotete Betten, so etwas passiert schon einmal. Es ist aber schwer nachzuweisen. Wenn ich zwei mal am Tag hingehe, ich drehe ihn auf den Rücken, dann passiert es und ich komme erst am Abend wieder. Dann das Drumherum, die Haushaltsführung ist oft noch viel vernachlässigter. Das ist für viele uninteressant. Es gibt teilweise Mitarbeiter, die diese Arbeit für 10-15DM die Stunde übernehmen. Das funktioniert aber nicht so, da ist die Fluktuation auch zu hoch. Meinem Standpunkt nach gehört das jedoch automatisch dazu, wenn ich eine Pflege übernehme, denn das ist in dem kompletten Paket mit drin, ich habe die gesamte Verantwortung.“

Ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle weist darauf hin, dass er zwar kaum schlimme Fälle oder Zustände in der Pflege durch die Beratung oder Beschwerdestelle erfahre, sondern eher über den eigenen ambulanten Sozialdienst auf zweifelhafte Zustände stoße, die offenbar häufig unentdeckt bleiben:

„Im ambulanten Sozialdienst haben wir das durchaus schon einmal, dass dort willkürliche, freiheitsberaubende Maßnahmen durchgeführt wurden. Die waren auch weder ärztlich noch gerichtlich induziert. Anbinden oder Ruhigstellen mit Medikamenten, war teilweise gängig.“

Ein Vertreter einer Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen betont weiter, dass die Gefahren oft auch von professionellen Kräften nur schwer erkannt würden und er benennt ebenso die Ge-

samtverantwortung und Koordination als Problem, welches sich verschärft bei Demenz und Alleinlebenden stelle:

„Auch Pflegekräfte können nicht immer alles richtig machen. Ich finde diese hygienischen Geschichten gefährlich, zum Beispiel einen Verbandswechsel ohne Handschuhe oder ohne sich die Hände zu desinfizieren etc. Vielen Ungelehrten aber auch Professionellen wird das jedoch nicht als eklatanter Verstoß betrachtet. Viele sagen: ‚Ich passe schon auf!‘ Auch der ganze Bereich der Demenz ist oft gefährlich. Meist ist es nicht sichtbar gefährlich. Häufig führt es jedoch zu Eskalationen, wenn die demente Person noch allein lebt. Meist weiß der ambulante Dienst nicht Bescheid, wer bzw. ob sich überhaupt noch jemand anders um die Person kümmert oder wer ansonsten dafür zuständig ist. Es gibt keine Absprachen und wenig Koordination. Es gibt ja oft Übergangsphasen, in denen nicht eindeutig ist, ob die Person noch alleine zurecht kommt oder ob sie einer Pflege bzw. Aufsicht bedarf. Manchmal verbessert sich der Zustand, dann verschlechtert er sich wieder. Gerade in dieser Zeitspanne reichen die Hilfen einfach nicht.“

Dass gerade alleinlebende Pflegebedürftige in besonderen Gefahrensituationen leben, wird von einigen Befragten betont, allerdings sind Zugänge, Einsichtnahme und Kontrollmöglichkeiten der Privatsphäre begrenzt, wie ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle schildert, der wiederum auf seine Erfahrungen im Rahmen der Tätigkeit des kommunalen Sozialdienstes rekurriert. Dieser weist allerdings auch darauf hin, dass Gefahren oder größere Defizite in der Pflege nicht nur von Pflegediensten, sondern auch von Familienangehörigen ausgehen können:

„Wir als ambulanter Dienst haben oft mit Menschen zu tun, die von der Sozialhilfe abhängig sind, Leute, die wirtschaftlich nicht viel haben. Oft tritt bei einer Lebensgemeinschaft von Mutter und Sohn folgendes Problem auf. Die Mutter bezieht Pflegegeld, es wird nicht kontrolliert, ob dieses Geld wirklich für Pflege eingesetzt wird und der Sohn versäuft es. Wir kennen einige Familien, in denen das Geld nicht sinngemäß genutzt wird. [...] Das Gewaltphänomen tritt auch nicht nur auf der Seite der Pflegeverbände auf. Es ist auch ein Problem in der familiären Pflege, wenn der Angehörige nicht mehr mit dem verwirrten Pflegebedürftigen umgehen kann und ihn vielleicht einsperrt. Es ist natürlich auch die Frage, wie ein Pflegeverband beratend tätig wird, wenn er solche Situationen mitbekommt. Ob er sagt, das geht so nicht und eine Beratungsstelle vermittelt oder ob einer sagt ich habe noch ein besseres Schloss oder Medikamente.“

Dass oft nur durch Zufall, etwa durch Abrechnungsfehler, also nicht durch das eigentliche Problem, die Vernachlässigung, schlimme Einzelfälle bekannt werden, betont schließlich recht ernüchternd eine kommunale Seniorenbeauftragte, so dass als Fazit diesbezüglich erneut ein Kontrollproblem konstatiert werden kann:

„Wir hatten einen Fall, da wurde die Pflege in so einer verkappten Heimsituation angeboten. Das war ein Heim, bei dem man sagt, es ist nicht vom Feinsten. Es war alles viel zu eng, die Leute kamen nicht an die Luft, die lagen nur noch in den Betten etc. Das wurde dann unterbunden. Das hat gerichtliche Konsequenzen gehabt. Es wurde dabei nicht nur der Pflegeauftrag vernachlässigt, sondern es gab auch finanzielle Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Pflege und das hat ihnen das Genick gebrochen. Es ist schon viel notwendig, um die Lizenz zu entziehen, nur eine Vernachlässigung, das reicht oft nicht.“

3.6.3 Mangelnde Aktivierung – Gute Bereitstellung von Hilfsmitteln

Die Aktivierung und Bereitstellung von Hilfsmitteln waren immer wieder Gegenstand von Diskussionen in der praktischen Literatur. Hinsichtlich der *Aktivierung* der Pflegebedürftigen durch die ambulanten Pflegedienste ist das Bild der Experteneinschätzungen wieder sehr einheitlich, weshalb auch erneut keine regionalen Besonderheiten auffallen. Fast durchgehend wird konstatiert, dass Pflegebedürftige zu wenig Aktivierung erfahren, weil dies zuviel Aufwand bedeute, dass zu wenig Zeit und keine Finanzierung vorhanden seien. So kritisiert z.B. ein Vertreter von Pflegekassen die mangelnde Aktivierung von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste, gleichzeitig beklagt dieser, dass die dahingehende Kontrolle und Mängelnachweise auch in diesem Bereich sehr schwierig seien:

„Ich würde sagen, die (Aktivierung, Anm. d. Verf., G.R.) wird im ambulanten Bereich durch die Pflegedienste sehr vernachlässigt. Die aktivierende Pflege macht mehr Arbeit und Aufwand. Selbst wenn es darum geht, beim Aufstehen eine kleine Hilfestellung zu leisten, lässt man ihn teilweise lieber gleich liegen. Obwohl das drei bis viermalige Aufstehen am Tag fast eine Gymnastik für einen Pflegefall wäre. Aktivierung wird stark vernachlässigt. Es gibt ja auch keine Meßlatte und Überprüfungsmöglichkeiten oder Instrumente um diese Vernachlässigung der Aktivierung nachzuweisen.“

Ein weiterer Vertreter einer Pflegekasse ergänzt in diesem Zusammenhang, dass es selbst für die Pflegedienste in der internen Qualitätskontrolle nicht einfach sei, die mangelnde Aktivierung festzustellen, dieses sei lediglich durch intensive Wahrnehmung von Visiten und Befragungen der Pflegebedürftigen selbst möglich:

„Ich denke schon, dass bei dem einzelnen Pflegeeinsatz die Aktivierung nicht weit genug geht, weil es für die Pflegekraft einfacher ist und schneller geht, die Leistung selbst zu erbringen, als den Patienten zu unterstützen, anzuleiten, zu motivieren. Was die Pflegedienste behaupten zu machen, ist das eine und was die einzelne Pflegekraft vor Ort macht, ist das andere. Auch für den Pflegedienst selbst ist es schwierig, das zu überprüfen. Normalerweise müsste regelmäßig eine Qualitätssicherungsbeauftragte schauen, was vor Ort passiert und auch den Versicherten fragen, wie die Pflege vorstatten geht.“

Pessimistisch sieht dies z.B. ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, der die Mängel der Aktivierung von Pflegebedürftigen sogar im ‚System‘ begründet sieht:

„Wir können die Frage stellen, gibt es Aktivierung? Die Antwort ist wenig. ‚Gar nicht‘, das wäre falsch, denn es gibt durchaus Pflegekräfte, die sehr ambitioniert sind. In der Regel würde jede Aktivierung erfordern, dass der Zeitaufwand um ein vielfaches steigt. In allen Gesetzen steht drin, Pflege soll aktivieren, nur das wird selten berücksichtigt. [...] Das widerspricht dem System, von daher findet das auch nicht statt.“

Ein Vertreter einer kommunalen Sozialverwaltung erläutert, dass im herrschenden System keine Anreize und Belohnungen für die Aktivierung von Pflegebedürftigen angelegt seien. Einerseits

fehle die dahingehende Vergütung andererseits bedeute die Aktivierung u.U. das „Absägen des Astes, auf dem man sitzt“, d.h. der mögliche Verlust eines Kunden, weshalb von diesem Befragten über mögliche Prämien für die Aktivierung von Pflegebedürftigen nachgedacht wird:

„Die Pflegedienste sagen immer, sie hätten dafür zu wenig Zeit, das würde im Rahmen der Leistungskomplexe nicht genügend gewürdigt. Da ist immer das wichtigste, die Zeit und die Vergütung dafür. Das wird ja nicht honoriert auch im stationären Bereich. Das ist wie so das Astabsägen auf dem man sitzt. Das ist schon schwierig, auf der einen Seite will man das ja, das ist eine Frage der Einstellung, behalte ich den Fall oder wenn ich zu gut bin, habe ich ihn los. Vielleicht könnte man eine Prämie aussetzen für die Aktivierung, vielleicht [...] Andererseits es wird ja auch viel gejammert, dass es hinten und vorne nicht reicht. Wir glauben das nicht immer, weil sonst gäbe es nicht so viel (Dienste, Anm. d. Verf., G.R.). Wenn die alle so am Knochen nagen würden, dann gäbe es weniger. Es muss sich doch rentieren.“

Immer wieder wird als Grund für die festgestellte oder vermutete fehlende Aktivierung der Pflegebedürftigen mangelnde Zeit und Finanzierung der ambulanten Pflegedienste genannt. Allerdings, so kam auch in der vorigen Äußerung zum Ausdruck, werden in diesem Zusammenhang häufig indirekte Aussagen gewählt, etwa folgendermaßen: „die Dienste sagen, sie hätten zu wenig Zeit“; ferner werden auch dahingehende Zweifel angemeldet oder eben auf den wachsenden Markt verwiesen. Dennoch, die fehlende Zeit oder Finanzierung wird als *der* Hinderungsgrund für Mängel bei der Aktivierung genannt, so auch in der Äußerung eines Vertreters einer Selbsthilfeorganisation, der zudem wieder auf die Problematik der Anleitung von Angehörigen hinweist:

„Ein Großteil versucht es, aber der Mangel ist immer die Zeit. Weiterhin geht es auch darum, inwieweit Angehörige es zulassen. Wenn Angehörige mitmachen dann geht es schon viel eher. Die Angehörigen müssen also immer ein Stück weit mit aktiviert werden und das ist oft schwierig.“

Eine Schwierigkeit bei der Aktivierung von Pflegebedürftigen stellt sich – erneut – bei Alleinlebenden und angesichts von Gefahren, etwa die von Stürzen, die im Zuge der selbständigen Ausübung von Tätigkeiten entstehen, so der Hinweis einer Vertreterin einer Beratungsstelle:

„Die Pflegedienste versuchen schon, eine bestimmte Selbständigkeit zu erhalten. Das Hauptproblem ist wieder bei Personen, die allein leben. Da ist keiner, der sagt, komm wir probieren das einmal. Wenn die alleine sind, dann sind die Ängste da und die Leute denken sich, bevor ich falle bleibe ich lieber sitzen.“

Schließlich nennen einige Befragte auch die Koordination zwischen verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen als Schwierigkeit im Rahmen der Aktivierung und Rehabilitation von Pflegebedürftigen. Allerdings, so eine Vertreterin einer Angehörigengruppe und Beratungsstelle, es habe sich diesbezüglich in den letzten zehn Jahren eine Verbesserung ergeben, etwa bei der

Rehabilitation von Schlaganfällen. Nach wie vor sei jedoch der Übergang in die eigene Häuslichkeit und die darauffolgende Fortsetzung der Rehabilitation und Aktivierung problematisch.

Eine eindeutig bessere Versorgungslage scheint den hier durchgeführten Expertenbefragungen zufolge bei der Bereitstellung oder Vermittlung von *Hilfsmitteln* vorzuliegen. In der Mehrheit werden dahingehende Mängel verneint, eine Antwort ist der Kategorie „weiß nicht“ zuzuordnen, nur wenige Befragte beschreiben auftretende Mängel beim Einsatz von Hilfsmitteln. Alle negativen Äußerungen stammen im übrigen aus der größeren westdeutschen Großstadt, aus der jedoch insgesamt gesehen diesbezüglich gemischte Resultate vorliegen. Die hier geäußerte Kritik bezieht sich zum Teil auch auf die restriktive Praxis der Pflege- oder Krankenkassen und weniger auf die der Pflegedienste, zum Teil auf mangelnde Information über Hilfsmittel, wie einer Äußerung einer Vertreterin einer Beratungsstelle mit Angehörigengruppen zu entnehmen ist:

„Die Bereitstellung von Hilfsmitteln ist oft von den Krankenkassen abhängig. Manche Pflegekräfte klären die Angehörigen über die Möglichkeiten zur Antragstellung bei der Krankenkasse auf, andere Angehörige wissen gar nichts darüber. Teilweise ist überhaupt nicht bekannt, was es an Hilfsmitteln überhaupt gibt. Wir sind teilweise sogar mit Gruppen zur Information und Veranschaulichung in Sanitätshäuser gegangen. Was die Genehmigung von Hilfsmitteln angeht, erlebe ich es eher als ein Problem der unterschiedlichen Umgangsweisen von Kranken- oder Pflegekassen. Manche sind großzügig, manche sind pingelig.“

Eher kritisch äußert sich hier auch ein Seniorenvertreter, der darauf hinweist, dass man sich bei der Beschaffung von Hilfsmitteln auch für die Pflegebedürftigen hier und da einsetzen müsse, weil einzelne Kassen diesbezüglich restriktiv eingestellt seien:

„Da schlagen sich ja die Kassen gegenseitig. Der eine sagt, ich bezahl das nicht und der andere sagt, ich bin da nicht zuständig. Da muss sich schon immer jemand einsetzen. Heute morgen habe ich gehört, von einem, der von der Kasse einen Rollstuhl bekommen hat zum Anschieben, der ist aber einarmig. Das ist aber auch sehr unterschiedlich.“

Insgesamt, so lässt sich den dazu vorliegenden Antworten entnehmen, stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln jedoch nur in einzelnen Fällen oder bei neuartigen Hilfsmitteln ein Problem dar, wie z.B. eine Vertreterin einer Beratungsstelle äußert:

„Von dem, was ich erlebe, geht es ganz gut und zügig voran. Die wurden ziemlich unkompliziert zu Verfügung gestellt. Ich denke, das Grundrepertoire an Hilfsmitteln wird bereit gestellt. Woran es sicherlich mangelt, ist Information über potentielle Möglichkeiten, die noch nicht so allgemein verbreitet sind. Als Beispiel kann ich die Hüftschalen zur Verhinderung von Hüftgelenksbrüchen, die sind wenig bekannt. Da gibt es sicherlich auch im Technikbereich einiges, das sich weiterentwickelt hat und möglich wäre. Gerade im Bereich der älteren Menschen wird darüber wenig informiert, im Behindertenbereich ist das schon anders.“

Dass Hilfsmittel bereitgestellt werden, liege, so ein Vertreter einer Kommunalverwaltung, schließlich auch im Interesse der Pflegedienste, wobei dieser, als Finanzier von Sozialhilfeleistungen, zum Teil sogar zu großzügige Angebote sieht:

„Das ist ja auch im Interesse des Pflegedienstes, dass die bestehenden Möglichkeiten entsprechend zum Einsatz kommen. Aquatech zum Baden erleichtert ungemein. Da ist der Pflegedienst schon hinterher. Das Personal zeigt es auch rechtzeitig an. Vom MDK werden zum Teil schon bei der Begutachtung Hilfsmittel empfohlen. Das läuft ganz gut. [...] Das ist erstaunlich mit welchem Aufwand die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Ich finde es sogar teilweise zu großzügig. Wenn man zum Beispiel sagt, der hat keine hohe Lebenserwartung, das ist ja teilweise abzusehen, dann sollte ihm doch eigentlich kein neues Bett von dort gebracht werden, sondern er kann sich doch besser ein Bett ausleihen und wir übernehmen die Kosten. Das geht außerdem schneller. Da sind sie etwas schwerfällig, etwas praktischer und kostenbewusster zu denken.“

3.6.4 ‚Wer weiß wie viel?‘: Mängel bei der Abrechnung

Probleme oder Mängel bei der Abrechnung von Leistungen, Abweichungen zwischen zugesicherten und tatsächlich erbrachten und den später abgerechneten Leistungen wurden vereinzelt bereits in anderen Themenbereichen genannt. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, dass auch hier ein großes ‚Dunkelfeld‘ von der weit überwiegenden Mehrheit der Befragten *vermutet* wird. Einige wenige Befragte antworteten auch mit ‚weiß nicht‘. Weiter wird häufig ausgeführt, dass offenbar nur wenige Fälle eingehend geprüft und auch nur wenige mit Mängeln als ‚schwarze Schafe‘ identifiziert und bekannt wurden, wie z.B. ein Vertreter einer Pflegekasse äußert, der zudem die Möglichkeit unbeabsichtigter Irrtümer bei Abrechnungen einräumt:

„Es kommt auch immer wieder vor, dass Leistungen vorweg quittiert werden. Diese Abrechnung dieser ganzen Leistungen gestaltet sich schon recht schwierig. Ich möchte nicht wissen und das kommt ja zur Zeit alles wieder hoch, was Krankenversicherungen und Pflegeversicherungen betrifft, inwiefern Abrechnungen manipuliert werden. Gerade ist hier in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) ist wieder ein Sanitätshaus durch die Presse gegangen, wo die [...] (Pflegekasse, Anm. d. Verf., G.R.) mit ihrer sogenannten „Task Force“ tätig geworden ist. Die haben jetzt ein Sanitätshaus ausgegraben und haben dort das Geld zurückgeholt und solche Sachen. Ich denke in diesem Bereich ist auch eine ganze Menge zu tun.“

Und weiter:

„Ja, es gibt Abrechnungsmängel, aber in welchem Ausmaß ist schwer zu sagen. Ich will jetzt auch nicht allen Pflegediensten irgend etwas Böses. Überall gibt es schwarze Schafe. Man muss auch hier bei den sogenannten schwarzen Schafen unterscheiden. Es gibt ganze Pflegedienste, bei denen das mit Vorsatz und Absicht passiert und es gibt bei Pflegediensten Pflegekräfte, die Leistungen eintragen, die sie nicht gemacht haben und der Pflegedienst das unwissentlich abrechnet. Der Kontrollmechanismus fehlt dabei und uns fällt dann bei der Abrechnung einer Leistung auf, dass er diese gar nicht erbracht haben kann. Da steht dann, der

Pflegedienst sei vormittags da gewesen und der Patient ist aber nachts um 4 Uhr verstorben oder morgens um 6 Uhr ins Krankenhaus eingeliefert worden. Bei solchen Fällen steckt nicht unbedingt eine Systematik dahinter. Das sind im Zweifel einzelne Kräfte und der Pflegedienst muss dafür sorgen, dass er zur Vorsorge bei sich irgendeinen Kontrollmechanismus einbaut. Ich möchte jedoch schon sagen, dass es auch Pflegedienste gibt, die das grob fahrlässig machen.“

Einen ähnlichen Missbrauch schildert eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle:

„[...] dann hat er sozusagen eine Wegepauschale genommen und dann ist er später noch einmal hingegangen und hat die Kopfpflege gemacht. Der muss doch dämlich sein. Ich schicke doch nicht zwei mal eine Pflegekraft raus. Dann hat der aber zwei mal das Wegegeld kassiert. Das kann man auch nicht machen, das ist für mich Betrug. Solche Dinge teilen wir dann natürlich auch mit. Was da daraus wird, weiß ich nicht.“

Darüber hinaus wird von den meisten Befragten das Abrechnungssystem an sich als zu kompliziert und zu undurchsichtig kritisiert und fehlende Kontrollen sowie Kontrollmöglichkeiten – auch für die Betroffenen – beklagt. So bemerkt ein Vertreter einer Pflegekasse, dass noch nicht einmal das jeweilige Abzeichnen von erbrachten Leistungen durch die Klienten ohne weiteres gegenüber den Pflegediensten durchsetzbar sei, hier habe man sich mit Mühe und Not auf einen Kompromiss monatlicher Leistungsnachweise einigen können, was schon eine Menge aussage. Eine Angestellte einer kommunalen Beratungsstelle hebt hervor, dass die Abrechnungen für die Betroffenen eher undurchsichtig seien und dass so häufig der Verdacht auf Manipulation entstehe:

„Die Patienten selber haben oft den Eindruck, dass die auf dem Zettel stehenden Leistungen gar nicht erbracht werden, weil sie das gar nicht so schnell mitbekommen. Die Leistung kann ja Bestandteil eines Leistungskomplexes sein, aber die Betroffenen erleben es nicht als Einzelleistung. Das wird in den Abläufen nicht deutlich, was die Einzelleistungen eigentlich sind. Das sind Sachen, die ich aus der Pflegebeschwerdestelle weiß. Die Abrechnungen selber sind nicht nachvollziehbar, das habe ich schon vorher erwähnt. Die Angehörigen meinen immer, das ist doch eigentlich viel zu viel Geld für viel zu wenig Zeit. Das System von Preis und Leistung ist für Angehörige nicht nachvollziehbar. Das Phänomen ist ja, dass Leistungskomplexe abgerechnet werden und nicht die einzelnen Tätigkeit. Ich sehe also, dass fünf Teileleistungen abgerechnet werden, obwohl nur eine erbracht wird. Ich sehe dann auch nicht mehr, welche Leistung ich bestellt habe, das ist völlig unmöglich.“

Ähnlich äußert sich eine Leiterin einer Beratungsstelle mit angeschlossenen Angehörigengruppen. Auch sie schließt zwangsläufig nicht unproblematisch von wenigen eigenen Erfahrungen auf das Ganze:

„Ich denke, da gibt es gravierende Probleme. Betrug habe ich selbst in vier Fällen erlebt. Bei anderen gibt es gravierende Mängel in der Abrechnungsdarstellung. Sie ist sehr undurchsichtig und schwer nachvollziehbar.“

Ein Seniorenvertreter drückt sein Unbehagen noch drastischer aus:

„Ja, Abrechnungsmängel gibt es. Die nehmen es von den Lebendigen. Oder was hat mir einer erzählt: Die kommen nur morgens um die Strümpfe anzuziehen, dann sind sie schon wieder weg, Absahner, sagen manche. Für die kurze Zeit nehmen die so viel Geld.“

Ein Kontrollversagen wird von seiten einer kommunalen Beratungsstelle den Pflegekassen attestiert, allerdings ist hinzuzufügen, dass keine weitere ähnliche Äußerungen vorliegen. Ferner macht die Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle erneut auf die diesbezüglich besondere Schwierigkeit für Alleinlebende aufmerksam, die sich kaum ohne fremde Hilfe gegen Abrechnungsfehler zur Wehr setzen könnten. Dieses Problem stellt sich verschärft, wenn, wie diese Befragte äußert, die Abrechnungen selbst den Pflegebedürftigen gar nicht immer vorlägen, was verpflichtend sein sollte:

„Wenn sich die Leute dann überwunden haben, sich an die Pflegekasse zu wenden und sagen, da stimmt etwas nicht, dann haben sie den Eindruck, das interessiert die Pflegekasse nicht groß. Die rechnen das ab und wenn da Einwände von Angehörigen kommen, das stört eigentlich nur. Die Leute werden nicht ernst genommen.“ [...] „Es ist auch nicht immer so, dass die Pflegebedürftigen die Abrechnung bekommen. Das müsste auch rechtlich verankert werden, dass die Abrechnungen ähnlich wie die Dokumentationen immer vorhanden sein müssen. Das wäre extrem hilfreich, denn das würde die Kontrolle erheblich erhöhen. Die Abrechnung muss zu den zugänglichen Dokumenten gehören. Man müsste das kennzeichnen oder es müsste unterschrieben werden o.ä. Die Informationen bekommt die Pflegekasse nicht. Sie bekommt nur das, was abzurechnen ist und muss hoffen, dass alles korrekt ist.“

Allerdings scheinen die Abrechnungen auch für Profis wie Sozialhilfeträger nicht ohne weiteres leicht nachzuprüfen zu sein, wie eine Vertreterin einer Kommunalverwaltung einräumt. Hier müssten laut ihrer Aussage eigentlich geeignete Wirtschaftsprüfer herangezogen werden, was wiederum zu teuer werde. Allerdings hätten bereits globale Abgleiche zwischen dem statistisch gemeldeten Personal und den abgerechneten Leistungen zu „seltsamen Ergebnissen“ geführt. Aber:

„Sie könne aber letztendlich mangels Handhabe durch den Gesetzgeber kaum etwas machen. Sie können das im Einzelfall nur mit einem Wirtschaftsprüfer heraus kriegen, ob die Angaben wirklich gestimmt haben oder nicht. Dafür ist eine öffentliche Verwaltung schlecht gerüstet. Wir müssten dann ein Wirtschaftsunternehmen beauftragen und das kostet Geld. Von dieser Materie haben wir als Beamte keinen Schimmer. Ich kann keine kaufmännische Betriebskostenabrechnung lesen.“

3.7 Versorgungslage und Organisation

3.7.1 ‚Gute Verfügbarkeit, sehr gute Versorgungslage‘

Ein erstes Interesse galt in diesem Fragebereich der allgemeinen Versorgungslage und speziell der Verfügbarkeit ambulanter Pflegedienste. Diesbezüglich scheint es mittlerweile, d.h. seit dem durch die Pflegeversicherung induzierten Wachstum, in der ambulanten Pflege kaum noch Probleme zu geben: Nur mit wenigen Abstrichen, auf bestimmte Teilbereiche bezogen, wird den ambulanten Pflegediensten von den befragten Experten eine gute bis sehr gute Verfügbarkeit – sieben Tage die Woche, rund um die Uhr und auch in Krisenmomenten – des Angebotes bestätigt. Ein Seniorenvertreter betont, dass es diesbezüglich – offenbar infolge der Pflegeversicherung – wesentliche Verbesserungen zu verzeichnen gebe:

„Zum Anfang hatten wir gehabt, dass die zum Wochenende hin vollständig ausfielen, dass da gar nichts war. Aber mittlerweile haben sich ja verschiedene Dienste zur Verfügung gestellt, also die großen Verbände, die sind immer da, also auch Tag und Nacht. Zum Teil ist das aber auch heute noch so, dass die versuchen, die Angehörigen oder die Nachbarn einzuspannen, für kurze Aufgaben, wo die sagen, das lohnt sich nicht, z.B. Augentropfen geben.“

Neben der Einrichtung von Verbänden mit zentralen Notrufnummern und ständiger Bereitschaft, werden auch moderne Einrichtungen wie ‚call-center‘ genutzt, so ein Vertreter einer Pflegekasse:

Die Verfügbarkeit des Angebotes ist im Großen und Ganzen recht gut, meine ich. Das hat sich recht gut gemacht. Viele Pflegedienste nutzen dazu auch dies call-center, d.h. sie stellen ihr Telefon irgendwann auf dieses call-center um und wenn einer anruft, dann wird er weiter vermittelt. Ich denke das ist gut geregelt. Es gibt auch Pflegedienste, die was die Erreichbarkeit betrifft, insbesondere am Wochenende, abends oder nachts sich auch zusammenschließen. Dort besteht eine zentrale Nummer und dort sitzt jemand, der Bereitschaft hat und dann auch ‚rausfährt.‘“

Einschränkungen werden lediglich auf einzelne Ausnahmen bezogen, die je nach internen Gegebenheiten oder Motivation, einmal nicht zur Verfügung stehen könnten, so ein Vertreter von Pflegekassen:

„An der Fähigkeit scheitert es nicht, aber manchmal an der Bereitschaft. Wenn es dem Pflegedienst gerade nicht in den Kram passt, dann machen die das auf ihre Weise und weichen von den Wünschen der Leute auch schon einmal ab. Die meisten bemühen sich jedoch schon, auch in Krisensituationen alles vernünftig durchzuführen.“

Ähnlich sieht dies eine Vertreterin einer Beratungsstelle, welche auf die räumliche Entfernung als intervenierende Variable der schnellen Verfügbarkeit, auch in Krisensituationen, hinweist:

„Die Absicherung etwa der Nachtdienste hängen von der Wohnlage und dem Sitz des Pflegedienstes ab. Wenn bei betreutem Wohnen der Pflegedienst direkt im Haus stationiert ist, dann ist das natürlich optimal. Wenn jedoch ein Pflegedienst außerhalb seine Räume hat und nur eine Person eine Nachtbereitschaft hat, da vergeht schon einmal ein Stück Zeit bis sie nach dem Notruf da sind. Da gibt es schon einmal Probleme.“

Berücksichtigt werden muss bei der Verfügbarkeit von Pflegediensten rund um die Uhr und in Krisensituationen allerdings, dass die Pflegebedürftigen und die meist ebenso älteren Angehörigen möglichst *einfach* und *schnell* jemand erreichen können sollten. Hier gibt es, so ein Vertreter einer Beratungsstelle einzelne Probleme:

„Wenn wir die Pflegeverbände anrufen, dann sind sie in der Regel eigentlich gut zu erreichen, haben ihre Bereitschaft geregelt. Einige Pflegeverbände sind aber schon tagsüber schlecht zu erreichen, manche haben zumindest noch das formale Kriterium des Anrufbeantworters erfüllt und geben irgend eine Notfallnummer an. Das ist zwar formal korrekt und rechtlich hinreichend, aber für den Betroffenen völlig unzumutbar. Wenn ich als älterer Pflegebedürftiger Probleme habe und irgendwo anrufe und dann noch eine Handynummer mir notieren und dann noch anrufen soll, das ist einfach ein völlig unangemessenes Verfahren. Wenn ich schon so eine Nummer habe, dann müssen die Leute zumindest irgendwohin durchgestellt werden. Aber das wollen die manchmal gar nicht. Das ist offensichtlich irgendeine Verhinderung von Bereitschaft bei einigen Verbänden. Das ist sicherlich auch ein Punkt, den man noch zu differenzieren hat, wie diese Bereitschaften zu organisieren sind und wie die erreichbar sein müssen. Da gibt es einen großen Mangel. Ob das genutzt wird ist natürlich wieder eine andere Frage.“

Eine weitere Ausnahme der ständigen Verfügbarkeit ambulanter Pflege schildert ein Vertreter einer Kommunalverwaltung in einem Fall mit einem sehr hohen ständigen nächtlichen Pflegebedarf, wo jedoch durch die Organisation via eines flexibleren ‚Assistenzmodells‘, d.h. der individuellen Anstellung einer Pflegekraft, die Pflege sicherzustellen war:

„Es gibt ja einen Krisennotruf[...] Es gab aber einen Fall, wo wir als Sozialamt die Nachtpflege absichern mussten, weil kein Pflegedienst bereit war, dort nachts eine Pflegekraft zu deponieren, weil die verschiedenen Pflegedienste uns nur die Rufbereitschaft anbieten konnten. In dem Fall haben wir uns für das Assistenzmodell entschieden, weil dort die ganze Nacht eine Kraft bleiben musste. Wir hätten die Kraft bezahlt. Die konnten das aber nicht. Hier zieht sich ja auch die Pflegekasse völlig aus der Verantwortung.“

Die mangelnde kurzfristige zeitliche Flexibilität bei spontan gewünschter Hilfe durch Pflegedienste beanstandet eine Vertreterin einer Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen für Angehörige von Pflegebedürftigen, was offenbar ein finanzielles Problem hoher Nachtzuschläge zu sein scheint:

„Ich finde die Flexibilität der Pflegedienste mangelhaft. Man kann nicht spontan einen beliebigen Pflegedienst anrufen und kurzfristig für bestimmte Tage oder Stunden jemanden bestellen. So etwas wie bei Kindern, wenn die Eltern ausgehen wollen und jemanden für diese Zeit bestellen, um beruhigt zu sein. Wenn es das

gibt, dann ist es sehr teuer durch Nacht-, Notfall- oder sonstige Zuschläge. Viele können es sich nicht leisten, andere bekommen es erst gar nicht angeboten oder es ist mit einer langfristigen Planung verbunden. Die Angehörigen sind jedoch in ihren Freiräumen immer ein Stück weit vom Befinden und dem Krankheitsverlauf des Pflegebedürftigen abhängig. Wenn der Tag gut gelaufen ist, könnten sie sich vielleicht am Abend etwas vornehmen. Bei einer längeren Planung kommt garantiert etwas dazwischen, weil der Pflegebedürftige seine Angehörigen teilweise auch nicht gehen lassen will. Fragen Sie mich jetzt nicht, wie Pflegedienste so einen Bereitschaftsdienst organisieren sollten. Das ist eine andere Sache. Eine spontan abrufbare Hilfe wäre jedoch eine große Entlastung.“

Eine gewisse Einschränkung hinsichtlich der flexiblen Verfügbarkeit von Pflegeangeboten sieht schließlich ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung bei Verbänden der Wohlfahrtspflege, was jedoch als nicht repräsentative Einschätzung mit Vorsicht behandelt werden sollte und mittels den unten folgenden Daten der Mitarbeiterbefragung geprüft werden wird:

„Der Hintergrund (gemeint ist die Vorhaltung von Personal, um einzuspringen, Anm. d. Verf., G.R.) ist interessanterweise am ehesten noch zu gewährleisten bei den privaten Pflegediensten, die von ein bis zwei Personen geleitet werden und persönlicher Einsatz gezeigt wird. Viele haben ihr Handy in der Tasche und sind erreichbar. Bei den Freigemeinnützigen ist das Ganze schwieriger. Da ist die Identifikation mit dem Betrieb in der Regel eine andere. Da besteht eine gewisse Tendenz zur Öffentlichen-Dienst-Mentalität.“

3.7.2 Verlässlichkeit und Kontinuität: Eine Frage der Organisation und der Finanzen

3.7.2.1 Verlässlichkeit

Im Bereich der Arbeitsplanung und Ablauforganisation stellen sich zwei Hauptprobleme der ambulanten Pflege: die Verlässlichkeit und Pünktlichkeit sowie die persönliche Kontinuität der Pflegeeinsätze. Unpünktlichkeit, Ausfälle oder ständig wechselnde Pflegepersonen sind zentrale Kriterien und Kritikpunkte der Pflegequalität, insbesondere aus der Sicht der Klienten. Hinsichtlich der *Verlässlichkeit* der Pflegeeinsätze sind die dazu befragten ‚Multiplikatoren‘ jedoch gespalten. Während einige sogar das Vorkommen eines kompletten Ausfalls von zugesicherten Pflegeleistungen bejahen, verneint die Mehrheit überhaupt dahingehende Mängel und verweisen z.B. auf den Konkurrenzdruck, der größere Ausfälle sanktioniere. Deutlich häufiger als der Totalausfall von Leistungen kommen laut der Befragten jedoch Probleme bei der *Pünktlichkeit* vor. Hier sieht etwa die Hälfte der Antwortenden Mängel. Allerdings werden Rahmenbedingungen und Schwierigkeiten der Zeitplanung ebenso wie das nicht immer erhebliche Maß der Zeitüberschreitungen eingeräumt. In puncto Arbeitsplanung und Ablauforganisation stellt laut der Befragten die *Konti-*

nuität und die hohe *Personalfluktuaton* eher das größere Problem dar als die Verlässlichkeit und Pünktlichkeit der Pflegedienste. Hier sieht nur eine Minderheit der befragten Experten keine Probleme, einige wenige konnten sich dazu nicht äußern. Signifikante regionale Unterschiede waren auch in diesem Themenbereich nicht zu verzeichnen. Allerdings wurde von den Befragten vor allem hinsichtlich der Kontinuität und Arbeitsplanung auf wichtige *Rahmenbedingungen* und bestimmende Variablen verwiesen, welche eine erhebliche Varianz verursachen. So verursachen finanzielle Rahmenbedingungen und die sachlichen Bedingungen der Pflege selbst einen hohen Anspruch an die organisatorische Effizienz und Flexibilität der Pflegedienste, woraus folgt, dass bei einer umsichtigen und guten Leitung sowie Organisation die Fluktuation des Personals gering und die Motivation sowie Effizienz und Effektivität hoch gehalten werden kann.

Hinsichtlich der Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit der Pflegeeinsätze sind die befragten Experten wie gesagt eher gespalten. Eher selten scheint der Totalausfall von Pflegeleistungen zu sein: Allerdings schildert ein Vertreter einer Pflegekasse einen bedenklichen Extremfall:

„In der Mehrheit sind die schon verlässlich, aber auch da gibt es Mängel. Es kommt mal keiner. In einem Fall ist mal keiner zum Beispiel über Weihnachten gekommen. Solche Fälle kommen hin und wieder vor. Wenn die Leute dann auch noch inkontinent sind, dann ist das auch schon von der Pflege her gefährlich. Der geschilderte Fall war aber eher ein markanter Einzelfall.“

Weniger als der Totalausfall von Leistungen scheint immer wieder die *Pünktlichkeit* der ambulanten Pflegedienste ein Problem darzustellen, wobei jedoch berücksichtigt werden muss, dass die dazu Befragten diesbezüglich eher gespalten waren und dass es sich hier nicht um repräsentative Einschätzungen handelt. Dennoch dürfte unumstritten sein, dass dieser Aspekt eine ‚Problemzone‘ in der ambulanten Pflege darstellt, die in größer angelegten Erhebungen – unter Einschluss der Sicht von Betroffenen – weiter beleuchtet werden müsste. Dazu sei allerdings schon an dieser Stelle auch auf die Ergebnisse der Befragung von Pflegekräften verwiesen, bei der das Zeitproblem eine zentrale Rolle im Zusammenhang mit der Feststellung von Mängeln spielt. Beispielhaft für die Gruppe der eher kritischen Meinungen eine Gesamteinschätzung einer Vertreterin einer Beratungsstelle:

„Die Einsätze selbst werden schon durchgeführt. Problematisch ist für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen nur oft die nicht eingehaltene Zeitvereinbarung.“

Eine Vertreterin einer kommunalen Sozialverwaltung und einer Beratungsstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, der auch verschiedene Angehörigen- und Selbsthilfegruppen angegliedert sind, sieht die Problematik der Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit vor allem in ‚Stoßzeiten‘,

wobei sich offenbar erhebliche, kaum zumutbare, Zeitverschiebungen der Pflegeleistungen ergeben können:

„Es gibt bestimmte Zeiten, die schwierig sind. Wenn ich um 9 Uhr jemanden zum Aufstehen haben möchte, dann kann das schon einmal schwierig werden, denn viele wollen um 9 Uhr aufstehen. Entweder kommt er häufig zu früh, so dass der Patient um 6.30 Uhr aufstehen muss oder er kommt zu spät und der Patient muss bis um 10 Uhr liegen bleiben.“

Dass die Einhaltung zugesicherter Pflegezeiten immer wieder ein wohl unvermeidbares Problem in der ambulanten Pflege darstellt, bedeutet auch, dass damit ein gewisser Umgang und Organisation, z.B. durch rechtzeitige Ankündigung der absehbaren Verspätung oder durch den Einsatz von ‚im Hintergrund‘ verfügbaren Ersatzkräften, erforderlich wird, wie z.B. aus der Schilderung eines Vertreters einer Gesundheitsverwaltung deutlich wird:

„[...] die Pflegedienste, die wir geprüft haben und die haben dann so eine Regel, wenn die Verzögerung größer ist als ein bestimmter Zeitraum von zum Beispiel 15-30 Minuten, dann melden die sich bei den Patienten und sagen ihnen Bescheid. Wenn das vereinbart ist und der Patient sich darauf verlassen kann, ist es ja auch eine Form von Verlässlichkeit. Es lässt sich nie auf die Minute planen. Es erfordert gewisse Überlegungen und Anstrengungen. Ich denke gerade an die Wochenenden. Ich halte es für wichtig, dass immer eine Person im Hintergrund ist, die einspringen kann in der Pflege, die zum Beispiel eine Tour zu Ende machen oder einen Patienten übernehmen kann. Am Wochenende gibt es das manchmal; da kommt eine Pflegekraft zu einem Patienten und da ist ein Problem, dann muss der Arzt kommen und die Pflegekraft muss vor Ort bleiben. Das kann eine Stunde dauern. Dann muss jemand da sein, der weiter machen kann oder den Patienten solange übernehmen kann.“

Der Vertreter einer Gesundheitsverwaltung, welche Pflegedienste prüft und ggf. mit Zertifikaten ausstattet, weist allerdings auf das Problem und die Rahmenbedingung hin, dass der notwendige ‚Hintergrunddienst‘ neben dem organisatorischen einen finanziellen Mehraufwand verursacht; er fasst diesbezüglich zusammen:

„Verlässlichkeit ist auch eine Sache der Organisation. Das ist bei uns ein Kriterium und es fällt den Pflegediensten oft schwer, es zu erfüllen, weil es auch nicht finanziert wird. Es ist außerdem aufwendig. Wir haben es jedoch nach vielen Überlegungen aufrecht erhalten. Das ist eben auch ein knock-out-Kriterium. Wer das nicht gewährleistet, bekommt unser Zertifikat nicht.“

3.7.2.2 Kontinuität

Ein weiteres Problem, das teilweise wiederum mit der Anforderung der ständigen, schnellen und flexiblen Verfügbarkeit von Personal wächst, stellt die *Kontinuität* des eingesetzten Pflegepersonals dar. Wird die zeitliche Verlässlichkeit mittels zahlreicher Aushilfen gewährleistet, steigt die

für die Pflegebedürftigen oft sehr unangenehme *Fluktuation* des Personals, die Organisation wird aufwendig, unübersichtlich, was wiederum die Fehlerquote erhöhen kann usw. Hinsichtlich der Kontinuität der Personalorganisation sind die Einschätzungen der Befragten eindeutiger und überwiegend eher kritisch. Das Problem häufiger Personalwechsel sieht ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle sogar als das am häufigsten genannte Problem aus der Sicht der Patienten:

„Ein weiteres Problem ist das, des häufigen Wechsels. Die kriegen das nicht hin, dass möglichst wenige Wechsel in den Pflegepersonen stattfinden. Das ist auch ein von den Patienten am meisten genannter Mangel.“

Hinsichtlich der Kontinuität der Organisation muss zwischen der Fluktuation des Personals in bezug auf die einzelnen Pflegeeinsätze und die gesamte Arbeitsstelle unterschieden werden, wobei beides wiederum zusammenhängt. Auch hier scheint jedoch die Streubreite unter den ambulanten Pflegediensten erheblich zu sein, wie z.B. ein Vertreter einer Pflegekasse ausführt:

„Es gibt Pflegedienste, die haben acht Mitarbeiter, haben aber in dem Jahr schon 50 verschiedene Mitarbeiter beschäftigt. Andere haben Jahre fast die gleichen Mitarbeiter. Es sollten innerhalb eines Monats nicht mehr als vier sein, 5-6 Personen sind aber schon die Regel.“

Auch ein weiterer Vertreter einer Pflegekasse sieht in der Kontinuität der eingesetzten Pflegekräfte und der hohen Fluktuation des Personals *das* Problem der Organisation ambulanter Pflegedienste:

„Was die Organisation betrifft denke ich, liegt das Problem bei der Kontinuität der einzelnen Pflegekräfte. Für die einzelnen Pflegedienste gibt es da immer wieder Probleme, ihre Einsätze auch so zu gestalten, dass möglichst die selbe Pflegekraft zum Pflegebedürftigen kommt. Sicherlich versuchen die Pflegedienste, das so zu organisieren. Aber ich denke, da besteht ein Verbesserungspotential. Die Fluktuation ist teilweise sehr hoch, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.“

Bei diesen Fragen werden eine Reihe von *Rahmenbedingungen* oder beeinflussende Variablen genannt. Ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle weist z.B. darauf hin, dass einerseits das Berufsfeld selbst in hohem Maße als Teilarbeitsmarkt und befristete Beschäftigung genutzt wird, so dass Personalfuktuation also durch die Pflegedienste ‚naturgemäß‘ und kaum vermeidbar wäre. Ferner sieht er jedoch auch unterschiedliche Arbeitsbedingungen und Entlohnungen als wichtige Bedingung, welche die Fluktuation des Personals in der ambulanten Pflege beeinflusse:

„Es gibt einige Verbände, wo ein sehr massiver Wechsel stattfindet. Das hat sicherlich mit den Arbeitsbedingungen zu tun. Das hat auch damit zu tun, dass qualifizierte Menschen nur vorübergehend eingestellt wurden, zum Beispiel Menschen, die studieren. Einige Verbände sind attraktiver als andere in Abhängigkeit von den angebotenen Arbeitszeiten oder regionaler Anbindung. Wenn ich zum Beispiel jemanden aus einem anderen Stadtteil pflegen muss und bekomme die Wege nicht bezahlt, dann ist es naheliegend, dass die Leute diesen Pflegeverband verlassen. Eine andere Sache ist, dass das Frauenarbeitsplätze sind. Die sind häufig durch Teilzeit oder auf 630 DM-Basis geregelt und da ist ein Fluktuation ja schon naturgemäß. Zum überwiegenden Teil sind das keine Dauerarbeitsplätze und werden teilweise als Nebenjobs angesehen.“

Die im Durchschnitt geringe Entlohnung in der ambulanten Pflege – bei hoher Belastung – betrachtet auch eine Vertreterin einer Kommunalverwaltung – also eine Vertreterin der Finanzierungsseite – als Aspekt, der die Fluktuation des Personals in die Höhe treiben kann:

„Das (Fluktuation des Personals, Anm. d. Verf., G.R.) gilt vor allem für die Ungelernten und dass die gering bezahlt werden. Ich habe da mal eine Ermittlung durchgeführt. Das sieht man schon. Wenn er zwölf Mark fünfzig die Stunde kriegt im Durchschnitt, wird er nicht lange bleiben. Aber das ist sehr schwer herauszukriegen, was da bezahlt wird. Aber es gibt ständig Anzeigen in der Zeitung: Wir suchen Pflegekräfte. [...] Also ich habe selbst eine Pflegekraft in der Familie. Die sagt, das halte ich nicht mehr lange durch. Das ist eine Spezifik, die nicht jeder verkraftet. Das ist auch eine körperlich schwere Arbeit. Und im wesentlichen wird das ja von Frauen gemacht.“

Beide zuvor genannten Antworten heben auf den Umstand ab, dass es sich im Pflegebereich um ‚Frauenarbeitsplätze‘ handle. Damit sind komplizierte Wechselwirkungen und soziale Zusammenhänge angesprochen, welche hier nicht weiter betrachtet werden können. Ungeachtet dessen sieht auch ein Vertreter einer Pflegekasse die mangelnde Bezahlung bei hoher Arbeitsbelastung, vor allem bei unqualifizierten Hilfskräften, als Grund für eine hohe Personalfuktuation an:

„Teilweise sicherlich an der Bezahlung, an der Ausbildung des Berufes wird es eher nicht liegen. Ich glaube nicht, dass die Fluktuation bei versierten Fachkräften so hoch ist. Die ist eher im Hilfskräftebereich sehr hoch. Bei den Hilfskräften geht es auch eher um die Belastbarkeit. Die Gründe einer Fluktuation bei Fachkräften beziehen sich eher auf die Bezahlung. Für viele ist sicherlich auch von Belang, dass sie viel herum fahren müssen, dass die Einsätze ständig woanders sind. Ich denke auch der Druck, eine bestimmte Anzahl von Einsätzen am Tag zu schaffen, könnte ein Problem sein.“

Eine Rahmenbedingung, welche mehrfach genannt wurde, ist die der Finanzierung. Die Knappheit der Finanzen erschwere die Arbeitsplanung wie eine Vertreterin einer Beratungsstelle ausführt:

„Es ist schwer, die Arbeitsplanung überhaupt den Gesetzen nach durchzuführen wegen der Finanzen und der Beschäftigtenzahl. Ja. Sie halten das Personal ja so kurz wie möglich, um mit ihren Kosten zu überleben. Es ist schwierig, zu organisieren.“

Die Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen weist zudem darauf hin, dass die Personalfuktuation auch durch einen erhöhten Krankenstand infolge der gesundheitlich belastenden Pflegeetätigkeit verursacht werden könne:

„Man versucht das zu verhindern, dass ständig jemand anderes kommt. Ich denke die Anfälligkeit, krank zu werden, ist wie im stationären Bereich da sicherlich wie auch im ambulanten Bereich besonders groß, von der warmen Wohnung nach draußen und wieder in die warme Wohnung, ständig Kontakt mit Menschen. Ich denke, die sind alle bemüht, nur eine oder zwei Pflegekräfte pro Pflegebedürftigen zu stellen.“

Neben solchen eher als von außen gegebenen und durch die Pflegedienste nicht zu beeinflussenden Rahmenbedingungen wurden in den Befragungen aber auch die internen *organisatorischen Bedingungen* als wichtige Variable genannt, welche die Kontinuität der Organisation und die Fluktuation des Personals beeinflusst. Ein prominenter Aspekt sei, so eine Vertreterin einer Beratungsstelle, das Arbeitsklima und die Führung der Mitarbeiter:

„Da spielt das Arbeitsklima eine große Rolle. Weiterhin ist es von Bedeutung, wie die Leitung mit den Mitarbeitern umgeht. Ich kenne einen privaten Pflegedienst, bei dem ist es eine ziemlich konstante Zahl. Da ist es aber auch so, dass die Leiterin die ganze Sache in der Hand hat. Sie überschaut das und bekommt mit, wer Probleme hat und spricht mit den Leuten darüber. Das ist auch ein wichtiger Punkt.“

Dass trotz schwierigen Rahmenbedingungen eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit und damit geringe Fluktuation des Personals erreicht werden kann, betont auch ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung aus seiner Erfahrung mit der Prüfung von Pflegediensten und der Verleihung von Zertifikaten:

„Wenn die Mitarbeiter nicht zufrieden sind, dann ist die Fluktuation hoch. Die guten Pflegedienste, die wir kennen, haben häufig langjährige Mitarbeiter, die zufrieden sind. Wir fragen den Pflegedienst auch, wie sich um einen die Leitung um die Mitarbeiter und deren professionelle Entwicklung kümmert und zum anderen wie sie in Erfahrung bringen, wie es ihren Mitarbeitern geht. Das ist bei dem systematischen Qualitätsmanagement von Bedeutung und die Pflegedienste, die wir zertifizierten, die machen so etwas. Aber es gibt Pflegedienste, bei denen eine hohe Fluktuation besteht und wo es ums Geld und um Profit geht und die Mitarbeiter sehr strikt angewiesen werden, bestimmte Zeiten nicht zu überschreiten. Das machen viele Mitarbeiter nicht mit und kündigen.“

Erneut betont dieser Experte die Wichtigkeit der ‚Vermittlung‘ zwischen Kundenwünschen und eigenen organisatorischen Anforderungen, was gerade die Professionalität von ambulanten Pflegediensten auszeichnet, da eine Pflege rund um die Uhr durch eine Person eben schlicht nicht zu leisten ist. Erforderlich sei also eine gute Präsentation nach außen, ein ‚ordentlicher Pflegeablaufplan‘, weshalb die Fluktuation eher ein lösbares Managementproblem sei:

„Wie viele Patienten es sich wünschen, kann überhaupt nicht gehen. Das habe ich mittlerweile verstanden. Hier geht es meiner Meinung nach eher darum, wie ein Pflegedienst seinem Patienten vermittelt, dass er es mit einer Reihe von Pflegepersonen zu tun hat. Die Art der Vermittlung halte ich da für wichtiger als tatsächlich die Zahl so gering wie möglich zu halten. Wenn die Leute, die da kommen, alle gut und nett sind und wenn auch ein ordentlicher Pflegeablaufplan da ist, dann ist das eigentlich kein größeres Problem, dann ist Kontinuität nicht das Wichtigste. Aber wenn eine Vertrauensperson abwechselt mit Leuten zu denen der Pflegebedürftige und auch der Angehörige kein Vertrauen fassen, dann ist das ein Problem. Das ist eher ein Managementproblem.“

Wie das aussehen kann, schildert der Vertreter einer Gesundheitsverwaltung folgendermaßen:

„Wir haben gesehen, dass Pflegedienste ihren Kunden einen Wochenplan geben. So ist klar, welche Pflegekraft wann kommt. Die guten Pflegedienste, die wir kennen gelernt haben, die haben ihre Planung entwickelt. Die haben irgendwo angefangen und haben es im Laufe der Zeit weiterentwickelt. Sie haben jetzt teilweise einen Planungshorizont, der für die Pflegekräfte vier Wochen oder auch länger ist, damit sie ihren Alltag planen können. Für die Pflegebedürftigen ist er in der Regel eine Woche. Von heute auf morgen wird bei den guten Pflegediensten, die wir kennen gelernt haben, nicht geplant. Wie es bei denen ist, die wir nicht kennen, wissen wir nicht.“

Ähnlich sieht dies auch eine Befragte einer Beratungsstelle und Leiterin von Angehörigengruppen, welche die zu verzeichnenden Mängel in einer kontinuierlichen ‚Bezugspflege‘ wesentlich mit dem Management in Zusammenhang bringt: Danach, so kann interpretiert werden, sei die gute Organisation und Einsatzplanung zunächst aufwendig und anspruchsvoll, insgesamt könnten so aber eine hohe Kontinuität der Organisation, bei hoher Zufriedenheit der Mitarbeiter, und nicht zuletzt auch finanzielle Vorteile erreicht werden:

„Es wird wenig darauf geachtet, dass Bezugspflege stattfinden kann. Ich habe mir von einem Pflegedienst mal erzählen lassen, dass wenn man eine gute Organisationsplanung hat, wenn man nicht immer von der Hand in den Mund lebt, also plant welche vier bis fünf Personen für den Pflegefall eingesetzt werden können, dann kann man besser planen, als wenn man nur unabhängig von den Pflegebedürftigen danach geht, wer Zeit hat, wer krank ist, wer Urlaub hat und wer wechseln will. Diese Organisationsplanung ist zum Teil schwieriger, erfahrungsgemäß herrscht jedoch mehr Zufriedenheit und weniger Fluktuation und Krankheit bei dem Personal. Die Umstellung und Herstellung sei jedoch sehr schwierig.“

Ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe sieht schließlich im Gegensatz dazu bereits heute den Trend eher in der Richtung einer kontinuierlichen Bezugspflege, die, so die These in Anlehnung an den bereits o.g. Bürokratieverdacht gegenüber den Wohlfahrtsverbänden, eher bei kleinen Unternehmen geleistet werden könne. Diese seien flexibler und motivierter. Ob diese These haltbar ist, wird unten mit den Daten aus der Mitarbeiterbefragung zumindest zum Teil geprüft werden.

3.7.3 Wenig Einigkeit und Klarheit über den Einsatz von Fachkräften

Ein zentrales Qualitätsmerkmal der Pflege stellt gemeinhin der Einsatz von Fachkräften dar (vgl. § 71 Abs. 3). Pflegekräfte ohne solchen formellem Ausbildungsabschluss, also angelernte Kräfte, sollen erstens möglichst in der Minderheit sein und zweitens keine anspruchsvollen Aufgaben ausüben, obwohl die Laienpflege (durch Familienangehörige) wie dargestellt quantitativ immer noch die Regel und die gewerblich oder professionell ausgeübte Pflege die Ausnahme darstellt. Konkret gilt insbesondere die Regel, dass die sogenannte medizinische Behandlungspflege nur von ausgebildetem Pflegepersonal wahrgenommen werden sollte. Ferner sollten die Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie ggf. andere Beteiligte (so die Finanziers) wissen, mit wem sie es beim ambulanten Pflegedienst jeweils zu tun haben, d.h., ob die Pflege von einer ausgebildeten oder angelernten Kraft ausgeübt wird.

Zum Anteil der Fachkräfte, der sogenannten ‚Fachkraftquote‘, liegen mittlerweile repräsentative Ergebnisse vor, die bereits an anderer Stelle wiedergegeben wurden. Die vor allem im Vergleich zum stationären Sektor erstaunlich hohe durchschnittliche Quote von ca. zwei Drittel Fachkräften in der ambulanten Pflege steht offenbar in Kontrast zu einer nicht selten zu findenden Meinung in Fachkreisen über den vermuteten überwiegenden Einsatz nicht ausgebildeter Pflegekräfte. Entsprechende Einschätzungen gibt es auch in den hier durchgeführten Befragungen, so z.B. die einer Leiterin einer kommunalen Beratungsstelle mit Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, die auf die Frage, ob in der Regel eine ausreichende Zahl qualifiziertes Personal eingesetzt werde, folgendermaßen antwortete:

„In der Regel ist es nicht so, aber das ist bundesweit der Fall. Es soll ja verbessert werden, indem die Prozentzahl der examinierten Personals festgelegt wird. In der Regel sind mehr Angelernte als Examierte angestellt.“

Allerdings antwortete eine Reihe von Befragten dazu auch mit „weiß nicht“ oder „weiß nichts Konkretes“. Dennoch steht die Genannte durchaus nicht allein mit der Einschätzung, dass jedenfalls insgesamt eher zu *wenig* Fachkräften im Einsatz seien. Dazu die Argumentation eines Vertreters einer Sozialverwaltung:

„Es besteht eben oft die Gefahr, dass die Pflegedienstleitung qualifiziert und der Rest un- oder angelernt ist. Wie ich schon sagte, hat sich der Anteil des examinierten Pflegepersonals auf etwa 50% erhöht. Damit ist die Quote, die auch im stationären Bereich durch die Heimpersonalverordnung gefordert wird, erreicht. Aber das ist rein formal betrachtet nur genügend. Aus meiner Sicht sind die Anforderungen im ambulanten Bereich eigentlich höher, weil es eine singuläre Situation ist, vor der die Pflegekraft steht. Eine angelernte Kraft kann in

Krisensituationen die Gefahr gar nicht richtig einschätzen. Von daher wäre es aus meiner Sicht notwendig, dass der Anteil des qualifizierten Personals in der ambulanten Pflege eigentlich höher sein müsste.“

Allerdings gibt es auch Äußerungen von Befragten, welche von einer weit überwiegenden Mehrheit an Fachkräften ausgehen und solche, die auf die in diesem Bereich erzielten erheblichen Fortschritte hinweisen, weshalb insgesamt auch in diesem Fragebereich eher ein wenig einheitliches *gespaltenes* Bild vorherrscht.¹¹ Eine positive Einschätzung gibt z.B. ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung, welcher allerdings nach eigener Auskunft im Rahmen seiner Verleihung von Zertifikaten von vornherein eine Auswahl eher guter Pflegedienste zur Verfügung hatte:

„Von den Pflegediensten, die wir geprüft haben ist die Mehrzahl nur mit Fachkräften versehen. Gerade einige der privaten Pflegedienste arbeiten nur mit Fachkräften. Die Freigemeinnützigen haben da ein Problem, weil sie in der Regel länger am Markt sind und weil früher ja in noch größerem Umfang als heute mit Nicht-Fachkräften gearbeitet wurde.“

Übrigens sind auch die dahingehenden Annahmen der befragten Experten immer wieder eher pessimistisch, so z.B. die Aussage eines Vertreters einer Pflegekasse:

„Ich halte die Fachkraftquote für nicht akzeptabel. Es liegt aber nicht direkt an den Pflegediensten. Es gibt zu viele Pflegedienste und zu wenig Fachpersonal. Manche haben nur eine Krankenschwester von 14 Angestellten. Andere haben nur Krankenschwestern und -pfleger. Das ist für mich aber auch Unsinn, weil eine ausgebildete Schwester muss nicht unbedingt die Hauswirtschaft machen. Die sind teurer. Das ist eine Frage der Wirtschaftlichkeit.“

Bevor auf die Einschätzungen zur kontroversen Frage der Notwendigkeit eines exklusiven Einsatzes von Fachkräften, insbesondere für bestimmte Aufgaben, eingegangen wird, soll der Umstand angesprochen werden, dass von einigen Befragten im Zuge der als ungenügend eingeschätzten Zahl eingesetzter Fachkräfte auf das *fehlende Angebot* an qualifizierten Pflegekräften verwiesen wurde. So betont z.B. ein Vertreter einer kommunalen Sozialverwaltung die Knappheit des Angebotes an Fachkräften, was in ähnlicher Manier auch von anderen Befragten zu hören war:

„Es ist so, dass viele Träger eine Altlast mit sich herum schleppen von Mitarbeitern, die nicht ausreichend qualifiziert sind. Auf der anderen Seite ist es so, dass der Markt auch nicht genügend qualifizierte Kräfte her-

¹¹ Zwei Befragte schätzen im übrigen den Anteil an eingesetztem qualifiziertem Pflegepersonal bei den Wohlfahrtsverbänden als signifikant geringer ein als bei den sogenannten privaten gewerblichen Anbietern, was im Gegensatz zur sonst oft zu vernehmenden Ansicht in Fachkreisen steht, wonach sich die privaten gewerblichen Anbieter ihren komparativen Vorteil insbesondere durch den häufigeren Einsatz billiger Aushilfskräfte verschaffen.

gibt. Aus meiner Sicht besteht ein deutliches Defizit, was die Ausbildung von qualifizierten Fachkräften sowohl im Krankenpflege- als auch Altenpflegebereich.“

Umstritten und heftig kritisiert wurde in der Fachwelt immer wieder der Einsatz von Hilfskräften oder angelernten Kräften für als anspruchsvoll geltende Aufgaben der Behandlungspflege. Deshalb war eine dahingehende Frage, inwiefern unqualifizierte Kräfte auch für anspruchsvolle Aufgaben herangezogen werden oder ob z.B. für die Behandlungspflege sowie andere qualifizierte Tätigkeiten nur Fachpersonal eingesetzt werde. Bevor auf eine – Minderheit – eingegangen wird, welche überhaupt Zweifel an einer dahingehenden Notwendigkeit hegt, sei bemerkt, dass auch dazu kein einheitliches Bild der Einschätzungen der Praxis zu verzeichnen war, da ein erheblicher Teil der Befragten keine genauen Kenntnisse habe. Der Teil, welcher allerdings dazu qualifizierte Einschätzungen abgab, bejahte fast durchweg direkt oder indirekt die Praxis des Einsatzes von Hilfskräften auch in anspruchsvollen Aufgabengebieten, welche gemeinhin Fachkräften vorbehalten bleiben sollten, eben der Behandlungspflege. Beispielsweise sei ein Vertreter einer Pflegekasse genannt:

„Da haben wir auch schon Einzelne erwischt. Da haben vereinzelt Hilfskräfte Injektionen gemacht. Das ist eher die Ausnahme. Ich denke da gibt es wahrscheinlich auch ein höhere Dunkelziffer, gerade bei den nicht kontinuierlich nachzuprüfenden Dingen.“

Ähnlich sieht die Praxis des Einsatzes von Hilfskräften in der Behandlungspflege eine Vertreterin einer Beratungsstelle mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen:

„Ja, ganz bestimmt. Ich kann Ihnen aber nicht sagen, wie häufig das passiert, ich kann Ihnen nur sagen, dass es passiert, weil ich das sozusagen als Beschwerde erfahre.“

Eher indirekt bestätigt den Einsatz von unqualifizierten Kräften für als anspruchsvoll geltende Aufgaben wie der Behandlungspflege auch eine weitere Vertreterin einer Beratungsstelle, welche die Personalknappheit als Ursache anführt:

„Laut gesetzlichen Bestimmungen darf das ja nicht sein. Bei der Dienstplangestaltung ist das schon eine Schwierigkeit, die entsprechenden Tätigkeiten mit qualifizierten Mitarbeitern abzudecken, wenn jemand z.B. noch durch Krankheit ausfällt. Im ambulanten Bereich ist das ähnlich problematisch wie im vollstationären Bereich. Der Personalschlüssel bewegt sich immer an der Schmerzgrenze.“

Ein Arzt und Pflegeexperte, der Qualitätssiegel verleiht und als Vertreter einer Gesundheitsverwaltung agiert, bestreitet dagegen grundsätzlich den Sinn und die Anwendbarkeit der üblichen Aufgabentrennung nach dem Schema ‚Grund- und Behandlungspflege‘, denn erstens falle die

Abgrenzung schwer, die Schwierigkeit der Aufgaben richte sich nicht danach und zweitens könnten auch Hilfskräfte generell eine anspruchsvolle Ergebnisqualität liefern:

„Das ist unsere deutsche Kategorisierung in Grund- und Behandlungspflege. Die Abgrenzung fällt ungeheuer schwer. So Unterscheidungen gibt es meines Wissens nach nirgendwo anders auf der Welt. Die hat ein Herr Eichhorn entwickelt, ein Ökonom. Das Ganze findet auch seinen Niederschlag in den Gesetzen. Es ist jedoch im Grunde pflegewissenschaftlich in keiner Weise gerechtfertigt. Ich persönlich hätte kein Problem damit, wenn eine Nicht-Fachkraft erfahren ist und angeleitet ist, dass sie zum Beispiel eine intramuskuläre Spritze gibt. Behandlungspflege ist ja auch Augentropfen geben. Grundpflege ist Baden, das ist teilweise viel anspruchsvoller als Augentropfen geben. Ich halte die Kategorisierung daher für Nonsens. Es impliziert auch immer, Grundpflege sei leicht, Behandlungspflege sei schwer. Im Alltag ist das völliger Quatsch. Gerade das, was unter Grundpflege gefasst wird, kann sehr anspruchsvoll sein. [...] Bei unserer Prüfung ist auch weniger die Frage, ob Nicht-Fachkräfte anspruchsvolle Tätigkeiten machen. Die Frage ist viel mehr, inwieweit die Qualität gewährleistet ist. Wenn die Nicht-Fachkraft die anspruchsvolle Tätigkeit angemessen ausführen kann, wenn die Fachaufsicht gewährleistet ist, dann sehen wir da kein Problem.“

Mit ähnlicher Stoßrichtung betont eine kommunale Seniorenbeauftragte, dass neben der Ausbildung die Motivation und die persönlichen Beziehungen in der Pflege eine große Rolle spielen. Auf die Frage nach dem Einsatz von Hilfskräften in anspruchsvollen Aufgabengebieten antwortet diese:

„Ich kenne sogar andere Fälle. Bestimmte Leute kommen sogar mit Zivis besser aus als mit Schwestern. Für die Schwester ist das der Beruf und die sind vielleicht schon abgestumpft. Der Zivi ist ein gut gelaunter junger Mann und da freuen die Pflegebedürftigen sich.“

Für eine differenziertere Sichtweise der Frage des Einsatzes von Hilfs- oder Fachkräften plädiert auch ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle, der auch die Wichtigkeit von Motivation und Dienstleistungseinstellung hervorhebt:

„Man muss das ein bisschen differenzierter sehen. Die Qualifikationsdiskussion führt nicht weit genug, weil sie einen anderen Aspekt nicht berücksichtigt. Das ist ein Versuch, das irgendwo in den Griff zu bekommen die Frage, was muss ich haben. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Betreuung nicht gefährdet ist, wenn ich Leute habe, die zwar keine Ausbildung haben, aber in bestimmten Rahmenbereichen eingesetzt werden und ein gewisses Engagement mitbringen. Das haben wir in dem Behindertenbereich ganz deutlich. Dort bestehen sie teilweise darauf, keine Profis zu bekommen. Die sagen, die Profis wollen uns immer erziehen. Wir sind jedoch Kunden, wir wollen eine Dienstleistung und wir wollen nicht hören, was wir noch alles machen sollen oder auch nicht. Das ist eine Diskussion, die man noch getrennt im Auge behalten sollte. [...] Insgesamt können wir keine Angaben dazu machen, ob ungelernete Leute für Tätigkeiten eingesetzt werden, die nur von Fachkräften durchgeführt werden dürfen. Das könne wir aus unserer Position heraus nicht beurteilen, das ist schwierig. Es wird auf jeden Fall passieren, aber die Frage der Einordnung, ob das immer so schlimm ist, die würde ich prinzipiell nicht beantworten wollen“

Die in jüngerer Zeit wieder verstärkt diskutierte Frage, ob Behandlungspflege nur von qualifizierten Kräften durchgeführt werden dürfe, beantwortet ein anderer Befragter, ein Vertreter einer So-

zialverwaltung, dagegen eher indirekt dadurch, dass er sich für den Anteil an Fachkräften als Qualitätsmerkmal stark macht:

„Vorher hatten die Pflegedienste im Vertrag stehen, dass Behandlungspflege nur vom Fachpersonal erbracht werden darf. Die Regelung fällt jetzt und man kann noch nicht abschätzen, wie es sich entwickeln wird. Früher ist uns vereinzelt zu Ohren gekommen, dass auch ein Zivildienstleistender, eine Ungelernte im Einsatz gewesen ist, aber das sind Ausnahmen. Ich denke, es ist auch ein Qualitätsmerkmal eines Pflegedienstes, den Anteil des examinierten Personals möglichst hoch zu halten und das auch nach Außen hin als ein Qualitätskriterium darzustellen.“

In ähnlicher Art und Weise führt ein Vertreter einer Pflegekasse die Klage, dass bei etwa einem Drittel der Pflegedienste die Arbeitsteilung bei der Behandlungspflege zwischen Fach- und Hilfskräften nicht klappe. Entsprechend versuche er Pflegebedürftige nur in ‚qualifizierte‘ Pflegedienste zu vermitteln. Ein Problem beim Einsatz von Fach- und Hilfskräften stelle aber auch die dahingehende fehlende *Transparenz* dar, welche auch aufgrund von Argumenten des Datenschutzes behindert werde:

„Inwieweit es wirklich de facto umgesetzt wird, das ist dann schon ein Problem. Wir wissen durchaus, dass es in Einzelfällen nicht so ist. Diesen Einzelfällen gehen wir natürlich nach. Um es auf den Punkt zu bringen, kann ich Ihnen die Pflegedienste sagen, bei denen es funktioniert und die, bei denen es nicht funktioniert. Bei 30% klappt das nicht, vorsichtig geschätzt. [...] Ich möchte schon sagen, dass im Gegensatz zu früher die Fachlichkeit wesentlich besser geworden ist. Es sind schon eine ganze Menge Fachkräfte vorhanden. Es gibt Pflegedienste von denen wir wissen, dass Versicherte dort fachlich, qualifiziert, qualitativ vernünftig im großen und ganzen versorgt werden. Es gibt auch Pflegedienste bei denen ich vorsichtig bin und versuche, die Versicherten dort nicht hinzulenken. Auf der anderen Seite kann ich aufgrund der vertraglichen Regelungen denen nicht ohne weiteres etwas anhaben. Da spielt der Datenschutz ja eine große Rolle. Dürft ihr überhaupt Daten von Mitarbeitern eines Pflegedienstes haben usw. Das größte Problem ist immer wieder der Datenschutz.“

Die Transparenz hinsichtlich der Frage, ob Fach- oder Hilfskräfte eingesetzt werden, erachtet auch ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle als unabdingbar, zumal nach dessen Einschätzung hin und wieder auch zweifelhafte Beschäftigungsverhältnisse vorlägen:

„Es ist jedoch wichtig, dass es transparent ist. Es muss transparent sein, was abläuft. Ich behaupte, dass es bei einigen Pflegeverbänden einen unterschiedlich großen Bereich von nicht qualifizierten Kräften gibt, die nicht offiziell aufgeführt werden. Die werden teilweise grau bezahlt. Teilweise besteht auch ein Sprachproblem. Das ist die Frage, ob ein Pflegebedürftiger in seinem Land das Recht hat, in seiner eigenen Sprache angesprochen zu werden oder muss man auch akzeptieren, dass ich eine Dienstleistung erhalte, ohne den Dienstleister zu verstehen.“

Dazu auch eine Vertreterin einer kommunalen Beratungsstelle:

„Für uns ist das kaum kontrollierbar. Jeder, der im weißen Kittel hereinkommt ist eine Schwester. Ob sie wirklich Pflegefachkraft ist oder nicht, können wir nicht beurteilen. Da gibt es für uns keine Transparenz.“

In der Regel, so auch eine andere Vertreterin einer Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige, werde über die Qualifikation der Pflegekräfte gar nicht gesprochen. Andererseits ist hier das Meinungsbild der befragten Experten nicht ganz einheitlich, denn einige Befragte sehen in der Transparenz hinsichtlich der Qualifikation der Pflegekräfte beim täglichen Einsatz wenig Probleme und die jeweilige Ausbildung sei in der Regel schon bekannt. Dieses passt also in das insgesamt eher heterogene Bild der Antworten der ‚Multiplikatoren‘ zu den Fragen zum Einsatz von Fachkräften in der ambulanten Pflege.

3.7.4 Arbeitsbelastung, Motivation: ‚Auch das eine Frage der Organisation‘

Ein ziemlich einhelliges Bild ergab sich bei den Fragen nach der Arbeitsbelastung und Motivation der Pflegekräfte. Im Vordergrund der Antworten dazu steht die allgemein als sehr hoch erlebte Arbeitsbelastung von Pflegekräften, weniger die mangelnde Motivation der Pflegekräfte, welche allenfalls im Zuge der hohen Arbeitsbelastung als Problem angesprochen wurde. Als Hintergrund der Arbeitsbelastung werden einige beeinflussende Variablen genannt, darunter vor allem organisatorische Bedingungen des Pflegedienstes und die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung, so das Abrechnungssystem, welches, wie bereits theoretisch erörtert der Hetze Vorschub leiste.

Alles entscheidend für das Erleben der Arbeitsbelastung, so die immer wieder geäußerte Meinung, sei zum einen die Einstellung der Leitung des Pflegedienstes, zum anderen die dadurch bedingte Betriebsorganisation. Dazu äußert sich z.B. ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung, der nämlich – in seinem Sample eher guter Pflegedienste – dank gewisser organisatorischer Bedingungen, so seine Hypothese, keine Überlastung des Pflegepersonals feststellen konnte. Ansonsten sehen die dazu befragten ‚Multiplikatoren‘ allerdings bis auf wenige Ausnahmen, welche mit ‚weiß nicht‘ antworten, weit überwiegend eine hohe Belastung von Pflegekräften.

„Was wir erlebt haben, ist ganz interessant. In den Pflegediensten, die wir kennen gelernt haben, war das in Ordnung. Wichtig ist, wie man mit der Arbeitsbelastung umgeht. Es gibt Pflegedienste, die dafür sorgen, dass besonders anstrengende Patienten, die man schon lange hat, nicht immer von der gleichen Person gepflegt werden. Die Mitarbeiter bestimmen mit, wer wen pflegt auch als Vorsorge gegen das Ausbrennen. Es gibt auch Patienten, die gegenüber den Pflegekräften gewalttätig werden oder sexuell belästigen. Es ist wichtig,

das im Pflegedienst zu thematisieren und zu regeln. Wir kennen Beispiele bei denen Patienten der Vertrag aus solchen Gründen gekündigt wurde.“

Die Wichtigkeit der Leitung, des ‚Credo des Betreibers‘, d.h., ob dieser vor allem auf eine schnelle oder sehr gute Pflege Wert lege, unterstreicht angesichts einer allgemein als sehr hoch erlebten Arbeitsbelastung ein Vertreter einer Pflegekasse:

„Die Arbeitsbelastung scheint sehr hoch zu sein. Wenn man mit dem Personal spricht, die geben eigentlich schon ihr Bestes. Das schlägt sich aber auch in dem Credo des Betreibers nieder. Was fordert der? Fordert der flott wieder da sein und die Versorgung vieler Patienten am Tag oder fordert der eine sehr hohe Qualität und eben nicht die Höchstanzahl, die man schaffen kann?“

Zur Betriebsorganisation gehören auch die Vertragsverhältnisse und Bezahlung der Pflegekräfte, welche eine große Bedeutung für die Motivation und das subjektive Empfinden der Arbeitsbelastung hätten. Hier sieht ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geradezu einen „Sumpf“ eines ‚grauen Marktes‘ mit Fallpauschalen, unbezahlten Wegstrecken und einer relativ schlechten Bezahlung – obwohl doch ein für Pflegekräfte insgesamt günstiger Arbeitsmarkt gegeben sei:

„Was auch sicherlich Probleme (für die Arbeitsbelastung und Motivation (Anm. d. Verf., G.R.) mit begründet, ist die ganze Vertragsgestaltung der Mitarbeiter in der ambulanten Pflege. Das ist anscheinend ein derartiger Sumpf. Es gibt Arbeitsverträge, die so aussehen, dass sie zwar offiziell eine bestimmte Anzahl von Stunden haben, aber letztlich abhängig davon sind, dass sie die Stunden auch zugewiesen werden. Sie werden dann nur bezahlt, nach den Stunden, die sie auch geleistet haben. Ich lasse mich dann ein auf einen 20-Stunden-Vertrag und wenn ich nur 10 Stunden arbeite, bekommen ich auch nur diese bezahlt. Die Wegzeiten sind oft nicht in den Arbeitszeiten drin, d.h. in Abhängigkeit von der Qualität der Touren, die ich bekomme, habe ich ein Problem. Es gibt Pflegeverbände, da bekomme ich morgens eine große Anzahl von Leuten, habe aber eine feste begrenzte Arbeitszeit, muss aber diese Patienten abarbeiten. Es besteht dann keine Chance bei einer längeren Arbeitszeit, diese auch vergütet zu bekommen. Das alles unter den Bedingungen, bei denen die Bezahlung in der Regel relativ schlecht ist im Vergleich zu vergleichbaren Eingruppierungen in der stationären Pflege inklusive des gesamten grauen Marktes, der damit hinein spielt und gar nicht zu überblicken ist. Anscheinend soll er auch nicht überblickt werden. [...] Also die ganze Arbeitszeitgestaltung und Lohngestaltung ist schlich weg eine Katastrophe. Ich denke, die Verbände selbst haben kein großes Interesse, darüber zu diskutieren. Obwohl, in [...] (Region, Anm. d. Verf., G.R.) ist es so, dass die Pflegeverbände sagen, sie suchen händeringend nach Personal. Sie können aber anscheinend immer noch damit leben. Es ist so, dass sie lieber auf Pflege verzichten, als dass sie die Arbeitsbedingungen attraktiver gestalten.“

Neben der Betriebsorganisation werden die durch die Pflegeversicherung geschaffenen ‚Strukturen‘ mit seinem *Abrechnungssystem* als wichtige bestimmende Variable für die Arbeitsbelastung und Einstellung der Pflegekräfte angesehen. Das Abrechnungssystem wird diesbezüglich in einigen Statements kritisch bewertet, wobei z.B. die Leiterin einer Beratungsstelle mit angeschlossenen Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige einen „großen Frust“ bei den Pflegekräften

ausmacht, da dieses die Zuwendung nicht belohne. Allerdings wird auch von dieser Befragten Aspekten der Betriebsorganisation und Qualifikation, so z.B. der Information, Supervision und Betreuung der Mitarbeiter, eine hohe Bedeutung zugemessen.

„Es gibt einen ganz großen Frust bei den Pflegekräften. Die Strukturen sind unbefriedigend. Ein anderer Frust würde sich meiner Meinung nach erübrigen oder beheben lassen, wenn eine bestimmte Ausbildung vorhanden wäre, wenn eine entsprechende Einbindung durch Information und Supervision da wäre, also auch eine bestimmte Betreuung der Pflegekräfte gewährleistet wäre. Die sind oft darin sehr alleine. Es gibt auch einen Frust bezogen auf das Punktesystem. [...] Das ist eine Vorgabe, eine Struktur, die unveränderbar erscheint. Das Punktesystem ist festgesetzt. Darunter leiden viele. Die Pflegekräfte empfinden es als einen großen Mangel, sich durch das Punktesystem auf bestimmte Handlungen beschränken zu müssen, auf das, was ausgewiesen ist und bezahlt wird. Sie selber empfinden schon, dass andere Sachen viel wichtiger wären. Zum Beispiel eine Zuwendung, ein Zuhören und Annehmen. Das Punktesystem ist nicht zu verändern, der Umgang damit könnte jedoch eine Menge Frust abbauen.“

Auch eine Seniorenvertreterin sieht einen wesentlichen Mangel im Abrechnungssystem, was sowohl einen erheblichen Zeitdruck verursache als auch bestimmte Leistungen wie die allgemeine Zuwendung oder Gespräche unberücksichtigt lasse:

„Ja, ich denke, die Belastung ist sehr hoch. Es liegt schon im System der Abrechnung. Die Punktabrechnung. Dann müssen sie auch ihre Punkte bringen und dann hetzen die wahrscheinlich von Pflegefall zu Pflegefall. Dann kommt es auch schon einmal vor, dass sie ein paar Minuten Verspätung haben. Das müssen sie dann wieder herausholen. Die haben dort keine Minute zu viel Zeit. Das ist eigentlich unser Ansatz. Wir sagen, das Abrechnungsverfahren ist nicht gut. Die dürfen doch nur Körperpflege an der Person abrechnen. Die dürfen zum Beispiel keine Gespräche abrechnen. Wie wichtig ist für diese Menschen das Gespräch. Viel wichtiger als eine pünktliche Mahlzeit. Die Art und Weise wie das Essen gereicht wird und dabei vielleicht noch ein Gespräch zu führen, das wäre wichtig. Die menschliche Zuwendung kommt in der beruflichen Pflege zu kurz. Manche Pflegebedürftige sind ja bereit eigene Mittel einzusetzen. Die nehmen sich eine Person, die sie nicht pflegt, aber mit der sie kommunizieren. Diese Person lässt sich das dann mitunter bezahlen, das gibt es ja alles. Das machen aber sicherlich nur die Allerwenigsten. Deshalb sind die Besuchsdienste so wichtig, die das ehrenamtlich machen. Die Bereitschaft, es selbst zu bezahlen [...] ich denke, die Leute sind vielleicht noch nicht soweit um zu merken, dass es eigentlich eine Dienstleistung ist. Es ist aber eigentlich furchtbar, es ist keiner bereit mit mir zu reden, ohne dass ich es bezahle.“

Ein weiterer Quell von Belastungserleben sei für Pflegekräfte, so die Vertreterin einer Beratungsstelle, Konflikte mit Angehörigen, die häufig nicht ausreichend über Finanzierungsmöglichkeiten informiert seien und daraus resultierend den Pflegekräften Vorwürfe machten. Allerdings, so weist eine weitere Vertreterin einer Beratungsstelle für pflegende Angehörige hin, auch hier fehle den Pflegekräften sowohl Wissen, mit Kunden umzugehen als auch Betreuung, um Konflikte oder Belastungen zu verarbeiten. Hinzu komme, so eine andere Vertreterin einer Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige einerseits das Problem für Pflegekräfte, in die Privatsphäre der

Pflegebedürftigen einzudringen und andererseits ein verbreitetes Misstrauen gegenüber den Pflegediensten sowie eine geringe Wertschätzung der Pflege in der Öffentlichkeit.

3.8 Zwischenfazit und Reformbedarf

Die Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, wozu insbesondere die rechtlichen Regelungen, die ökonomischen Bedingungen im Pflegemarkt und der Stand der Entwicklung der beteiligten wissenschaftlichen und professionellen Disziplinen zählen, sowie der in diesen Bereichen auftauchende Reformbedarf, hier primär interessierend in bezug auf bundesrechtliche Regelungen, durchziehen zwar wie ein roter Faden, manchmal deutlicher, dann wieder stärker im Hintergrund, die Antworten der befragten Experten. Allerdings fehlen meist dahingehende *konkrete* Vorstellungen. Unterscheiden lassen sich ferner Vorschläge, die sich tatsächlich auf gesetzliche Regelungen beziehen von solchen, welche eher auf die professionelle Selbstregulierung zielen oder gar bloße allgemeine Appelle darstellen. Die zuletzt genannten Bereiche sollen im folgenden ebenso weitgehend ausgeblendet bleiben wie diejenigen Reformvorschläge, welche sich primär auf das Leistungsrecht beziehen.¹²

Beklagt wurde wie dargestellt immer wieder die mangelnde *Transparenz* und die ungenügende *Beratung* der Pflegebedürftigen und Angehörigen, was mit Kritik und Forderungen an verschiedene Adressaten, vor allem Pflegedienste und Pflegekassen, verbunden wurde. Angesichts der ökonomischen Interessen (vor allem der Pflegedienste), der Komplexität der Materie (auch der rechtlichen und organisatorischen) sowie der eher schwachen Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen wurden die konkrete Forderung einer ‚formellen‘ Verpflichtung zu mehr Transparenz und die Ausweitung bestehender Regelungen der Beratung, z.B. auch per Landespflegegesetz,¹³ vorgebracht. Von einigen Befragten wurden die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen deswegen als ungünstig erachtet, da Gespräche und Informationen sowie die Abstimmung und Koordination hier zu wenig berücksichtigt seien, wie z.B. eine Vertreterin einer

¹² Gefordert wurde z.B. eine Stärkung und Ausweitung der Leistungen zur Kurzzeitpflege, womit generell eine stärkere präventive Wirkung durch die Pflegeversicherung erzielt werden könne, so ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe und Krisenberatung.

¹³ Dieser Weg wurde zum Teil auch in der Umsetzung erfolgreich in Nordrhein-Westfalen beschritten (vgl. Eifert et al. 1997; dies. 1999a; zu den Ausführungsgesetzen der Länder Eifert/Rothgang 1998; Eifert et al. 1999b).

Beratungsstelle mit angeschlossenen Angehörigengruppen ausführt, was unter anderem in der Forderung auf ein „Recht auf Beratung“ mündet.

„Dieser Teil der Beratung, den man nicht in Sekunden und Punkten abzählen kann, der ist völlig unterprivilegiert in allen Bereichen, was die Beziehungsaufnahme betrifft, die Beratung und Information. Ich glaube, dass es am Ende nicht teurer werden würde, gäbe man diesen Dingen mehr Stellenwert. Dadurch, dass es nicht stattfindet, sehe ich viele Blockaden. Vieles wird uneffektiv, vieles läuft nebeneinander und gegeneinander. Ganz bestimmt würde es an vielen Stellen auch Geld einsparen. Die Kommunikationsstörungen und das aneinander vorbei Reden und das Missverhältnis ist sehr ausgeprägt. Die da aufgewendete Energie könnte man anderswo besser einsetzen und die Zufriedenheit erhöhen. Es nützt nicht die anderen gegeneinander auszuspielen oder Schuldige zu suchen. Das Ganze muss zusammen spielen. Da gibt es ganz unterschiedliche Blickwinkel zwischen den Angehörigen und den Pflegekräften. Die muss man jedoch zusammentragen und schauen wie man die Pflege des Betroffenen, um die es eigentlich geht, am besten umsetzen kann. Da muss viel mehr Kommunikation, Zusammenarbeit und Beratung stattfinden, auch schon in der Ausbildung der Pflegekräfte. Jetzt ist es doch zufällig, ob jemand beraten kann oder die entsprechenden Informationen hat. Es sollte nicht von Zufällen abhängig sein, ob ich Informationen bekomme oder mir gesagt wird: ‚Dafür bin ich nicht zuständig.‘ In dem Bereich könnte eine rechtliche Struktur verankert werden, also das Recht auf Beratung und Information.“

Die fehlende Transparenz sei aber auch eine Folge eines für die Pflegebedürftigen und Angehörigen zu komplizierten *Abrechnungssystems*, das, so war immer wieder zu hören, primär die schnelle Ableistung bestimmter programmierter Leistungen und weniger die individuelle, bedürfnisorientierte Zuwendung begünstige. Vereinzelt wurde deshalb auch die Starrheit des Systems der Leistungsmodule bemängelt. Neben der Ausweitung der Regelungen zur Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen war eine Forderung die nach der Festlegung von Standards für die Beratung. Eine besondere Aufmerksamkeit und Sensibilität erfordere im übrigen, so die immer wieder auftauchenden Hinweise der Befragten, nicht nur bezogen auf das Thema Beratung, die Situation *alleinlebender* Pflegebedürftiger. Zudem, so ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe und Krisenberatungsstelle, seien Menschen in Betreuungsverhältnissen besonderen Gefahren (insbesondere betrügerischen Machenschaften) ausgesetzt.

Gerade bei Alleinstehenden dürfte auch die Unterstützung bei der offenbar eher durch Zufall und wenig durch den jeweiligen Bedarf oder durch differenzierte Leistungskriterien bestimmten *Auswahl* der Pflegedienste oder beim Übergang sowie der *Koordination* zwischen Versorgungseinrichtungen fehlen. Bezüglich dieser zusammenhängenden Bereiche (Beratung, Auswahl, Koordination und Übergang zwischen Versorgungseinrichtungen) scheinen gesetzliche Regelungen, wie sie z.B. in Nordrhein-Westfalen per Landespflegegesetz verordnet wurden, ihre positive Wirkung im Interesse der Betroffenen zu zeigen (vgl. Eifert et al. 1999a). In diese Richtung weisen zudem – ansonsten bei der Befragung kaum zu verzeichnende – regionale Unterschiede bei der

Frage nach der Koordination zwischen Versorgungseinrichtungen: Während in den übrigen Regionen der Übergang und die Koordination zwischen Versorgungseinrichtungen, etwa vom Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen oder in die Rehabilitation durchaus immer noch als eher problematisch erachtet wird, finden sich in der hier vertretenen nordrhein-westfälischen Großstadt dazu fast durchweg eher positive Antworten.

Erneut wurden auch in bezug auf die durch die Pflegebedürftigen nach § 37 SGB XI abzurufenden *Beratungs- und Kontrolleinsätze* von Pflegediensten die ökonomischen Interessen der Dienste kritisch betrachtet. Die Pauschalen brächten die Tendenz mit sich, dass die Intensität und der Zeitaufwand der Leistungen eher gering gehalten werde und darüber hinaus sähen die Pflegedienste die Einsätze häufig primär als Werbung. Auch hier wurde die Forderung nach Standards und einer Objektivierung der Beratungs- und Kontrolleinsätze laut. Bei der Erwägung des Vorschlags, diese Einsätze durch die Pflegekassen oder den MDK durchzuführen, müssen allerdings die auch dort vorhandenen organisatorischen und finanziellen Interessen berücksichtigt werden. Deshalb scheint eine möglichst objektive Beratung per se eher durch Organisationen des Verbraucherschutzes, z.B. Verbraucherzentralen, zu gewährleisten zu sein (vgl. Eifert et al. 1999a).

Die generelle Einrichtung von Krisen- und Beratungsstellen fordert ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe. Ferner wird von verschiedenen Befragten die Einrichtung *koordinierender Gremien* befürwortet, worin, so der wichtige Hinweis, auch die älteren Menschen vertreten sein sollten. Eine Aufgabe solcher Koordinationsgremien, wie z.B. die in Nordrhein-Westfalen eingerichteten *Pflegekonferenzen* (vgl. Rosendahl 1999), könnten neben der so wichtigen Koordination auch die Entwicklung und Vereinbarung von Qualitätsstandards darstellen, wie z.B. eine Vertreterin einer Beratungsstelle ausführt:

„Das könnte ein Gremium sein aus Personen, die von der Thematik berührt werden. Also Angehörige, alte Menschen, Personen der Pflegeverbände oder sonstige Professionelle in diesem Bereich. Der MDK hat zum Beispiel nur eine medizinische Sicht, die nicht ausreicht für diese Zwecke. Alte Menschen könnten aus ihrer Sicht in solchen Koordinationsgremien auf wichtige Aspekte hinweisen oder fehlende ergänzen. Man könnte im präventiven Bereich dadurch viel mehr machen. Die älteren Leuten sollten viel mehr beteiligt werden. Auch Angehörige müssten prozentual beteiligt werden. Auf dieser Ebene sollten Qualitätsstandards erarbeitet werden.“

Ein anderer Hinweis auf gesetzlichen Reformbedarf im Bereich des Verbraucherschutzes manifestierte sich nach den durchgeführten Befragungen auch im Zusammenhang mit den *Pflegeverträgen*. Diese seien, sofern sie überhaupt vorlägen, einerseits wenig transparent mit viel ‚Kleingedrucktem‘ und insgesamt nicht unbedingt den jeweiligen spezifischen Bedürfnissen der Betroffe-

nen entsprechend. Zwar gibt es dazu von seiten des Verbraucherschutzes sowie im Rahmen des AGBG Vorgaben und gerichtliche Prüfungsmöglichkeiten, ungeachtet dessen wurde von einigen Befragten das Vorbild der Regelungen der Heimverträge bemüht, verbunden mit dem Reformvorschlag, eine ähnliche Vorgabe im ambulanten Pflegebereich einzuführen.

Bei der *Begutachtung* des Pflegebedarfs durch den MDK wurde durch die Befragten die bekannte Kritik der strengen gesetzlichen Rahmenbedingungen des Leistungsrechts bemüht. Ebenso gilt dies für die restriktiv erlebte Praxis von Pflegekassen bei der Empfehlung von Rehabilitation und die bekannte Kritik an Fehlsteuerungen durch die Trennung sowie unterschiedliche Gestaltung von Kranken- und Pflegeversicherung. Auch die recht hohe, wenngleich als rückläufig erlebte Varianz, die lange Dauer von Verfahren, der Zeitmangel bei der Begutachtung durch den MDK, die ungenügende Einbeziehung von Hausärzten, Pflegekräften oder sonstigen Beteiligten des Umfeldes von Pflegebedürftigen und andere methodische Defizite (z.B. Problem der Selbstauskünfte, Streubreite der gesundheitlichen Disposition) wurden wiederholt angesprochen. Daraus resultierend gehen Vorschläge in die Richtung einer stärkeren Kontrolle von Einschätzungen des Pflegebedarfs, z.B. durch Hausärzte oder Pflegekräfte, aber auch zur stärkeren Kooperation, wie es ein Leiter einer Selbsthilfegruppe und Krisenberatung formuliert:

„Der Hausarzt ist nun einmal *der* Hauptansprechpartner. In eine normale Praxis gehören heutzutage auch ein Krankenpfleger bzw. Altenpfleger und eine Sozialarbeiter. Gemeinsam könnte man dann mit einem Assessment überlegen, was, wo sinnvoll ist. Das könnte dann eingereicht werden, der MDK könnte es überprüfen. Das ist aber leider nicht Realität. Das Miteinander läuft nicht.“

Noch kritischer wurde allerdings diesbezüglich erneut die Rolle der Pflegedienste gesehen, deren *Erfassung des Pflegebedarfs* und *Pflegeplanung* überwiegend als wenig differenziert und mangelhaft eingeschätzt wurde. Mängel, etwa beim Erkennen und der Förderung von Rehabilitation, wurden teilweise wiederum auf ökonomische Interessen (so droht bei erfolgreicher Rehabilitation der mögliche Verlust eines Kunden), aber auch auf die mangelnde Qualifikation von Pflegekräften zurückgeführt. Erneut wurde die Forderung nach eine Festlegung verbindlicher Standards laut, so dass Pflegeziele und Pflegeplanungen vorhanden sein müssten und danach ausgerichtet werden müssten.

Wenn schon die Pflegeplanung häufig im Stile von ‚0-8-15‘ geschehe, so gelte dieses erst recht für die *Pflegedokumentation*, was als einer *der* Bereiche mit Mängeln in der ambulanten Pflege ausgemacht wurde. Auch hier sei neben dem Totalausfall das pauschale und wenig aussagekräftige Abhaken von Leistungsmodulen zu kritisieren. Die ständige Aktualisierung, die differenzierte

Darstellung gesundheitlicher Beeinträchtigungen, Problembereichen, einzelner Maßnahmen (Lagerung, Flüssigkeitsbilanzen) und Verbesserungen werde oft nicht sorgfältig verfolgt usw. Gründe wurden primär bei der mangelnden Motivation, Einsicht in die Notwendigkeit der ‚bürokratischen Schreibearbeit‘ und Qualifikation der Pflegekräfte gesehen. In diesem Zusammenhang spiele zudem die noch nicht sehr lange währende Praxis und Übung eine Rolle. Auch hier wurde, allerdings nur vereinzelt, eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen in die Richtung einer stärkeren *Kontrolle* empfohlen, wobei erneut das Vorbild der *Heimaufsicht* bemüht wurde.

Die Notwendigkeit stärkerer Kontrollen und das mögliche Instrument einer auf den ambulanten Bereich analog zum stationären Sektor installierten hoheitlichen Aufsicht wurde von den befragten Experten erst recht im Zusammenhang der als durchweg mangelhaft eingeschätzten externen und internen Maßnahmen der *Qualitätssicherung* genannt. Die oben dazu ausgeführten Aussagen der Befragten lassen sich zum Motto zusammenfassen, dass diesbezüglich zwar viel geredet, jedoch viel zu wenig praktiziert werde, denn die weit überwiegende Mehrheit der Pflegedienste wurde bisher weder extern noch intern methodisch und fachlich zuverlässig geprüft. Erst eine externe Kontrolle mit Sanktionsmittel bringe die Pflegedienste jedoch auf den Weg einer anspruchsvollen Qualitätssicherung, wie nicht nur ein Vertreter einer Pflegekasse betont. Deshalb wird von den Befragten häufig mit Bedauern auf das – im ambulanten Bereich fehlende – Instrument einer staatlichen Kontrolle und Aufsicht verwiesen, zumal die Unterschiede bei den Maßnahmen der internen Qualitätssicherung von seiten der Pflegedienste als äußerst groß wahrgenommen werden.

Angesichts der immer wieder von den Befragten genannten enormen Qualitätsunterschiede der Pflegedienste betont ein Vertreter einer Pflegekasse, dass die Kontrolle der Pflegedienste vor allem durch den Besuch und die Visite der Pflegebedürftigen stattfinden sollte. Die Selbstkontrolle und Qualitätssicherung über Zertifikate reiche hier nicht aus, um auch die Sicht der Patienten abzurufen. Allerdings sei dieses System aufwendig, allein schon weil der Zutritt zur Wohnung verschafft werden müsse. Unbedingt erforderlich, aber ebenso schwierig sei, eine Transparenz in bezug auf den Pflegedienst und etwa Einsicht in einzelne Unterlagen zu erhalten. Hier seien die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Vergleich zum Krankenhaussektor schwächer angelegt. Doch ohne Vorschriften und *Sanktionsmittel*, d.h. die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag zu kündigen, sei eine solche Transparenz und Kontrolle nicht herzustellen. Allerdings, so ein Vertreter einer Pflegekasse, sei dieses in der Praxis eben nicht immer einfach:

„Es ist immer wieder schwer, die Transparenz dort so hin zu bekommen, wie wir das jetzt zum Beispiel bei den Krankenhäusern haben. Da sind die Rahmenbedingungen ja gesetzt durch noch mehr gesetzliche Vorschriften, leider Gottes. Freiwillig bekommen sie niemanden zu irgend etwas. Was diese Geschichte betrifft, könnte viel gemacht werden. Insgesamt sollte es mehr Möglichkeiten der Konsequenzen bei nicht vorhandener Qualität geben. Die Konsequenzen könnten härter sein. [...] Man müsste zum Beispiel den § 80 ergänzen. In § 82 Absatz 3 steht, dass auch fristlos gekündigt werden kann, wenn die Auflagen nicht erfüllt werden. Bis die juristischen Schritte jedoch eingeleitet werden, bis die irgend etwas haben und sagen: ‚Jetzt ist Schluss‘, da vergeht einige Zeit. Oft geht es auch nicht weit genug. Da wird mehr Rücksicht auf die Belange dieses Pflegedienstes und die Thematik Ausübung des Berufes genommen, als auf die Menschen, die dem Heim oder dem Pflegedienst ausgeliefert sind. Bis ich einen soweit habe, dass ich den Versorgungsvertrag kündigen kann, das ist schlimm. Man muss sich nur einmal die ganzen Sozialgerichtsurteile anschauen, die dazu schon gefällt worden sind zur Kündigung von Versorgungsverträgen aufgrund von Qualitätsprüfungen. Ich bin der Meinung, da müsste etwas getan werden.“

Die Ausweitung staatlicher Kontroll- und Sanktionsmittel fordert auch ein weiterer Vertreter einer Pflegekasse:

„Es muss Dinge geben, die den Leuten bei einem Regelverstoß weh tun, ansonsten sind wir mit unseren Qualitätsprüfungen und Kontrollen eine Lachnummer. Wir können froh sein, dass sich so viele freiwillig prüfen lassen und uns ihre Unterlagen mitgeben. Wenn die gar nicht mitspielen wollten, dann haben wir keine großen Möglichkeiten, etwas zu machen.“

Ein Vertreter einer kommunalen Sozialverwaltung konkretisiert die Forderung nach einem „Aufsichtsgesetz für ambulante Dienste“ wobei er jedoch Probleme der Verwirklichung ausmacht und zudem die denkbare organisatorische Anbindung an die Heimaufsicht ablehnt, ohne allerdings eine Alternative anzubieten:

„Ich denke an ein Aufsichtsgesetz für ambulante Dienste, auch die Pflege betreffend, dabei wäre es wichtig, Kontrollmechanismen zu haben. [...] Grundsätzlich würden wir es begrüßen, die ambulanten Dienste einer gewissen Beaufsichtigung unterziehen zu können. [...] Ich weiß jedoch, dass es schwierig ist, das auf der Länderebene durchzusetzen. Man sollte es auf keinen Fall der Heimaufsicht ober drauf packen. Es müsste dann weiteres Personal eingestellt werden und da gibt es sicherlich in den einzelnen Ländern Umsetzungsprobleme.“

Andererseits bemängelt ein anderer Vertreter einer kommunalen Sozialverwaltung, dass die Kommunen beim jetzigen System bei der Festlegung von Verträgen, Vergütungen sowie Kontrollen zu wenig beteiligt seien, obwohl diese einen Großteil finanzierten.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Kontrollinstrumente werden von den Befragten vor allem zwei Anforderungen genannt: die *ständige*, in möglichst *kurzen* Abständen und *unangemeldete*, also unerwartet auftauchende Kontrolle. Dazu z.B. eine kommunale Seniorenvertreterin:

„[...] wenn wir etwas verändern wollen, dann muss es eine rechtliche Grundlage geben, so etwas wie eine Auflage. Genau so wie der Laienpfleger einmal im ¼ Jahr einen professionellen Pflegedienst benötigt, um weiterhin das Pflegegeld zu erhalten, müssten die professionellen Pflegedienste in dichten Abständen mindestens jährlich kontrolliert werden, ob sie weiterhin ihre Konzession behalten dürfen. Es gibt ja auch so Qualitätssiegel, das ist aber alles freiwillig. Unser Wunsch ist, dass unangemeldet [...] geprüft werden kann, ohne zu sagen, ich komme in einer Woche dann und dann. Das finden wir nicht gut. Das Unangemeldete finden wir besser. Das sollte unerwartet passieren, so dass sich keiner darauf einstellen kann. Es sollte aber eine neutrale Person dabei sein. Da könnten wir uns einbringen als Seniorenvertretung.“

Die Reform der Zulassung und Kontrolle der ambulanten Pflegedienste sieht ein Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle sogar „als wichtigste“ zu lösende Aufgabe und auch er wünscht eine Aufsicht nach dem Vorbild der Heimaufsicht im Bereich der ambulanten Pflege. Dazu müsste allerdings der Gesetzgeber, so der Vorschlag auch eine „personelle Mindestausstattung, bezogen auf die Kundenzahl und die Schwere der Pflegefälle“ festlegen. Ein Seniorenvertreter fordert, die Fachkräftezahl festzulegen und regelmäßig nachzuprüfen, ein Vertreter des MDK fordert ebenso eine gewisse Mindestzahl an Fachpersonal, denn z.B. sei eine Pflege rund um die Uhr von einem Dienst mit zwei Kräften nicht zu leisten. Andererseits habe das auch seinen Preis:

„Es sollte eine abgestufte Form der „Bestrafung“ in welcher Art auch immer, mit zum Beispiel Abmahnungen etc., entwickelt werden. Es gab mal einen Vorschlag, die Vergütung zu kürzen. Den halte ich jedoch nicht für angebracht, da für eine hohe Qualität auch ein bestimmter Mindeststandard notwendig ist. Qualität muss letztlich auch finanziert werden. Weiterhin müssen gewisse Mindeststandards geschaffen werden. Wie sich das rechtlich durchsetzen lässt, weiß ich nicht. Mir ist es schleierhaft, wie ein Pflegedienst mit nur zwei Pflegekräften insgesamt eine 24-Stunden-rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleisten will. Die ist ihnen aber gesetzlich vorgeschrieben. Diesbezüglich muss auf jeden Fall eine Regelung her.“

Ein weiterer Vertreter einer kommunalen Beratungsstelle sieht zwar Hoffnungen durch das kommende Qualitätssicherungsgesetz, doch wünscht dieser sich nichtsdestotrotz eine Ausweitung der Kontrollen und Sanktionsmittel im ambulanten Sektor sowie erneut mehr Mitsprache für *Angehörige*. Allerdings setzt der Genannte nicht nur auf die harte Sanktion des Vertragsentzugs, sondern eher auf das Instrument einer ständigen *Qualitätsentwicklung*:

„Man muss abwarten, was aus den Änderungen, die geplant worden sind durch das Qualitätssicherungsgesetz, wie das umgesetzt wird und was am Ende unter dem Strich stehen bleibt. Zur Zeit ist es noch eine Hoffnung, dass die Angehörigen in Heimen mehr Mitspracherecht haben, wenn Patienten das nicht mehr können oder dass die Heimaufsicht gestärkt wird. Ebenso fände ich es gut, wenn das im ambulanten Bereich geschehen würde. Der ist ja momentan ein Stiefkind. Da gibt es überhaupt keine vernünftigen Regelungen. Die muss es aber geben. Es muss auch Kontrollen geben und es muss auch über Sanktionen gesprochen werden. Was gibt es für Möglichkeiten, wenn etwas nicht läuft? Mit Sanktionen meine ich nicht nur den Entzug der Erlaubnis. Das kann nur an letzter Stelle stehen. Ich meine hilfreiche, stützende und fördernde Maßnahmen. Man darf nicht nur die Mängel feststellen, sondern muss sich auch darum kümmern, ob, wie und in wel-

che Richtung es sich verbessern soll. Ich sehe im ambulanten Bereich kein Instrumentarium, mit dem sich gekümmert oder vermittelt wird.“

Die ständige Qualitätsverbesserung hat auch ein Vertreter einer Gesundheitsverwaltung im Auge, wobei er sich auf internationale Vorbilder aus den Niederlanden und England beruft, wo eine regelmäßige Überprüfung der Professionalität stattfindet, wodurch ein Zwang und Anreiz zur professionellen Weiterbildung entstehe:

„Für die Person, die pflegt gilt ein Eingangs- bzw. Zutrittskriterium und dann gilt, nicht auffällig zu werden. Aber an keiner Stelle werden Anreize gesetzt, die Qualität der Berufsausübung zu halten oder gar zu verbessern. Bei uns gibt es das nicht zur Zeit. Bei uns ist es fast unvorstellbar, dass es so etwas geben könnte. Es kann aber so etwas geben, denn in anderen Ländern sieht es schlicht und einfach so aus. Sie haben in Holland das System der Visitation, was in fünfjährigen Abständen eine Überprüfung der Angehörigen von Gesundheitsberufen darstellt und in England wird zur Zeit ein System installiert, was auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe verpflichtet, darzulegen, dass sie ihre Kompetenz in der Berufsausübung erhalten. Das muss früher oder später bei uns auch kommen. [...] Rezertifizierung ist so ein Schreckenswort. Darunter stellt man sich immer vor, dass sozusagen das Staatsexamen in Abständen wiederholt wird. Wenn man das jedoch einmal außen vor lässt und den Gedanken zugrunde legt, dass die professionelle Kompetenz darzulegen ist, auch wie man sie erhält und weiterentwickelt mit geeigneten Methoden, dann verliert es den Schrecken. Ein Schrecken ist es dann nur noch für diejenigen, die schlecht sind und sich nicht verbessern. So ein System ist wünschenswert und erforderlich für alle, die in so wichtigen Berufen arbeiten, wo Patienten ihnen ihr Leben anvertrauen.“

Auch dieser Befragte betont, dass Qualitätskriterien festzulegen seien, welche kontrolliert werden können, auch in bezug auf die *Qualitätsentwicklung*. Allerdings sei eine wichtige Voraussetzung für die spätere Umsetzung und den Erfolg der Qualitätssicherung, dass ein Konsens über diese Kriterien zwischen den Prüfern und den Geprüften herrsche. Ansonsten seien Widerstände bei den Pflegediensten und Vollzugsprobleme vorprogrammiert. Und auch dieser Vertreter einer Gesundheitsverwaltung versäumt nicht auf folgende Voraussetzung hinzuweisen: die Finanzierung der Qualitätssicherung sollte öffentlich unterstützt werden:

„Ein anderer Punkt wäre auch, dass die Einrichtungen auch bestimmte Kriterien gewährleisten. Das ist ja genau das, was wir mit unserem Verfahren realisieren möchten, dass die Einrichtungen überhaupt erst einmal in die Lage versetzt werden, darzulegen, dass sie Klasse sind. Die Inhalte, an denen die Qualität darzulegen ist, müssen so geschaffen sein, dass derjenige, der es überprüft und derjenige, der geprüft wird, sich einig sind, dass sie relevant sind. Deshalb war es auch für uns so wichtig, die Fokusgruppenmethode anzuwenden bei der Erstellung der Inhalte. Wenn Prüfer und Geprüfter unterschiedlicher Meinung sind über die Bedeutung eines geprüften Bereiches, dann können sie die Prüfung gleich abhaken. Dieses Problem hat der MDK. Der prüft Bereiche, die zum Teil von den Geprüften nicht als sinnvoll erachtet werden. Das führt automatisch zu einer defensiven Situation, wenn es darum geht, die Karten auf den Tisch zu legen. Wir haben ein Verfahren dazu entwickelt, tatsächlich die Karten auf den Tisch zu legen und auch zu sagen, wo man die Verbesserungsbereiche selber identifiziert und was man daran macht. So ein System würde ich für sinnvoll halten. Die Idee der Zertifizierung ist in den Entwürfen des Qualitätssicherungsgesetz schon enthalten. Ich halte es für

ganz wichtig, dass auch sichergestellt wird, dass die Methodik geeignet ist. Dort ist eine Billigvariante, die gehen für die Zertifizierung von einem dreistelligen Betrag aus. Das geht schlicht und einfach nicht. Eine gute und geeignete Prüfung kostet mehr. Das sollte auch übernommen werden. Es sollte für den Pflegedienst keine Extraausgabe sein, die er sich abzwacken muss. Die Finanzierung sollte gesichert sein.“

Hinsichtlich der Finanzierung wurde durch verschiedene andere Befragte ein weiterer Aspekt der ökonomischen Rahmenbedingungen angeführt, nämlich die Leistungen der Sozialversicherungen, welche Visiten oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nicht belohnten. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch in den Expertenbefragungen durchgängig die Erwartung durchschimmert, dass alle Leistungen der Pflegedienste auch öffentlich bestritten werden müssten, d.h., dass die Bereitschaft, private Finanzmittel über den öffentlichen Leistungsrahmen hinaus zu mobilisieren, offenbar wenig verbreitet scheint. Inwiefern die Marktbedingungen allerdings ein qualitativ anspruchsvolles Agieren der Pflegedienste und entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung zulassen, kann hier nicht gesagt werden. Erinnert sei hier nur an den folgenden etwas paradoxen Umstand laut Befragungen von Pflegediensten: Obwohl 60% der Dienste Klagen über nicht kostendeckende Vergütungen führten, planten 34% Kapazitätsausweitungen in den nächsten drei Jahren, wobei nur ein Anteil von 21% eine solche Ausweitung verneint (Schneekloth / Müller 2000: 118-120).

Die mögliche Koexistenz von Finanzknappheit und Zeitmangel auf der einen *und* mangelnder Effizienz sowie Effektivität auf der anderen Seite spiegelt auch das Bild der Beschwerden, d.h., die *Ergebnisqualität* aus der Sicht der Kunden oder Betroffenen wider, ohne hier nochmals auf damit verbundene methodische Probleme einzugehen. Die Rahmenbedingungen können insofern auch als Herausforderung gelten, denen sich Pflegedienste je nach Qualifikation und Qualität unterschiedlich erfolgreich stellen. Der Umstand, dass nach dem Urteil der befragten Experten zufolge die weit überwiegende Mehrzahl der Pflegedienste die Sicht der Patienten oder die Wünsche der Kunden kaum systematisch, sondern eher ad hoc im Rahmen der täglichen Arbeit, überspitzt ausgedrückt, also nebenbei oder ‚im Vorbeigehen‘ ermittelt, passt insofern zu dem am häufigsten genannten Grund für Beschwerden, der mangelnden Bedürfnisorientierung, der fehlenden Zuwendung, Beratung, Freundlichkeit oder Motivation von Pflegekräften oder -diensten. Als zweites folgen Zeitmangel, Unpünktlichkeit oder die fehlende Einhaltung von Zeiten; Personalwechsel oder die Fluktuation des Personals, Abrechnungsmängel und die unzureichende Qualifikation des Personals sind weitere Bereiche, worauf sich laut der durchgeführten Befragungen die Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen vorwiegend beziehen. Erst am

Schluss dieser Mängelliste stehen Leistungsausfall, unzureichende Leistungen oder gar adverse Effekte im Sinne einer ‚gefährlichen‘ Pflege.

Doch auch hier fehlten Konzepte und Standards, die Patientenzufriedenheit oder die Qualität aus der Sicht der Patienten zuverlässig zu messen und zu beurteilen, so z.B. die Sicht eines Vertreters einer Gesundheitsverwaltung, zudem kostete auch diese bisher nicht geleistete Forschung Geld:

„Es gibt nach allem, was mir bekannt ist, kein geeignetes Instrument, um die Pflegebedürftigen und die Angehörigen einzubeziehen. Ein guter Pflegedienst ist natürlich im Gespräch mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen, eher unsystematisch. Aber das ist auch schon o.k., insbesondere bei kleinen Pflegediensten mit einer geringen Zahl von Patienten ist das völlig in Ordnung. Wünschenswert wäre immer, auf systematischer Seite und von externer Seite die Erfahrungen der Patienten und Angehörigen zu eruieren. Wenn ich sage Erfahrung, dann möchte ich das sehr ausdrücklich abgrenzen von dem Zufriedenheitskonzept. Es gibt immer noch Konzepte, die nicht viel mehr erfassen als Zufriedenheit. Man braucht ein Instrument, was die Bereiche erfasst, die aus Sicht der Patienten und Angehörigen wichtig sind. Genau in diesen Bereichen muss man Kriterien entwickeln. [...] Das ist ein Instrument, das ich gerne auch noch entwickelt hätte, aber wo ich bisher keine Finanzierung gefunden habe. [...] Es würde Geld kosten und das haben wir noch nicht. Das ist dann auch eine Schwierigkeit für den ambulanten Pflegedienst, wenn es keine geeigneten Instrumente gibt. Wie soll ich denn systematisch die Ergebnisse aus Patientensicht prüfen?“

Die fehlenden ökonomischen Voraussetzungen für die ausreichende Realisierung der Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und für mangelnde Zuwendung sieht eine Angestellte einer Beratungsstelle als Manko:

„[...] ganz einfach weil die Zeit zu kurz bemessen ist. Im Grunde genommen müsste noch ein bisschen Zeit für Zuwendung da sein. Die Pflegekraft sollte nicht nur zu Abfertigung da sein, sondern auch die Möglichkeit haben, sich über das Befinden des Patienten zu erkundigen. Das ist bei den Zeiten, die vorgegeben sind, nicht möglich. Es müsste mehr Zeit zur Verfügung stehen. Manche Dinge müssten intensiver durchgeführt werden. Der Pflegebedürftige müsste sich ein bisschen mehr im Vordergrund sehen können. Ich meine in Richtung Zuwendung.“

Noch unwägbarer als die von älteren, insbesondere gegenüber offiziellen Stellen oder Behörden, eher zurückhaltend geäußerten Beschwerden, ist das auch aufgrund fehlender Kontrollen weitgehend im Dunkeln liegende Feld *schwerwiegender Pflegemängel*. So wird zwar das Vorkommen schwerer Pflegemängel, z.B. Dekubitus, bejaht, doch meist mit dem Hinweis, dass so etwas nicht so häufig sei und dass eben, etwa bei Gewalt, vieles im Verborgenen bleibe, was wiederum bei Alleinlebenden in verschärftem Maße bedrohlich werden kann. Die Kontrolle und Mängelnachweise werden auch bei der von den Befragten fast durchgehend als vernachlässigt eingeschätzten *Aktivierung* von Pflegebedürftigen für zu gering erachtet. Darüber hinaus fehlten hier für die Pflegedienste völlig die finanziellen Rahmenbedingungen, um die Aktivierung (d.h. mit der Folge ei-

nes möglichen Verlust des Pflegebedarfs und damit für den Pflegedienst des Kunden) entweder zu belohnen oder einfach aufgrund der Vergütung der damit verbundenen längeren Pflegezeiten zu ermöglichen. Das Wirken bürokratischer und finanzieller Rahmenbedingungen zeigt sich, wenn man der wohl überwiegend scheiternden Aktivierung die überwiegend funktionierende Bereitstellung von Hilfsmitteln gegenüber stellt. Die objektiv und materiell kontrollierbare Bereitstellung eines Hilfsmittels kann bürokratisch sehr gut, die Anleitung oder gar Unterlassung als Leistung oder technisch diffuse Aufgaben wie Reden, Zuwendung etc. können dagegen bürokratisch eher schlecht gesteuert werden.

Die im großen und ganzen gute bis sehr gute *Versorgungsdichte* zeigt aber durchaus die positiven Anreize der durch die Pflegeversicherung bereitgestellten enormen Finanzmittel bezüglich der Pflegeinfrastruktur,¹⁴ so dass die ständige Sicherstellung der Versorgung aus dieser Sicht wohl kein Problem darstellt. Insofern, so die Einschätzungen der befragten Experten, spielen ungeachtet der Rahmenbedingungen die unterschiedliche *Organisation* der Dienste eine entscheidende Rolle bei der Gewährleistung einer kontinuierlich hohen Qualität der Pflege. Zwar sind die Meinungen hinsichtlich der Verlässlichkeit der Pflegeeinsätze eher gespalten, doch sind – bei seltenem Ausfall von Leistungen – sowohl die Pünktlichkeit, aber noch mehr die Personalfuktuation ‚Problemzonen‘ in der ambulanten Pflege. Als schwierige Rahmenbedingungen müssen unter anderem das Berufsfeld der Pflege als häufig temporäre Beschäftigung, die damit verbundene Fluktuation, der ‚geräumte‘ Arbeitsmarkt, die dennoch geringe Bezahlung der Pflegekräfte und die immense Arbeitsbelastung genannt werden. Angesichts des hohen Zeitaufwandes und des zur Eile motivierenden Abrechnungssystems entstehen zusätzliche Anforderungen an die Organisation und Einsatzplanung, d.h. insbesondere auch die Leitung der Dienste, was im negativen Fall sehr schädlich für die Motivation und infolgedessen für die Ergebnisqualität der Pflege sein kann. In diese Richtung weist auch eine Äußerung einer Vertreterin einer Beratungsstelle, die zudem in der Arbeitsbelastung eine Herausforderung für die Aus- und Weiterbildung sieht, der leider nicht unbedingt entsprochen werde:

„Die Bezahlung der Pflegekräfte ist sicherlich nicht gerade gut für die Arbeit, die sie leisten. Hinzu kommt: Es ist eine schwierige Arbeit. [...] Ich denke, die Belastung der Pflegekräfte ist ziemlich groß. Ein bisschen kann man das auffangen durch ein gutes Klima, durch Honorieren der Leistungen und durch das Anerkennen der

¹⁴ Das gegenüber dem Zustand vor der Einführung der Pflegeversicherung ungefähr verdoppelte öffentliche Finanzvolumen bewirkte einen großen Schub für die Pflegeinfrastruktur, insbesondere im ambulanten Bereich (vgl. Roth 2000a u. b).

Anstrengungen und Belastungen und durch Gespräche über zum Beispiel Todesfälle. Wenn ich jemanden ein Jahr versorgt habe und der verstirbt, dann kann ich nicht sofort zur Tagesordnung übergehen. Man sollte das auffangen und lernen eine gewisse Distanz zu bewahren. Die Pflege ist immer noch kein Job wie jeder andere. Das ist hier aber die Schwierigkeit, mit Distanz aber auch Herzlichkeit zu pflegen. Angebotene Seminare [...] zum Beispiel zur Sterbebegleitung sollten angeboten und genutzt werden. Weiterbildungen sollten angeboten werden zu bestimmten Krankheitsbildern. Die Pflegekräfte sollten sich schulen und informieren, damit sie sich nicht verschleißen. In der Richtung wird aber gerade in der Altenpflege wenig getan. Die werden ausgebildet und dann kommen sie zum Einsatz. Weiterbildung läuft da wenig. Hierbei ist auch ein Faktor, wer bezahlt das? Problematisch ist ja auch, dass der Altenpfleger hier in NRW nicht den Stand hat wie der Krankenpfleger. Ein Altenpfleger kann zum Beispiel keinen Pflegedienst leiten. Viele kommen sich da ein bisschen diskriminiert vor. Das kommt dann auch noch dazu. Das soll ja jetzt bundesweit einheitlich geregelt werden. In Rheinland-Pfalz kann z.B. ein Altenpfleger einen Pflegedienst aufmachen.“



4 Befragung von Beschäftigten in Pflegediensten

Bevor im folgenden die Ergebnisse der Befragung von Beschäftigten in Pflegediensten zum Thema Qualität und Qualitätsmängel in der ambulanten Pflege dargestellt werden, sollen verschiedene Rahmendaten und Merkmale (z.B. Größe, Beschäftigungsverhältnisse, Fachkräfteanteil) aus den Angaben der Pflegedienste sowie der dort Beschäftigten (z.B. Geschlecht, Alter, Ausbildung) aufgezeigt werden. Soweit möglich werden die hier vorliegenden Daten mit solchen aus aktuellen Erhebungen von Infratest (Schneekloth/Müller 2000) verglichen werden.

4.1 Strukturmerkmale von Pflegediensten und Beschäftigten

4.1.1 Datum der Betriebsgründung

Mit dem Erlass des Pflege-VG und dem dadurch verdoppelten öffentlichen Finanzvolumen wurde trotz der oft kritischen Töne von seiten der etablierten Verbände von Anbietern ohne Zweifel ein enormer Impuls für den Ausbau des Versorgungsangebotes ausgelöst (vgl. Roth 2000 a und b; Eifert et al. 1999). Dieses wird auch durch den Blick auf die Daten der *Betriebsgründungen* der dazu antwortenden 96 Pflegedienste deutlich: Danach erfolgten 30% aller Gründungen seit 1995, dem Jahr des Leistungsbeginns der Pflegeversicherung in der ambulanten Pflege. Während sich die Gründungsdaten über einen Zeitraum vom Jahr 1950 bis ins Jahr 2001 erstrecken und pro Jahr relativ kontinuierlich ähnlich hohe Zahlen zu finden sind, ist in den Jahren 1995 und 1996 ein klarer Ausschlag nach oben erkennbar. Trotz des zum Teil bereits recht hohen Alters der Dienste sind diese überwiegend, d.h. 70% der Dienste, erst seit 1989, also gut zehn Jahre, am Markt tätig.

Erwartungsgemäß zeigen sich hier hoch signifikante Unterschiede je nach Trägerschaft:¹ Während die Gründungen der privaten gewerblichen Dienste im Mittel erst seit der Pflegeversicherung

¹ Die gebräuchliche Terminologie der im folgenden benutzten Begriffe für die beiden Trägergruppen ist nicht besonders trennscharf und überzeugend. Die Abgrenzungen sind mehr oder weniger willkürlich und primär auf Tradition begründet. Üblich ist, von „frei-gemeinnützigen“ Trägern zu reden und diese den „privaten gewerblichen“ und „öffentlichen“ gegenüberzustellen. Doch sind die privaten gewerblichen oder öffentlichen einerseits nicht „unfrei“ und die gemeinnützigen andererseits ja auch privat; ferner betreiben diese auch ein Gewerbe, sind u.a. auch an Profiten orientiert usw.

und frühestens Ende der 80er Jahre erfolgten, liegt die Gründung der gemeinnützigen Dienste im Durchschnitt in der Mitte bis Ende der 80er Jahre. Während die Länderpolitik beginnend in den 70er Jahren die Ausweitung ambulanter Pflegedienste und mobiler sozialer Dienste förderte (vgl. Schölkopf 1999a), sich jedoch exklusiv an gemeinnützige Träger richtete, lösten die Leistungsausweitungen mit den ordnungspolitischen Reformen und Veränderungen durch die Kranken- und Pflegeversicherung die Gründung zahlreicher privater gewerblicher Dienste aus, die offenbar bis heute anhält. Ähnlich liegen die Unterschiede der Verteilung der Gründungsdaten zwischen Westdeutschland (eher ältere Dienste) und Ostdeutschland (eher jüngere, seit der Pflegeversicherung gegründete Dienste), was vor dem geschichtlichen Hintergrund ebenso zu erwarten war. Auf die Wohlfahrtsverbände entfallen im übrigen 49,5% der 107 vertretenen Pflegedienste und 48,5% der 533 Mitarbeiter; 42,9% der Pflegedienste und 44,9% der Beschäftigten stellen private gewerbliche Anbieter; 7,6% der Dienste werden von sonstigen gemeinnützigen oder öffentlichen Trägern geführt, die wiederum 6,6% der Beschäftigten stellen. Im Vergleich dazu sieht die Verteilung der Trägerschaft aus der Erhebung von Infratest ganz ähnlich aus: Dort gehören 51% der Dienste zu den Verbänden der Wohlfahrtspflege, 43% den gewerblichen und 4% öffentlichen Trägern an.

4.1.2 Fluktuation des Personals der Pflegedienste

Die Dynamik des Pflegemarktes, aber auch die Belastung von Pflegekräften sowie der Arbeitsmarkt mit einem hohen Anteil an Teil- und Zeitarbeit bringt eine erhebliche *Fluktuation* des Personals bei den Pflegediensten mit sich. Wie die folgende Tabelle zeigt, wurden im Zeitraum der vergangenen 24 Monate im Mittel (Median)² 4 neue Kräfte eingestellt und 3 Beschäftigte schieden aus, so dass die Differenz überwiegend leicht positiv war, d.h., die Dienste legten in ihrer Größe etwas zu. Der Anteil an neu eingestelltem Personal an den Beschäftigten insgesamt ist recht

² Der *Median* ist der Wert, der eine Häufigkeitsverteilung halbiert, d.h. die Zahl der Fälle, die kleiner als der Median ist, ist ebenso groß, wie die Zahl der Fälle, die größer ist. Anders als beim arithmetischen Mittelwert wird so verhindert, dass Extremwerte, also besonders hohe oder niedrige Werte, die durchschnittliche Tendenz zu stark beeinflussen, der Median erweist sich somit im Vergleich zum arithmetischen Mittel als robuster gegenüber „statistischen Ausreißern“. Die *Standardabweichung* als gebräuchliches Maß für die Streuung von Werten wird durch die Quadratwurzel der Varianz ermittelt. Die Varianz bildet sich aus den Abweichungen aller Werte vom arithmetischen Mittelwert. Damit sich negative und positive Abweichungen nicht aufheben, werden die Abweichungen zunächst quadriert und die Quadrate anschließend addiert. Um den Schätzfehler der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit auszugleichen, wird die Summe der quadrierten Abweichungen anschließend durch $(N-1)$; N = Stichprobenumfang) dividiert. *Perzentile* sind Werte, unterhalb derer ein bestimmter Anteil aller Werte liegt. Ein 25%-Perzentil ist z.B. die Grenze, unterhalb derer 25% der Werte liegen. Vgl. z.B. Bortz 1989: 46 ff.

erheblich, im Mittel wurde in den 24 Monaten ungefähr ein Drittel des aktuellen Personals neu eingestellt, zum Teil übersteigt die Zahl der neu eingestellten Mitarbeiter sogar die aktuelle Zahl der Gesamtbeschäftigten.

Tabelle 4.1: Fluktuation des Personals von Pflegediensten

Lage- und Streuungsmaße	Ausgeschieden (letzte 24 Monate)	Eingestellt (letzte 24 Monate)	Anteil der Neueinstellungen an Beschäftigten gesamt (Köpfe) in %
Mittelwert	5,0	5,7	30,3
Standardabweichung	7,1	6,3	24,4
Minimum	,0	1,0	2,1
25%-Quartil	2,0	2,0	13,3
Median	3,0	4,0	26,3
75%-Quartil	5,0	7,0	40,0
Maximum	55,0	42,0	160,0
N			
Gültig	92	101	99
Fehlend	15	6	8

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Hier sind zwar keine Unterschiede zwischen *Ost- und Westdeutschland* (oder der verschiedenen Grundstichproben der Befragung) jedoch zwischen den beiden Trägertypen der Dienste festzustellen. Die privaten gewerblichen Dienste weisen einen erwartungsgemäß deutlich höheren Anteil Neueinstellungen an den Beschäftigten insgesamt auf, was durchaus der Beobachtung wachsender Marktanteile (vgl. Eifert et al. 2000; Roth 2000 a u. b) entspricht.

4.1.3 Berufserfahrung der Beschäftigten

Die zur vorliegenden Befragung antwortenden Pflegekräfte verfügen in der Regel über eine recht *lange* Berufserfahrung – bei einer allerdings erheblichen Streuung zwischen 0,5 und 43 Jahren. Der gegen die im oberen Bereich vorliegenden Ausreißer robustere Median beträgt 10,4 Jahre; 50% der Pflegekräfte verfügen immerhin über eine Berufserfahrung zwischen 6 und 18 Jahren, 25% sogar über 18 Jahre, nur 5% können lediglich auf eine unter 2 Jahren liegende Pflegepraxis zurückblicken (vgl. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.2: Berufserfahrung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege

Lage- und Streuungsmaße		Berufserfahrung in Jahren		Zahl der im Beruf besetzten Stellen ges.
		Insgesamt	Im jetzigen Pflegedienst	
Mittelwert		12,5	4,7	3,2
Standardabweichung		8,4	4,5	2,4
Minimum		,5	,1	1,0
25%-Quartil		6,0	1,3	2,0
Median		10,4	3,3	3,0
75%-Quartil		18,0	6,3	4,0
Maximum		43,0	27,0	34,0
N	Gültig	478	503	410
	Fehlend	55	30	123

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Neben der Berufserfahrung insgesamt wurde die Beschäftigungsdauer im *jetzigen* Pflegedienst und die Anzahl der im Berufsleben bereits besetzten Stellen erfragt, um weitere Anhaltspunkte hinsichtlich der oft diskutierten beruflichen *Fluktuation* zu erhalten. Auch hier zeigt sich, dass die Pflegekräfte durchschnittlich bereits recht lange im jeweiligen Dienst arbeiten, nämlich fast fünf Jahre. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Stichprobe u.U. eine eher positive Auswahl zugrunde liegt. Wiederum ist eine asymmetrische (rechtsschiefe und linkssteile) Verteilung zu konstatieren, so dass der gegen Verteilungsprobleme robustere Median (3,3 Jahre) die zentrale Tendenz zuverlässiger als der Mittelwert abbildet. Nicht besonders hoch, auch vor dem Hintergrund des durchschnittlichen Alters der Pflegekräfte, erscheint die Anzahl der im Verlauf des gesamten beruflichen Lebens besetzten Stellen, die im Median bei drei liegt. Allerdings ist hier die Streuung geringer, obwohl einige Ausreißer nach oben vorliegen: 50% der Beschäftigten hatten in ihrer gesamten beruflichen Karriere 2-4 Stellen, 95% der Werte liegen zwischen 1 und 5.

Beim beruflichen Hintergrund der Pflegekräfte scheint interessant, ob die verschiedenen *Stichproben* systematische Unterschiede aufweisen. So könnte insbesondere die Gruppe der ‚Freiwilligen‘, d.h., Pflegekräfte aus Diensten, welche sich über die Information und den Appell in den beiden Fachzeitschriften gemeldet haben, vielleicht eine Tendenz zur größeren Berufserfahrung aufweisen. Dazu durchgeführte statistische Tests ergeben jedoch keine signifikanten Differenzen. Ähnliches gilt bei der Berufserfahrung im *jeweiligen* Pflegedienst und für kaum auftretende Unterschiede der Verteilung bei der Anzahl der Stellen im Pflegeberuf.

Allerdings ist die Berufserfahrung der Pflegekräfte im *Ost-West-Vergleich* erwartungsgemäß unterschiedlich: Während der Median bei den Pflegekräften im Osten bei lediglich 7,6 Jahren liegt, weisen die Pflegekräfte im Westen Deutschlands im Mittel 11,3 Jahre Berufserfahrung auf (vgl. Abbildung 4.2³).⁴ Diese Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bestehen jedoch *nicht* für die Berufserfahrung im *jeweiligen* Dienst, allerdings ist die Summe der im Pflegeberuf eingenommenen Stellen wiederum in Ostdeutschland (Median = 2,0) niedriger als in Westdeutschland (Median = 3,0).⁵

Weitere Differenzen ergeben sich, wenn die Berufserfahrung der Pflegekräfte nach der *Trägerschaft* der Pflegedienste betrachtet wird: Während bei den gemeinnützigen Trägern (Wohlfahrtsverbände und öffentliche Träger sowie sonstige gemeinnützige Träger) der mittlere Wert der Berufserfahrung der Pflegekräfte bei 12,1 Jahren liegt, verfügen die Pflegekräfte in den privaten gewerblichen Diensten im Mittel lediglich über 10 Jahre Berufserfahrung (vgl. Abbildung 4.3).⁶ Ähnlich fallen die Unterschiede zwischen den Trägerverbänden hinsichtlich der Berufserfahrung im *jeweiligen* Pflegedienst aus, auch hier liegt der Median bei den gemeinnützigen Trägern bei 4,7 Jahren, bei den gewerblichen Diensten lediglich bei 3.⁷ Schließlich weisen die Mitarbeiter in Pflegediensten der gemeinnützigen Träger auch eine im Mittel geringfügig geringere Anzahl der Summe der bisherigen Arbeitsstellen im Pflegeberuf auf, wobei jedoch die Differenz im wesentlichen bei den *öffentlichen* Trägern zum Rest auftritt, weniger zwischen den Wohlfahrtsverbänden und den gewerblichen Trägern.

³ Der Box-and-Whiskers-Plot zeigt in der Mitte eine waagrechte Linie mit dem Median. Sie ist von einem Kasten ('box') umschlossen, der den Bereich markiert, der 50% aller Werte umschließt. Außerhalb des Kastens liegt das Viertel mit den größten und das mit den kleinsten Werten. Die vertikale Länge des Kastens (Quartilsabstand) ist ein Maß für die Streuung. Der Box-and-Whiskers-Plot enthält am Ende der 'Barthaare' (whiskers) zudem den jeweils größten und kleinsten Wert, der kein Ausreißer ist, die durch ein Kreis symbolisierten Ausreißer und die durch ein Sternchen kenntlich gemachten Extremwerte. Als Ausreißer werden alle die Werte bezeichnet, die mehr als 1,5 Kastenlängen unter (oberhalb) des 1. (3.) Quartils liegen. Extremwerte liegen mehr als 3 Kastenlängen vom entsprechenden Quartil entfernt (vgl. z.B. Wagschal 1999: 116ff.).

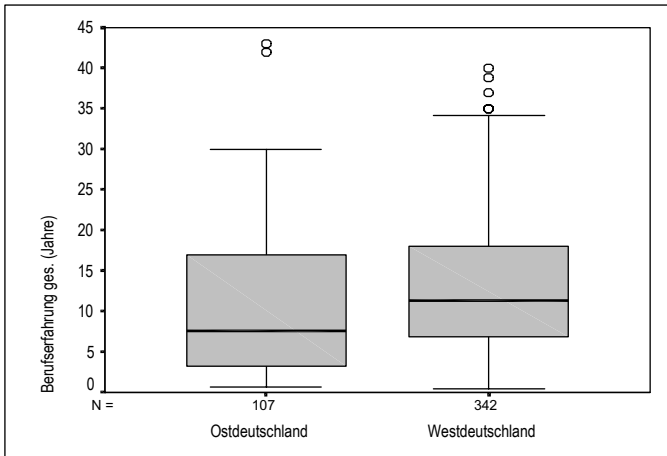
⁴ Eine Auswertung auf der Ebene der einzelnen Bundesländer muss aufgrund der geringen Zahl gültiger Fälle einiger Länder unterbleiben. Der durchgeführte Mann-Whitney-U-Test weist ein Signifikanzniveau von <0,2% auf. Der Mann-Whitney-Test untersucht, ob zwei unabhängige Stichproben Unterschiede in ihrer zentralen Tendenz aufweisen. Dazu wird zunächst eine gemeinsame Rangordnung der Merkmalsausprägungen gebildet und anschließend werden die Rangplätze der beiden Gruppen gegenüber gestellt, womit systematische Unterschiede erkennbar werden (vgl. Wagschal 1999: 334-337).

⁵ Laut Mann-Whitney-U-Test mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von unter 0,1%.

⁶ Entsprechend tritt laut Mann-Whitney-U-Test nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 1,4% ein Fehler beim Zurückweisen der Nullhypothese auf, welche eine gleiche Verteilung der Gruppen unterstellt.

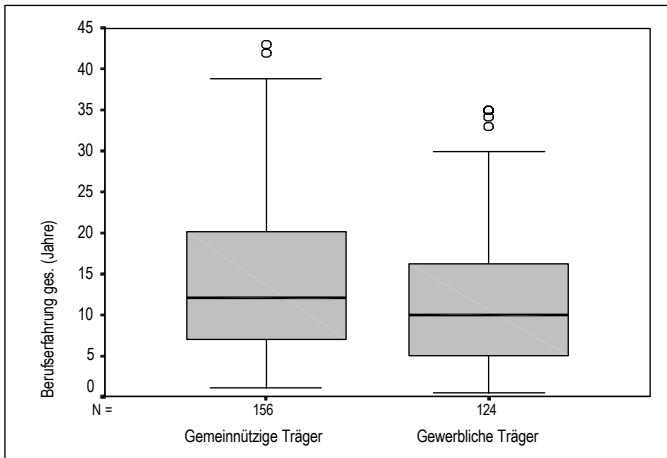
⁷ Der Mann-Whitney-U-Test liefert signifikante Resultate (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 0,1%).

Abbildung 4.1: Boxplot Berufserfahrung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten (Ost- und Westdeutschland)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.2: Boxplot Berufserfahrung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten nach Trägerverbänden

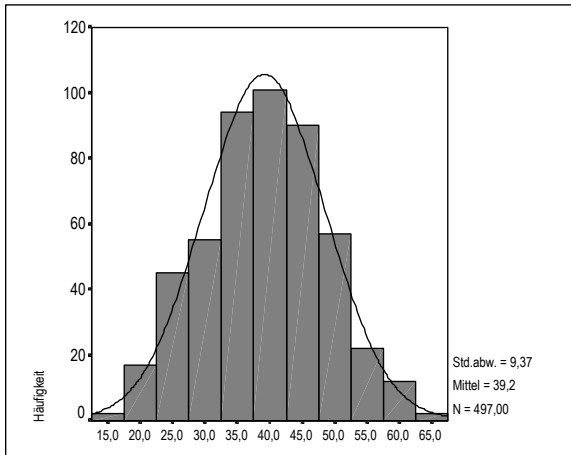


Quelle: FfG- Erhebung 2001

4.1.4 Alter und Geschlecht der Beschäftigten

Das *Alter* der in der Stichprobe vertretenen Pflegekräfte liegt im Durchschnitt bei 39 Jahren, die Streuung ist recht gering, die meisten Pflegekräfte sind knapp 30 bis Ende vierzig, die jüngste Mitarbeiterin ist 17, die älteste 65 Jahre alt, die Werte sind annähernd normalverteilt (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.3: Altersverteilung der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Traditionell arbeiten in der Altenpflege fast ausschließlich Frauen, obwohl der Anteil der Männer neuerdings etwas zugenommen hat, so z.B. in Nordrhein-Westfalen von 9,7% im Jahr 1993 auf 13,2% im Jahr 1999 (Fretschner et al. 2001: 79). In der vorliegenden Stichprobe befinden sich 87,5% Frauen und nur 12,5% Männer. Im Vergleich dazu lag laut Mikrozensus der Frauenanteil unter den Altenpflegerinnen und -pflegern im Jahr 1995 insgesamt bei 79%, bezogen auf die Altenpflegefachkräfte bei 84,2% (Tabelle 4.3):

Tabelle 4.3: Geschlecht der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten

Geschlecht der Beschäftigten		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Männlich	64	12,0	12,5
	Weiblich	449	84,2	87,5
	Gesamt	513	96,2	100,0
Fehlend		20	3,8	
Gesamt		533	100,0	

Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.1.5 Größe, Beschäftigungsverhältnisse und Qualifikationsstruktur der Pflegedienste

Die *Größe* der Pflegedienste lässt sich in erster Linie an der Zahl der Beschäftigten ermes sen. Diese wurde auf den *Organisationsbögen* einerseits unter der Überschrift „Größe des Pflege dienstes“, aufgeschlüsselt nach der Art der Beschäftigungsverhältnisse (Voll-, Teilzeit, Auszubildende, Praktikanten, Zivildienstleistende) erfragt. Darüber hinaus wurde in der darauffolgenden Frage unter dem Titel („Qualifikation der Mitarbeiter“) die Zahl der Beschäftigten nach der Art der Qualifikation ermittelt. Die Summen dieser beiden Abfragen sollten also bei jedem Dienst iden tisch sein, Differenzen deuten auf Fehler in der Beantwortung. Trotz einiger nachfolgend disku tierter Fehler bei der Beantwortung, kann die Größe der Dienste im *großen und ganzen* folgen dermaßen dargestellt werden (Tabelle 4.4): Die Größe der Dienste lag gemessen an den Be schäftigungsverhältnissen (inklusive der Auszubildenden und Zivildienstleistenden) im Median bei 16 Beschäftigten, bei der Angabe der Zahl der Beschäftigten nach den Qualifikationen bei 15; 50% der Dienste haben zwischen 11 und 26 (Angaben nach den Beschäftigungsverhältnissen) sowie 9 und 23 (Angaben nach Qualifikation) Beschäftigte. Die Verteilung ist jeweils linkssteil und rechtsschief, d.h. es gibt eine Fülle kleinerer Dienste und wenige sehr große Dienste, so dass eben der *Median* der aussagekräftige Wert für die zentrale Tendenz ist. Ferner fällt auf, dass die *Streuung* enorm ist.

Im Vergleich zu den durch Infratest erhobenen Daten sind die hier vertretenen Dienste etwas größer, wenn Vollzeitäquivalente zugrunde gelegt werden. Während von Infratest im arithmeti schen Mittel 13 Mitarbeiter ermittelt wurden, sind hier durchschnittlich 15 Beschäftigte zu ver zeichnen. Allerdings täuscht dieser Wert einer zentralen Tendenz oder einer „typischen“ Einrich tung aufgrund der schiefen Verteilung, weil eben die wenigen großen Dienste im arithmetischen

Mittel übermäßig stark eingehen, wie die Gegenüberstellung von Median und Mittelwert zeigt (vgl. Tabelle 4.1).⁸

Tabelle 4.4: Größe der Pflegedienste

Lage- und Streuungsmaße		Beschäftigte gesamt		
		Nach Beschäftigungsverhältnis	Nach Qualifikation	Vollzeitäquivalente*
Mittelwert		21,3	19,0	15,3
Standardabweichung		18,0	16,0	14,3
Minimum		2,0	2,0	2,0
25%-Quartil		11,0	9,0	7,2
Median		16,0	15,0	10,9
75%-Quartil		26,0	23,3	19,1
Maximum		114,0	109,0	101,5
N	Gültig	107	106	105
	Fehlend	0	1	2

* Errechnet auf der Basis der Angaben nach den Beschäftigungsverhältnissen, als (gewichtete) Summe der Klassenmitten: Teilzeit mit Beschäftigungsumfang bis 25%; über 25%-50%, über 50% -75%; über 75%.

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Ein Vergleich der Summe der Beschäftigten nach den Beschäftigungsverhältnissen (Voll- und Teilzeit) mit derjenigen nach der Berufsausbildung bringt jedoch zum Teil große Abweichungen: Nur bei 35% der Dienste stimmen die Summen paarweise überein, in 56% der Fälle liegen die Angaben zu den Beschäftigungsverhältnissen *über* der Summe der Beschäftigten nach dem Berufsabschluss, in 9% der Fälle auch darunter.⁹ Die absolute Differenz der beiden Summen liegt

⁸ Bei Infratest sind die Dienste in willkürliche Größenklassen (1-4 Mitarbeiter etc.) und nicht in Quartile eingeteilt, was die Vergleichbarkeit erschwert. 47% der Dienste haben aber laut Infratest nur bis zu neun Mitarbeiter, so dass der Median etwa bei 10 liegen dürfte (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 93). Im übrigen ist für die Untersuchung der methodische Mangel anzumerken, dass zwar der realisierte Stichprobenumfang (638 Dienste, was 37,8% Rücklauf von der Bruttostichprobe entspricht) angegeben wird, nicht aber jeweils die Anzahl gültiger Nennungen bei den *einzelnen* Fragen (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 9-11).

⁹ Insofern wird deutlich, dass entweder bei der Angabe der Beschäftigten nach Qualifikationen Personal ‚vergessen‘ wurde oder dass bei der Angabe der Beschäftigten nach Arbeitsverhältnissen zu viele Kräfte angeführt wurden. Wahrscheinlich erscheint jedoch der erste Fall. In einigen Fällen wurden z.B. anscheinend Praktikanten oder Zivildienstleistende bei den Angaben nach der Qualifikation der Beschäftigten vergessen. Nahegelegt wird diese Annahme durch die Beobachtung, dass z.B. bei der Beschäftigung nach Arbeitsbereichen mehrere Zivildienstleistende angegeben wurden, jedoch keine Beschäftigte ohne Berufsabschluss, was zumindest unwahrscheinlich erscheint, denn Zivildienstleistende oder Praktikanten dürften nur selten über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Wenn die Differenz zwischen den beiden Summen exakt mit der Zahl der Zivildienstleistenden oder Praktikanten übereinstimmt, wäre diese Vermutung naheliegend.

im Mittel bei 1 Beschäftigten und die relative Differenz bei 7,4%.¹⁰ Infolgedessen müssen die dahingehenden Angaben der Leitungen der Pflegedienste mit etwas Vorsicht behandelt werden. Inwiefern eine solche Fehlerquote – bei eigentlich recht einfachen und eindeutigen Fragestellungen – tatsächlich auf unbewusste oder bewusste Systematik („Vergessen“ oder Verschweigen unqualifizierten Personals), Überforderung oder geringe Konzentration bei der Beantwortung aufgrund von Eile zurückzuführen ist, kann allerdings nicht gesagt werden.

Sowohl hinsichtlich des *Beschäftigungsumfangs* als auch der *Qualifikation* zeigen sich die Pflegedienste in den unterschiedlichsten Strukturen.¹¹ Wenn nach Voll- oder Teilzeitbeschäftigten sowie nach ausgebildeten und nicht formell ausgebildeten Kräften unterschieden wird, gibt es auf der einen Seite Dienste, welche nur mit qualifiziertem Personal oder mit Vollzeitkräften arbeiten. Andere Dienste setzen dagegen vorwiegend auf Kräfte mit einem Zeitanteil unter 25% oder auf Praktikanten, Zivildienstleistende und Auszubildende, die manchmal fast zwei Drittel der Beschäftigten ausmachen. Diese heterogene Organisationsstruktur lässt sich an der Tabelle 4.5 ablesen, welche die *Verteilung* der Prozentanteile der jeweiligen Merkmale wiedergibt.

In der *Regel* arbeiten Pflegedienste nicht mit Vollzeitkräften, sondern primär mit *Teilzeitbeschäftigten*. Nach den vorliegenden Angaben der 107 Pflegedienste sind im Mittel (Median) nur 25% der Beschäftigten Vollzeitkräfte, nur gut 20% der Dienste verfügen über einen Vollzeitanteil von über 50%. Auch hier liegt das arithmetische Mittel aufgrund der schiefen Verteilung deutlich höher, nämlich bei 32%. Infratest ermittelte ein arithmetisches Mittel von 39% Vollbeschäftigten pro Dienst (vgl. Schneekloth / Müller 2000: 107 f.). Auch hier gilt, dass der Median besser geeignet ist, um die typische oder zentrale Tendenz wiederzugeben.

Trotzdem verwenden die Pflegedienste in erster Linie *Fachkräfte*, worunter hier Krankenschwestern und Altenpflegerinnen (mit dreijähriger Ausbildung) subsumiert wurden. Der mittlere Wert des so verstandenen Fachkräfteanteils liegt laut der Angaben der Pflegedienste bei 66,2%. Zwar gibt es auch hier eine enorme Streuung und einige Dienste, die sogar weitgehend auf höher qualifizierte Kräfte verzichten: So liegt dieser Anteil bei 10% der Dienste unter 33%. Allerdings ver-

¹⁰ Zudem führt ein Vergleich der beiden verbundenen Stichproben mit dem Test nach Wilcoxon zu einer hoch signifikanten Differenz (<0,01%) der zentralen Tendenz. Die Nullhypothese besagte, es gibt keinen Unterschied in der zentralen Tendenz. Wie beim t-Test für abhängige Stichproben werden zunächst für jedes Meßwertepaar die Differenzen berechnet. Die Absolutbeträge der Differenzen werden in eine Rangreihe gebracht. Je nach Vorzeichen werden zwei Durchschnittsränge (T-Werte) für diese Differenzen ermittelt. Je deutlicher diese empirischen T-Werte vom theoretisch bei Unabhängigkeit erwarteten Wert abweichen, um so geringer ist die Signifikanz (Fehlerwahrscheinlichkeit) für die Zurückweisung der Nullhypothese ermittelt. (vgl. Bortz 1989: 183ff.).

¹¹ Der Beschäftigungsumfang wurde wie die nachfolgende Tabelle zeigt, in fünf Klassen abgefragt.

wendet mehr als die Hälfte der Dienste, nämlich 70% einen Fachkräfteanteil von 50% und mehr und einige Pflegedienste verfügen sogar ausschließlich über Fachkräfte. Unter den Leitungen der Pflegedienste dominieren übrigens die Krankenschwestern, welche 84% stellen, der Rest entfällt auf Altenpflegerinnen.

Tabelle 4.5: Beschäftigung in ambulanten Pflegediensten nach Arbeitsverhältnis

	<i>Lage- und Streuungsmaße der Prozentanteile</i>					
	Vollzeitkräfte	Teilzeitbeschäftigte				Praktikanten, Auszubildende, Zivildienst- leistende
		über 75%	bis 75%	bis 50%	bis 25%	
Mittelwert	32,2	11,7	18,6	11,5	14,4	11,0
Standardabweichung	25,3	17,0	20,4	12,6	16,2	13,7
Minimum	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25%-Quartil	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Median	25,0	3,9	12,1	8,7	8,9	7,1
75%-Quartil	43,7	18,2	30,2	19,1	25,3	17,1
Maximum	100,0	83,3	75,0	53,3	69,2	65,2
Gültige Fälle (N)	105	105	105	105	105	105
Fehlend (N)	2	2	2	2	2	2

Quelle: FiG-Erhebung 2001

Tabelle 4.6: Beschäftigung in ambulanten Pflegediensten nach Qualifikation

	<i>Lage- und Streuungsmaße der Prozentanteile</i>							
	Fachkräfte*	Kranken- schwestern	Altenpfe- gerinnen	Kranken- pflegehel- ferinnen	Altenpfe- gehelferin- nen	Sozialpäd. u. haus- wirtschaftl.	Sonstige Abschlüsse	Ohne Berufsab- schluss
Mittelwert	63,1	43,0	20,1	10,0	5,5	4,3	7,7	9,3
Standardabw.	22,1	19,1	15,1	13,9	10,6	7,9	11,5	14,9
Minimum	13,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25%-Quartil	46,0	29,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Median	66,2	42,1	17,6	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
75%-Quartil	80,9	58,3	30,4	14,3	8,6	6,7	11,7	12,7
Maximum	100,0	84,6	64,6	64,0	63,2	42,9	61,9	82,6
Gültig (N)	106	106	106	106	106	106	106	106
Fehlend	1	1	1	1	1	1	1	1

* Enthalten sind Krankenschwestern und Altenpfleger mit dreijähriger Qualifizierung, ohne Helferinnen

Quelle: FiG-Erhebung 2001

Hinsichtlich der Größe der Pflegedienste treten wie erwartet Unterschiede zwischen den Diensten je nach *Trägerschaft* sowie im *Ost-West-Vergleich* auf.¹² In der Tendenz sind die Dienste der gemeinnützigen Träger und solche in Westdeutschland sowohl größer, als auch mit deutlich weniger Anteilen an Vollzeitpersonal ausgestattet (vgl. Abbildungen 4.4-4.7). Allerdings sind *keine* solchen Differenzen hinsichtlich des *Fachkräfteanteils* nachzuweisen. Während die Größe der Dienste bei den gemeinnützigen Trägern im Median bei 13,3 Vollzeitäquivalenten liegt, beträgt dieser Wert bei den privaten gewerblichen Trägern lediglich 8,6.¹³ Der Median des Anteils an Vollzeitkräften liegt bei den gemeinnützigen Trägern bei 18%, bei den privaten gewerblichen Diensten dagegen beträgt dieser Wert 35%.¹⁴ Die Hypothese, wonach die privaten gewerblichen Träger ihre komparativen Vorteile und wachsenden Marktanteile insbesondere einem geringeren Anteil an Vollbeschäftigten und *vice versa* einem höheren Anteil an Teilzeitkräften und geringfügig Beschäftigten verdanken, wird also durch die vorliegenden Daten nicht gestützt.¹⁵

Die Pflegedienste in Ostdeutschland sind etwas kleiner (Median=10) als in Westdeutschland (Median=11).¹⁶ Noch deutlicher fallen die Unterschiede beim Anteil der Vollzeitkräfte aus, wo der Median in Ostdeutschland bei 42,9%, im Westen nur bei 21,4% liegt.¹⁷ Schließlich *sinkt* der Anteil an Vollbeschäftigten und Fachkräften wie erwartet in der Tendenz mit der zunehmenden *Größe* der Dienste, wenngleich dieser Zusammenhang jeweils nicht besonders stark ausgeprägt ist.¹⁸

¹² Übrigens stammen 21,7% der Dienste und 23,8% der Beschäftigten der vorliegenden Stichproben aus Ostdeutschland, 78,3% der Dienste und 76,2% der Beschäftigten aus Westdeutschland. Eine Auswertung auf der Ebene der einzelnen Bundesländer musste aufgrund der geringen Zahl gültiger Fälle einiger Länder unterbleiben. Zu vernachlässigende Unterschiede traten zwischen den hier unterschiedenen *Stichproben* (Vier Regionen, Gesamtdeutschland und Beteiligung aufgrund von Zeitschrifteninfos) auf.

¹³ Die Unterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test hoch signifikant; die Nullhypothese, wonach beide Gruppen eine gleiche Verteilung aufweisen, kann bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,6% zurückgewiesen werden.

¹⁴ Die Unterschiede in der zentralen Tendenz sind laut Mann-Whitney-U-Test hoch signifikant (Fehlerwahrscheinlichkeit <0,3%).

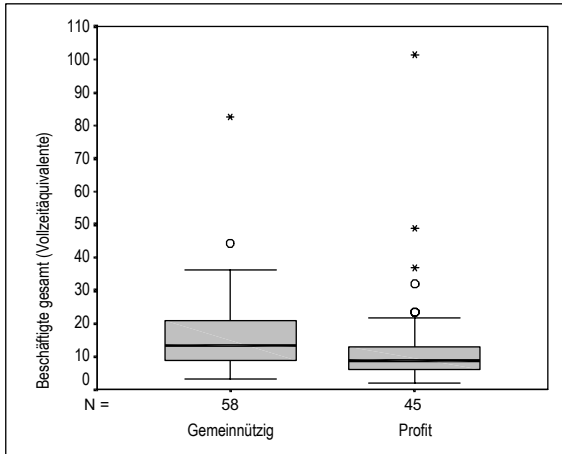
¹⁵ Keine signifikanten Unterschiede bestehen hinsichtlich des Anteils der Teilzeitkräfte mit einem Zeitanteil unter 25%, dagegen verwenden die gemeinnützigen Träger einen signifikant größeren Anteil an Zivildienstleistenden, Praktikanten und Auszubildenden.

¹⁶ Die Nullhypothese kann aber nur bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von <5% zurückgewiesen werden.

¹⁷ Der Mann-Whitney-U-Test ist jedoch nur auf einem Niveau von <5% Fehlerwahrscheinlichkeit signifikant.

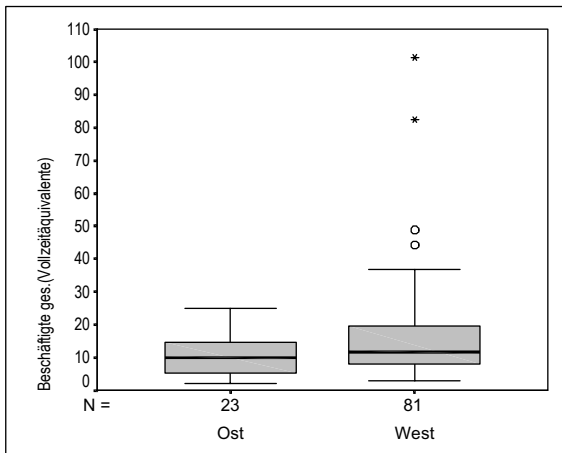
¹⁸ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho ist in bezug auf die zuerst genannte Variable hoch signifikant (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1%) deutlich negativ (-0,32), und beim zweiten (Fachkräfteanteil zu Größe der Dienste) deutlich negativ (-0,23), bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von < 5%. Dieses Verfahren ist für Ordinalskalen geeignet. Dabei werden nicht die einzelnen Merkmalsausprägungen, sondern die zugewiesenen Rangplätze betrachtet. Der Rangkorrelationskoeffizient ist eine Größe zur Bestimmung der Beziehung zwischen den Rangplätzen der verwendeten Variablen. Bei einem Wert von 1 kann von einem perfekten positiven, bei einem Wert von -1 kann von einem perfekten negativen Zusammenhang beider Variablen gesprochen werden. Das Signifikanzniveau beim Korrelationskoeffizienten ist die Wahrscheinlichkeit, mit der sich der ausge-

Abbildung 4.4: Größe ambulanter Pflegedienste nach Trägerschaft (Boxplot)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

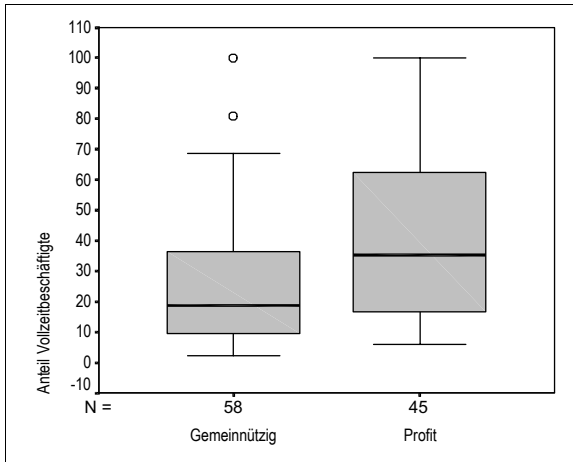
Abbildung 4.5: Größe ambulanter Pflegedienste in Ost- und Westdeutschland (Boxplot)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

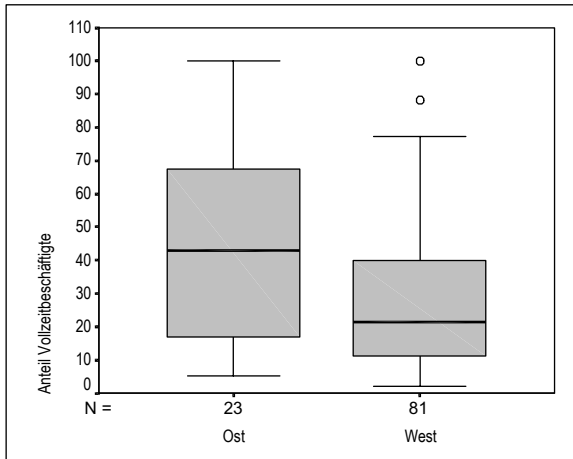
wiesene Koeffizient ergibt, obwohl in der Grundgesamtheit (d.h., in der Realität) eigentlich kein Zusammenhang da ist (vgl. Bortz 1989: 283 ff.).

Abbildung 4.6: Anteil Vollzeitbeschäftigte in ambulanten Pflegediensten nach Trägerschaft in % (Boxplot)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.7: Anteil Vollzeitbeschäftigte in ambulanten Pflegediensten in Ost- und Westdeutschland in % (Boxplot)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.1.6 Beschäftigungsverhältnisse und Qualifikation nach der Mitarbeiterstichprobe

Hinsichtlich der Beschäftigungsverhältnisse und der Qualifikation der Beschäftigten liegen im Rahmen der vorliegenden Erhebung wie dargestellt verschiedene Stichproben vor: Zum einen die Angaben der Beschäftigten auf den Mitarbeiterbögen und zum anderen wie dargestellt die der Leitungen der Pflegedienste auf den Organisationsbögen.

Wie bereits bei den Strukturangaben der Dienste dargestellt wurde, wird ambulante Pflege überwiegend in Teilzeitarbeitsverhältnissen praktiziert. Etwa 40% der Beschäftigten aus der Stichprobe der Mitarbeiterbögen arbeiten 38,5 Stunden und mehr, einige geben sogar deutlich mehr Arbeitszeit an; 25% arbeiten weniger als 20 Stunden pro Woche (vgl. Tab. 4.7). Damit liegt der Anteil der Mitarbeiter mit Vollzeitbeschäftigung in der Tendenz leicht *über* dem aus der Stichprobe der Pflegedienste errechneten und auch, wenn auch nur ganz wenig, über dem Wert von Infratest.

Tabelle 4.7: Regelmäßiger Beschäftigungsumfang in der ambulanten Pflege

Lage- und Streuungsmaße		Regelmäßige Arbeitsstunden pro Woche
Mittelwert		31,4
Standardabweichung		10,8
Minimum		4,0
25%-Quartil		25,0
Median		32,0
75%-Quartil		38,6
Maximum		84,0
N	Gültig	490
	Fehlend	43

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Entsprechend der Angaben der Leitungen der Pflegedienste spiegelt auch die Mitarbeiterstichprobe die oben genannten Unterschiede: So arbeiten die Beschäftigten in Ostdeutschland deutlich häufiger, nämlich sogar im Mittel mit 40 Stunden pro Woche, während der Durchschnitt der Arbeitszeit in Westdeutschland bei nur 30 Stunden liegt. Ebenso reflektiert die Mitarbeiterstichprobe die festgestellten Unterschiede hinsichtlich der Trägerschaft: In der Tendenz arbeiten Beschäftigte in privaten gewerblichen Pflegedienste häufiger Vollzeit und im Mittel länger pro Woche

als die Beschäftigten in gemeinnützigen Pflegediensten, die eher in Teilzeitverhältnissen arbeiten.¹⁹

Nach den Angaben der *Beschäftigten* zur Berufsausbildung sind in der ambulanten Pflege weit überwiegend, nämlich 75%, speziell für die Pflege ausgebildete Fachkräfte (Krankenschwestern und Altenpflegerinnen) tätig (vgl. Tabelle 4.8). Die Stichprobe auf der Basis der Angaben der Leitungen der *Dienste* (Organisationsbögen) liefert im Durchschnitt der 107 Dienste wie dargestellt erwartungsgemäß geringere Anteile dieser beiden Berufsgruppen von immerhin noch 63%. Vermutlich nahmen an der eigentlichen Befragung (Beantwortung der Mitarbeiterbögen) fast durchgehend *Pflegekräfte* und darunter eher die formell besser qualifizierten Kräfte teil. Entsprechend ist der Anteil der Kräfte ohne Berufsabschluss in der Stichprobe auf der Basis der Angaben der Pflegedienste zum Gesamtpersonal mit fast 10% gegenüber 3% unter den antwortenden Pflegekräften klar höher.

Tabelle 4.8: Berufsausbildung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege

	FfG-Erhebung				Infratest-Erhebung	
	Mitarbeiterbefragung		Befragung Dienste		Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	Durchschn. Prozente	Kumulierte Prozente		
Krankenschwester	50,0	50,0	43,0	43,0	51,8	51,8
Altenpflegerin	25,0	75,0	20,1	63,1	17,1	68,9
Kranken- u. Altenpflegehelferin	10,8	85,8	15,4	78,5	10,0	78,9
Sonstige	11,3	97,1	12,0	90,5	5,1	84,0
Ohne Berufsabschluss	2,9	100,0	9,5	100,0	16,0	100,0

Quelle: FfG-Erhebung 2001; eigene Berechnung nach: Schneekloth/Müller 2000: 111 f.

Die Werte der vorliegenden Stichproben können auch mit den repräsentativen Erhebungen durch Infratest (Schneekloth/Müller 2000: 111 f.) verglichen werden, trotz gewisser Einschränkungen bei den gebildeten Kategorien und Vorbehalten gegenüber der primären Verwendung arithmetischer Mittelwerte, d.h., der Vernachlässigung der erheblichen Streuung durch Infratest. In der Infratest-Erhebung wurde nur das Pflegepersonal herangezogen, das allerdings dort ca. drei Viertel aller Beschäftigten ausmachte.²⁰ Der von Infratest ermittelte durchschnittliche Anteil von

¹⁹ Keine wesentlichen Unterschiede liegen diesbezüglich dagegen zwischen den Stichproben aus den vier Regionen, den über die Zeitschriften rekrutierten Teilnehmern und der gesamtdeutschen vor.

²⁰ D.h., dass therapeutisches und sozialpädagogisches Fachpersonal sowie Zivildienstleistende, Verwaltungspersonal und hauswirtschaftliches Personal ausgeblendet blieb (Schneekloth/Müller 2000: 112). Das Pflegepersonal

51,8% Krankenschwestern entspricht ungefähr dem aus der Mitarbeiterstichprobe, bei dem sich vermutlich aufgrund der Fragestellung primär Pflegepersonal beteiligte. Etwas stärker vertreten sind in der vorliegenden Erhebung die Altenpflegerinnen und -pfleger, die hier 25% der Beschäftigten (durchschnittlich 20% laut der Angaben der Dienste), bei Infratest dagegen nur 17% des Pflegepersonals ausmachen. Fast annähernd gleich ist dagegen wiederum die Summe der Anteile der Krankenpflegehelferinnen und Altenpflegehelferinnen. Der Anteil derjenigen ohne formellen Berufsabschluss liegt bei Infratest jedoch mit 16% deutlich *höher* als in der vorliegenden Stichprobe aus der Mitarbeiterbefragung, etwas geringer sind die Unterschiede zu den Daten auf der Basis der Angaben der Dienste. Werden die Kategorien ‚Sonstige und ohne Berufsausbildung‘ zusammengefaßt als Berufe, die nicht unbedingt für die Pflege qualifizieren, so verringern sich die Differenzen der Prozentanteile zur Infratest-Erhebung.²¹ Insgesamt ist also zu sagen, dass die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in der ambulanten Pflege in der vorliegenden Befragung trotz leichter Abweichungen im großen und ganzen dennoch grundsätzlich ähnlich ausfällt wie bei den Erhebungen durch Infratest. Allerdings ist insbesondere bei der Stichprobe aus den Angaben der Beschäftigten hier eine etwas stärkere Repräsentation der formell höher Qualifizierten zu verzeichnen. Ergänzend sollte berücksichtigt werden, dass bei der vorliegenden Befragung eher *größere* Dienste antworteten und größere Dienste laut der hier vorliegenden Daten in der Tendenz anteilmäßig eher weniger Fachkräfte einsetzen.²² Keine relevanten Unterschiede liegen beim Vergleich der Qualifikationsstruktur allerdings zwischen den vier *Regionen*, der *gesamtdeutschen* Stichprobe und der über die *Zeitschriftenaufsätze* rekrutierten Pflegedienste vor. Dasselbe gilt für den Vergleich von *Ost- und Westdeutschland* und auch hinsichtlich der *Trägerschaft*, was auch den Ergebnissen aus den Angaben der Dienste und der Erhebung von Infratest entspricht (vgl. Schneekloth / Müller 2000: 112).

machte jedoch einen Anteil von durchschnittlich 74% an allen Vollzeitkräften aus (Schneekloth/Müller 2000: 110). In der hier durchgeführten Befragung sollten laut Anweisung zwar prinzipiell alle Beschäftigten eines Dienstes antworten, doch auch in der vorliegenden Stichprobe macht der Anteil der Beschäftigungsbereiche außerhalb der Pflege nur einen sehr geringen Anteil aus, so dass auch hier in erster Linie Pflegekräfte vertreten sind.

²¹ Bei den Angaben zur Kategorie ‚Sonstiges‘ wurde in den seltensten Fällen eine konkrete Nennung des Berufes angegeben, am häufigsten fand sich noch ‚Arzthelferin‘ als sonstige Qualifikation.

²² So korreliert die Größe der Pflegedienste leicht negativ mit dem Anteil an Fachkräften (gemessen am Anteil an Altenpflegerinnen und Krankenschwestern an den Beschäftigten insgesamt). Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei 0,22 (mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <1%).

4.1.7 Zugehörigkeit der Pflegedienste zu Berufsverbänden, Existenz von Leitbildern, Zertifikaten und Ermöglichung von Weiterbildungen

65,4% der Dienste geben an, Mitglied in einem *Berufsverband* zu sein, knapp 29% verneinen dieses und 5,6% machen dazu keine Angaben. Hier gibt es keine wesentlichen Unterschiede in Ost- und Westdeutschland, jedoch solche zwischen den *Trägerverbänden*: Die privaten gewerblichen Dienste geben häufiger (82% der Antworten) an, Mitglied eines Berufsverbandes zu sein, während von den gemeinnützigen Trägern dieses lediglich 58% bejahen.

Noch höher fallen die Anteile der Dienste aus, welche über ein *Leitbild* verfügen, dieses bejahen 93,5%, nur 6,5% der Dienste verneinen dieses. Ähnlich hoch – ebenso *ohne* relevante Unterschiede zwischen den Trägergruppen sowie in Ost- und Westdeutschland – fällt auch die Zustimmung zur Ermöglichung von *Weiterbildungsmaßnahmen* für die Mitarbeiter aus, wobei hier ein bunter Strauß an Maßnahmen angegeben wird, der kaum systematisch erfasst werden kann. Dagegen verfügen nur 11,4% der 105 antwortenden Dienste über ein *Qualitätssiegel* oder Zertifikat. Die zuletzt genannten Variablen ließen keine Unterschiede hinsichtlich der Trägerverbände oder der Regionen (Ost-/Westdeutschland) erkennen.

Allerdings sind interessante Unterschiede zu verzeichnen bei der Wahrnehmung der Weiterbildung von Mitarbeitern.²³ Während die Leitungen der Dienste durchweg, d.h., mehr oder weniger deutlich über 90%, angeben, sie würden Weiterbildungsmaßnahmen ihrer Mitarbeiter ermöglichen, bejahen nur gut 52% der Beschäftigten, dass sie eine Weiterbildung in ihrem Arbeitsbereich auch absolviert hätten. Hierbei schneiden die Mitarbeiter der Dienste im Osten Deutschlands etwas besser ab, welche dem zu 59,9% zustimmen, gegenüber jenen im Westen mit knapp 50% bejahenden Angaben. Ferner absolvierten die Mitarbeiter in *gemeinnützigen* Trägern etwas häufiger eine Weiterbildung als jene von privaten gewerblichen Trägern. Die recht geringe Zahl gültiger Fälle bei den Angaben nach Trägern resultiert daraus, dass nicht für alle antwortenden Mitarbeiter auch gültige Angaben aus ausgefüllten Organisationsbögen von seiten der Leitungen vorlagen oder nicht über das Kennzeichnungsverfahren zuzuordnen waren

Ob diese Diskrepanz nun auf die mangelnde Motivation oder Wahrnehmung von Angeboten von seiten der Mitarbeiter oder auf sonstige Restriktionen zurückzuführen ist, kann nicht gesagt werden. Zumindest konnte die große Mehrheit der Mitarbeiterinnen, nämlich 70%, die Weiterbildung während der Arbeitszeit absolvieren. Allerdings gilt dieses nur für 61% der ostdeutschen, dage-

gen für 74% der westdeutschen Beschäftigten, womit signifikante Unterschiede verbunden sind. Ähnliche Unterschiede bestehen auch zwischen gewerblichen Trägern, deren Mitarbeiterinnen ihre Weiterbildung in geringerem Maße (69%) während der Arbeitszeit durchführen können, und den gemeinnützigen Trägern, wo dieses 76% der weitergebildeten Mitarbeiterinnen möglich war.²⁴

Tabelle 4.9: Weiterbildung der Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland

			Ostdeutschland	Westdeutschland	Gesamt
Weiterbildung	Ja	Anzahl	71	176	247
		In %	59,2%	49,9%	52,2%
	Nein	Anzahl	49	177	226
		In %	40,8%	50,1%	47,8%
Gesamt	Anzahl		120	353	473
	In %		100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: FfG- Erhebung 2001

Tabelle 4.10: Weiterbildung der Beschäftigten nach Trägern

			Gemeinnützige Träger	Gewerbliche Träger	Gesamt
Weiterbildung	Ja	Anzahl	89	64	153
		In %	54,9%	48,9%	52,2%
	Nein	Anzahl	73	67	140
		In %	45,1%	51,1%	47,8%
Gesamt	Anzahl		162	131	293
	In %		100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: FfG- Erhebung 2001

4.1.8 Einsatzbereitschaft der Pflegedienste

Fast alle Pflegedienste bieten zumindest montags bis freitags eine Sprechzeit im Büro an: Nur 1,9% verneinen dieses, 5,6% machen dazu keine Angaben. Nur noch sehr wenige Dienste sind

²³ Gefragt wurde nach „Weiterbildung“, in den Antworten dürften aber auch „Fortbildungen“, also weniger umfangreiche und ohne formelle Abschlüsse verbundene Qualifizierungsmaßnahmen enthalten sein.

²⁴ Schließlich bieten die Dienste, die sich über den Zeitschriftenauftrag an der Untersuchung beteiligten, ihren Mitarbeitern etwas seltener die Möglichkeit, die Weiterbildung auch während ihrer Arbeitszeit durchzuführen. Zwischen den in der Untersuchung unterschiedlich rekrutierten Stichproben bestanden jedoch keine dahingehenden wesentlichen Differenzen.

jedoch auch am Wochenende *im Büro* zu sprechen. Ebenso ist die Länge der Sprechzeiten (Montag bis Freitag) unterschiedlich. Während ein Viertel der Dienste höchstens vier Stunden im Büro anzutreffen ist, ist ein anderes Viertel auch über 8 Stunden im Büro zu sprechen, der mittlere Wert liegt bei 7 Stunden. Erwartungsgemäß spielt hier die *Größe* des Pflegedienstes eine wesentliche Rolle für die Länge der Präsenzzeiten: In der Tendenz kann die Hypothese, je größer der Pflegedienst, desto länger die Präsenzzeit im Büro, mit den vorliegenden Daten von 107 Pflegediensten bestätigt werden.²⁵

Außerhalb dieser Sprechzeiten sind wiederum fast alle Pflegedienste durch Mobiltelefone oder Funk, Anrufweiterleitung sowie über Anrufbeantworter erreichbar. Darüber hinaus werden weitere Möglichkeiten wie Notruftelefone oder Call-Center *zusätzlich* genutzt, nur zwei Pflegedienste sind außerhalb der Sprechzeiten *allein* durch Anrufbeantworter zu ‚erreichen‘. Allerdings gibt es eine nicht ganz geringe Anzahl von 7,5%, die diese Frage unbeantwortet und damit offen lässt.

Entsprechend wird die Frage nach der 24-Stunden-7-Tage-Bereitschaft wiederum von fast allen dazu *antwortenden* Pflegediensten bejaht, nur zwei Dienste verneinen diese Frage und immerhin 13% lassen diese Frage unbeantwortet. Laut Infratest-Daten gaben 73 und 70% der Pflegedienste an, dass Wochenendpflege und eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zum Leistungsangebot gehöre (Schneekloth/Müller 2000: 95), so dass durchaus auch bei den vorliegenden Daten gefolgert werden darf, dass die Dienste, welche die Frage nicht bejahten, eine solche Pflege wahrscheinlich auch nicht anbieten.

Diese Vermutung wird durch die Frage nach der Dauer der Pflegeeinsätze erhärtet: Während fast alle Pflegedienste sehr umfassende Tageseinsätze anbieten, die in der Regel von 5 Uhr bis 7.30 Uhr beginnen und um 19 bis 23 Uhr enden, ist der Anteil der Dienste, der auch die Ableistung von Nachteinsätzen bejaht, nicht mehr so hoch, nämlich etwa 50%; zudem erstrecken sich diese Einsätze nicht unbedingt auf die ganze Nacht, einige Pflegedienste geben die späten Abendstunden (21 Uhr) oder kurz nach Mitternacht als Ende der Nachteinsätze an (vgl. dazu auch die folgenden Angaben der Beschäftigten):

²⁵ Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient beträgt 0,47 und ist mit 1% Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant.

Tabelle 4.11: Nachteinsätze durch ambulante Pflegedienste

Nachteinsätze	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	53	49,5
	Nein	40	37,4
	Gesamt	93	86,9
Fehlend	14	13,1	
Gesamt	107	100,0	

Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.1.9 Arbeitszeiten und Überstunden der Beschäftigten

Ziemlich flexibel und in der vollen Bandbreite von 24 Stunden liegend zeigen sich erwartungsgemäß die Arbeitszeiten der Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Dennoch ist eine gewisse Konzentration festzustellen. In der Regel beginnen die Beschäftigten in ambulanten Pflegedienste zwischen 5.30 Uhr und 7.00 Uhr, was 75% als frühesten Arbeitsbeginn angeben. Allerdings gibt es auch eine Minderheit, die regelmäßig erst nachmittags oder abends ihre Arbeit beginnt. Stärker streut das Ende der Arbeitszeit der Beschäftigten, wobei jedoch der Schwerpunkt in den Abendstunden liegt. 60% der Beschäftigten geben als spätestes Ende Werte zwischen 16 und 22 Uhr an. Ein Drittel der Pflegekräfte gibt an, auch in den späten Abendstunden und nachts zu arbeiten. Dieser Anteil ist in Westdeutschland mit 35% gegenüber 31% in Ostdeutschland geringfügig höher, keine Unterschiede sind jedoch hinsichtlich der Verbandszugehörigkeit der Dienste der Beschäftigten festzustellen. Dagegen fällt die Stichprobe aus den vier großstädtischen Regionen mit einem Anteil von 51% der Mitarbeiter, der auch Abend- und Nachtarbeit leistet, deutlich aus dem übrigen Rahmen. Regelmäßig arbeiten die Pflegekräfte auch an Samstagen und Sonntagen, dieses bejahen jeweils 87%. Der Anteil ist bei gewerblichen Trägern (88%) etwas höher als bei den gemeinnützigen (83%), annähernd gleich dagegen in Ost- (89%) und Westdeutschland (87%) und bei den regionalen und gesamtdeutschen sowie der aus den Zeitschriftenaufufen rekrutierten Stichproben.

Darüber hinaus leisteten fast zwei Drittel (65%) der in der ambulanten Pflege Beschäftigten nach eigenen Angaben in den letzten drei Monaten *Überstunden*. Diese liegen bei 90% der Mehrarbeit Leistenden zwischen 2 und 10 Stunden pro Woche, der mittlere Wert beträgt fünf Überstunden (vgl. Abbildung 4.8). Zwar wurden diese Überstunden in den meisten Fällen (83% der Antworten) auch ausgeglichen (und zwar in 75% der Fälle durch Freizeit), jedoch heißt dieser Befund auch,

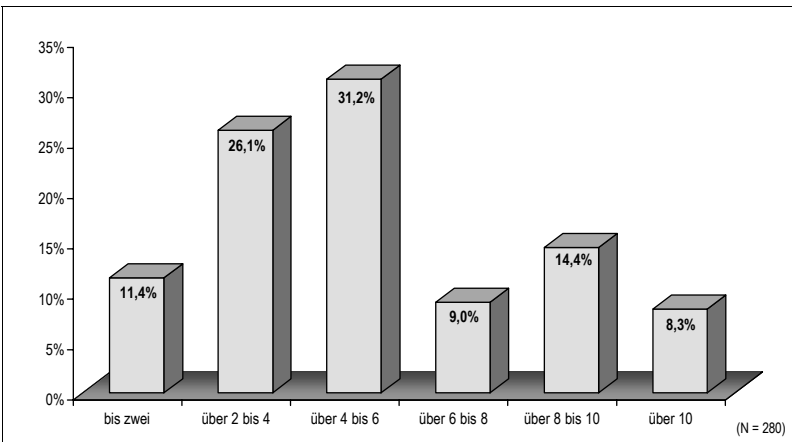
dass immerhin 17%, also jede fünfte Pflegekraft ihre Überstunden ohne Ausgleich als Zusatzleistung erbrachten.

Tabelle 4.12: Überstunden von Beschäftigten in der ambulanten Pflege

Leistung von Überstunden in den letzten drei Monaten		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ja	331	62,1	65,0
	Nein	178	33,4	35,0
	Gesamt	509	95,5	100,0
Fehlend		24	4,5	
Gesamt		533	100,0	

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.8: Umfang geleisteter Überstunden pro Woche



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Etwas häufiger als in Ostdeutschland absolvierten die Beschäftigten in *westdeutschen* Pflegediensten Überstunden. Ferner leisteten die Kolleginnen in *gemeinnützigen* Pflegediensten häufiger Überstunden als diejenigen in privaten gewerblichen Organisationen (Tabellen 4-13 u. 4-14). *Keine* signifikanten Gruppenunterschiede treten dagegen schließlich beim *Umfang* und bei der

Frage des Ausgleichs der Überstunden auf, sowohl im Ost-West-Vergleich als auch zwischen den Trägertypen.²⁶

Tabelle 4.13: Überstunden in Ost- und Westdeutschland

Leistung von Überstunden in den letzten drei Monaten		Ostdeutschland	Westdeutschland
Ja	Anzahl	66	242
	% von Ost-West	55,9%	67,2%
Nein	Anzahl	52	118
	% von Ost-West	44,1%	32,8%
Gesamt	Anzahl	118	360
	% von Ost-West	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Tabelle 4.14: Überstunden: Profit- vs. Nonprofit-Träger

Leistung von Überstunden in den letzten drei Monaten		Gemeinnützige Träger	Private gewerbliche Träger
Ja	Anzahl	121	77
	% von Profit- vs. Nonprofit-Träger	73,8%	58,3%
Nein	Anzahl	43	55
	% von Profit- vs. Nonprofit-Träger	26,2%	41,7%
Gesamt	Anzahl	164	132
	% von Profit- vs. Nonprofit-Träger	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.1.10 Versorgtes Klientel und Leistungen der Pflegedienste

Entsprechend der sehr unterschiedlichen Größe der Pflegedienste bewegt sich auch die von den Diensten angegebene Summe der von ihnen versorgten Pflegebedürftigen in einer großen Bandbreite; wiederum liegt eine schiefe Verteilung vor, so dass der mittlere Wert (Median) mit 54 betreuten Pflegebedürftigen die zentrale Tendenz besser wiedergibt (vgl. Tabelle 4.15). Dieser Wert

²⁶ Darüber hinaus zeigen sich erneut nur leichte, *nicht* signifikante, Unterschiede zwischen den unterschiedlich rekrutierten Stichproben aus den vier Großstädten, den Zeitschriftenaufrufen und der gesamtdeutschen Stichprobe.

liegt etwas über dem arithmetischen Mittel von Infratest (44,2), wobei dort jedoch nur die Empfänger mit Leistungen der Pflegeversicherung, hier jedoch auch solche mit der sogenannten ‚Stufe 0‘, d.h., Hilfe- und Pflegebedürftige, welche meist per Amtsarzt als pflegebedürftig anerkannt wurden, aber knapp unter der Leistungsschwelle des SGB XI bleiben, berücksichtigt sind.²⁷

Tabelle 4.15: Summe der im Pflegedienst versorgten Hilfe- und Pflegebedürftigen

Lage- und Streuungsmaße	Hilfe und Pflegebedürftige gesamt (nach SGB XI, inkl. Stufe 0)
Mittelwert	68,5
Standardabweichung	62,2
Minimum	8,0
25%-Quartil	29,3
Median	54,0
75%-Quartil	88,5
Maximum	412,0
Gültige Fälle (N)	95
Fehlend	12

Quelle: FfG-Erhebung 2001

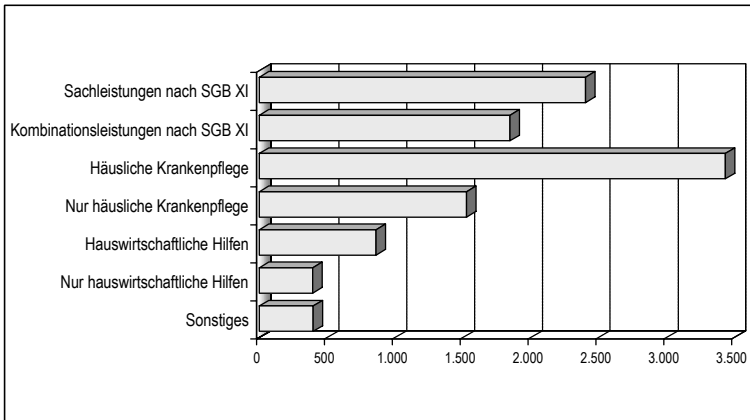
Zwar sind bei den vorliegenden Angaben zur Zahl der betreuten Klientel vereinzelt Fehler in der Konsistenz der Antworten aufgetreten, die eine vorsichtige Bewertung nahe legen. Die Angaben der Summe der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen im Sinne des SGB XI und die Summe der Empfänger von Sach- und Kombinationsleistungen stimmen nicht immer überein. Gleichwohl scheint die Abweichung nicht so erheblich wie bei den Personalangaben: 39% der gültigen Wertepaare aus den Angaben von 85 Diensten stimmen überein, bei 38% sind mehr Pflegebedürftige nach Pflegestufen angegeben und bei 24% sind weniger Pflegebedürftige nach Stufen als Empfänger von Sach- und Kombinationsleistungen zu verzeichnen. Im Durchschnitt liegen die – insgesamt nicht signifikanten²⁸ – Abweichungen bei 4 Pflegebedürftigen; 70% der Werte zeigen Differenzen bis zu 10 Pflegebedürftigen.

²⁷ Ebenso sehr stark streut die Relation von Hilfe- und Pflegebedürftigen (gesamt) zur Zahl der in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) zwischen 4,2 (25. Perzentil) und 7,4 (75. Perzentil), bei einem Median von 5,6. Dies ist ein zwar sehr grobes Richtmaß, das jedoch unter Vorbehalten auch Schneekloth / Müller (2000: 114 f.) verwenden. Diese gelangen zu einem mittleren Verhältnis von 9,6 Pflegebedürftigen je geschätzter Vollarbeitskraft, wobei nur die Leistungsempfänger des SGB XI zur nach den Umsatzanteilen von SGB XI gewichteten Zahl der Beschäftigten in Beziehung gesetzt werden. Allerdings ist eine solche Differenzierung der Personalstärke hier nicht möglich, so dass ein exakter dahingehender Vergleich unterbleiben muss.

²⁸ Die beiden Gruppen zeigen bei einem Test verbundener Stichproben nach Wilcoxon *keine* signifikanten Unterschiede in der zentralen Tendenz, so dass die Nullhypothese nicht verworfen werden kann.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass die Leistungen für Grundpflege nur einen Teil im Leistungsspektrum der Pflegedienste ausmachen, wobei der häuslichen Krankenpflege oder Leistungen im Bereich des SGB V eine große Bedeutung zukommt (vgl. Abbildung 4.9). So zeigt die Leistungsstruktur der Pflegedienste, dass der größte Anteil der Nennungen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege entfällt. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass es sich um Mehrfachnennungen handelt, d.h., dass ein Pflegebedürftiger mehrere genannte Leistungen erhalten kann.

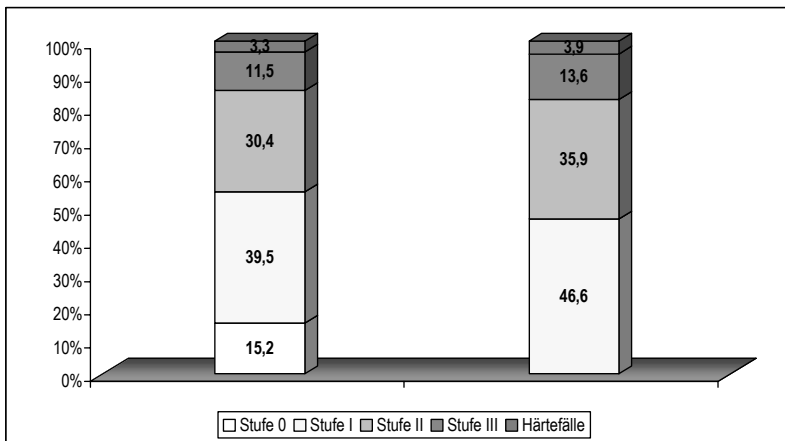
**Abbildung 4.9: Leistungsstruktur der ambulanten Pflegedienste
(Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen mit Leistungen nach...)**



Angaben enthalten Mehrfachnennungen, d.h. einzelne Fälle erhalten z.T. mehrere Leistungen

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die Verteilung der Pflegebedürftigen mit Leistungen nach SGB XI nach *Pflegestufen* (Abbildung 4.10) entspricht schließlich einigermaßen der von Infratest ermittelten. Während dort 41% der Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger im Sinne des SGB XI) in Stufe I, 42% in Stufe II und 17% in Stufe III (davon 3,2% als Härtefälle) waren (Schneekloth/Müller 2000: 99), finden sich in der vorliegenden Stichprobe etwas mehr (46,6%) in Stufe I, etwas weniger, 36%, in Stufe II und ein ähnlicher Wert in Stufe III (inkl. Härtefälle).

Abbildung 4.10: Pflegebedürftige nach Pflegestufen im Sinne des SGB XI

Quelle: FfG-Erhebung 2001

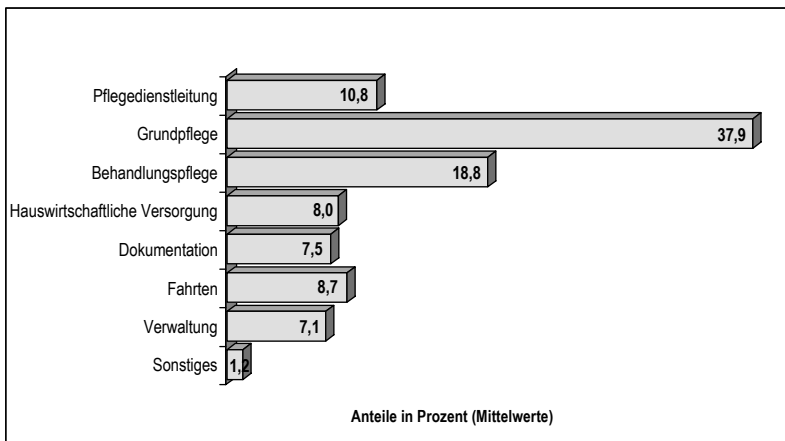
4.1.11 Beschäftigung nach Arbeitsbereichen

Bei der Schätzung des Beschäftigungsumfanges nach Arbeitsbereichen (Kategorien waren: Leitung, Grund-, Behandlungspflege, Hauswirtschaftliche Versorgung, Dokumentation, Fahrten, Verwaltung und Sonstiges) an der gesamten Arbeitszeit in Prozent traten bei einem doch erstaunlich großen Teil der Beschäftigten Probleme zutage: Nur 77,5% der 444 Antwortenden waren in der Lage, den Umfang der Beschäftigung auf die vorgegebenen Arbeitsbereiche so aufzuteilen, dass die Gesamtsumme 100% ergab. Immerhin 17,1% der Nennungen ergaben mehr oder weniger deutlich zu hohe Gesamtsummen über 100%, in einem Fall wurde für Grund- und Behandlungspflege jeweils 100% und bei Dokumentation sowie Fahrten nochmals 100% angekreuzt. Andere Pflegekräfte (5,4%) blieben mit ihren Angaben in der Gesamtsumme zum Teil unter 100%. Einige Fehler waren entweder recht geringfügig und zu tolerieren (in einem Bereich von 10 Prozentpunkten) oder hinsichtlich des Gemeintenen offenkundig, so dass leichte Korrekturen vorgenommen werden konnten. Der Rest der nicht zu bereinigenden Angaben blieb bei der Auswertung jedoch unberücksichtigt, so dass 364 gültige Fälle die folgenden durchschnittlichen prozentualen Beschäftigungsumfänge nach Arbeitsbereichen ergeben (vgl. Abbildung 4.11).

Wie erwartet nimmt im Durchschnitt die eigentliche Pflegeetätigkeit den größten Raum bei der Arbeit der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten ein. An erster Stelle steht die Grundpflege (38%) und Behandlungspflege (19%), auf hauswirtschaftliche Hilfen entfallen 8%. Ein recht gro-

ßer Anteil der gesamten Arbeit wird jedoch für die Pflegedienstleitung (11%) und Verwaltung (7%) (darin ist auch die Koordination einbezogen) der übrigen Kräfte aufgewandt; Fahrten (9%) und Dokumentation (8%) machen weitere nicht unerhebliche Teile der Arbeit in der ambulanten Pflege aus, der Rest von gut einem Prozent, der auf die Kategorie ‚Sonstiges‘ entfällt, ist zu vernachlässigen.

Abbildung 4.11: Beschäftigungsumfang nach Arbeitsbereichen



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Im großen und ganzen ähneln die Daten denen aus anderen Untersuchungen (vgl. oben Kap. 2.3.4.2). Der Anteil von ca. zwei Drittel der Arbeitszeit, der für die eigentliche Pflege zur Verfügung steht, ist nahezu gleich, ebenso ähnlich ist die Verteilung des Gewichts von Grund- und Behandlungspflege sowie der Anteil für Hauswirtschaft. Jedoch fallen auch einzelne größere Unterschiede auf, so z.B. beim Aufwand für Fahrten, der hier deutlich unter 10%, in der Erhebung von Zimmer et al. (2000) jedoch bei 24% der Arbeitszeit liegt.

Keine wesentlichen Unterschiede bestehen in der zentralen Tendenz der jeweiligen Anteile des Beschäftigungsumfangs zwischen den verschiedenen Stichproben. Dieses gilt sowohl für den Ost-West-Vergleich als auch für den zwischen Profit- und Nonprofit-Organisationen und der hier methodisch unterschiedlichen Stichproben (vier Großstädte, Gesamtdeutsche Stichprobe und der Gruppe der freiwilligen Meldungen über die Zeitschriftenaufrufe). Zwar wenden die Beschäftigten in den gemeinnützigen Trägern eher etwas größere Anteile ihrer Arbeitszeit für Leitungsaufgaben und Verwaltungstätigkeiten auf (im Durchschnitt 22,5%), wofür diejenigen der gewerblichen Trä-

gerschaft lediglich 18,7% angeben, jedoch erweisen sich die beiden Stichproben als im großen und ganzen dennoch nicht sehr unterschiedlich.²⁹

Ein, allerdings sehr schwacher, negativer statistischer Zusammenhang besteht laut der vorliegenden Daten zwischen dem Verwaltungsanteil und der Größe der Dienste (Vollzeitäquivalente), d.h., in der Tendenz kann die Hypothese, je größer der Dienst desto geringer der Aufwand für Verwaltung, untermauert werden, wenngleich die Erklärungskraft dieser Variablen eben recht gering ist im Hinblick auf die Varianz des Verwaltungsanteils.³⁰

4.2 Einschätzung der beruflichen Situation

4.2.1 Allgemeine Arbeitszufriedenheit

Trotz der in der Literatur aufgezeigten hohen Belastung von Pflegekräften äußern sich diese auf die Frage: „Wie zufrieden sind Sie, insgesamt gesehen, mit der Arbeit in Ihrem Pflegedienst?“ weit überwiegend zufrieden mit ihrer Arbeit im Pflegedienst. Auf einer Skala mit Schulnoten von 1-6 gibt nur ein sehr geringer Anteil von 7,6% an, unzufrieden mit der Arbeit im jeweiligen Pflegedienst zu sein (Werte von 4-6), ein großer Teil (17%) zeigt mit dem Wert von 3 jedoch bereits eine deutliche Distanz vom Idealmaß und damit Kritik.

Unter den wenigen Angaben der Gründe für Unzufriedenheit werden genannt: die psychische und körperliche Überlastung, Zeit- oder Personalmangel, Überstunden, unregelmäßige Arbeitszeiten und fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten, was zumindest teilweise mit den vorliegenden Daten näher untersucht werden kann. Die *Arbeitsbelastung* und -überlastung wurde hinsichtlich der subjektiven Dimension auch direkt erfasst und wird weiter unten gesondert dargestellt (vgl. Kap. 4.3.2). Diese korreliert entsprechend der oben formulierten Hypothese, wonach eine steigende subjektive Arbeitsbelastung und Überlastung eher zur Unzufriedenheit mit der Arbeit führt, zwar hoch signifikant, allerdings eher schwach.³¹ Das heißt, dass die Pflegekräfte, die sich überlastet fühlen, zwar in der Tendenz deutlich unzufriedener sind als solche, die sich nicht überlastet fühlen (die stark Überlasteten geben immerhin zu knapp 30% an, dass sie unzufrieden mit ihrer Arbeit im Pflegedienst seien), jedoch scheint selbst die weit überwiegende Mehrheit der Überlasteten gleichwohl zufrieden, woraus die recht geringe Korrelation der Variablen resultiert.

²⁹ Laut Mann-Whitney-U-Test mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 15,8%, so dass die Nullhypothese nicht verworfen werden kann.

³⁰ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei 0,15, bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 4,4%.

Tabelle 4.16: Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Arbeit im Pflegedienst

Zufriedenheit mit der Arbeit im Pflegedienst		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 = sehr zufrieden	134	25,1	26,0	26,0
	2	250	46,9	48,4	74,4
	3	93	17,4	18,0	92,4
	4	30	5,6	5,8	98,3
	5	6	1,1	1,2	99,4
	6 = sehr unzufrieden	3	,6	,6	100,0
Gesamt		516	96,8	100,0	
Fehlend		17	3,2		
Gesamt		533	100,0		

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Hinsichtlich der Arbeitsbelastung wurden ferner die Zahl der von einem Dienst betreuten Pflegebedürftigen und der Anteil der schweren Pflegefälle (Stufe III nach SGB XI und Härtefälle) erfasst, was jedoch nur grobe Anhaltspunkte der tatsächlichen Arbeitsbelastung liefert. Entsprechend korreliert die Zahl der von einem Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen pro Beschäftigten nicht mit der subjektiven Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen, jedoch ist ein sehr schwacher signifikanter Zusammenhang zum Anteil der in der *Stufe III* Versorgten zu erkennen, d.h., je größer der Anteil der in Stufe III befindlichen Pflegebedürftigen desto geringer ist die Arbeitszufriedenheit.³²

Eine weitere These in diesem Zusammenhang wäre, dass die Ableistung von *Überstunden* und das Ausmaß der Überstunden die Zufriedenheit negativ beeinflussen könnten, was sich jedoch mit den vorliegenden Daten nicht untermauern lässt. Weder die Tatsache, dass Überstunden geleistet werden, noch deren Höhe (und auch nicht der reguläre Beschäftigungsumfang sowie der Umstand von Abend- und Nachtarbeit) zeigen einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter, jedoch sinkt diese signifikant im Fall des *fehlenden Ausgleichs* von Überstunden. Bei dieser Gruppe sind immerhin 20% der Antworten den Kategorien unzufrieden (Werte 4-6) zuzuordnen, also erneut deutlich mehr als im Durchschnitt der übrigen Nennungen.

Die fehlende Möglichkeit zur *Aus- und Weiterbildung* wurde in einigen Fällen auch als Grund für die Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation genannt. Doch auch diese Variable übt nach den vorliegenden Daten überwiegend *keinen* Einfluss auf das Ausmaß der Zufriedenheit der Beschäftigten in der ambulanten Pflege aus, was auch für die Variable ‚Weiterbildung während der Arbeitszeit‘ gilt. Weitere erklärende Variablen könnten im Bereich der professionellen Qualität, so-

³¹ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei $-0,17$, auf einem Fehlerniveau von unter 1%.

wohl auf der Ebene der Mitarbeiter (unterschiedliche Qualifikation) als auch derjenigen der Dienste (Anteil an Fachkräften, Mitgliedschaft in Berufsverbänden etc.) liegen. Die erste Hypothese wäre, dass fachlich qualifizierte Mitarbeiter eine höhere berufliche Zufriedenheit entwickeln könnten als nicht ausgebildete Kräfte. Die zweite Hypothese lautet, dass Dienste, welche mit einem höheren Anteil an Fachkräften und Vollzeitpersonal ausgestattet sind, zufriedener Mitarbeiter aufweisen. Jedoch bleibt sowohl der Berufsabschluss der Mitarbeiterinnen als auch der Anteil an Fachkräften in den Diensten – und im übrigen auch jener der Vollzeitbeschäftigten – ohne erkennbaren Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter.³³

Kein statistischer Zusammenhang im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit besteht für die Ebene der Mitarbeiter, für die Variable der Dauer der Berufserfahrung und die Zahl der im Berufsleben besetzten Stellen. Einen gewissen Einfluss übt dagegen offenbar die *Dauer der Betriebszugehörigkeit* auf die Zufriedenheit mit der Arbeit aus: Mit steigender Betriebszugehörigkeit nimmt die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter ab, wenngleich auch hier die Korrelation sehr schwach ausgeprägt ist.³⁴

Ferner bleibt die Bewertung des Pflegedienstes hinsichtlich der *Qualität* der Leistungen in einzelnen Bereichen (siehe Kap. 4.4.3) offenbar nicht ohne Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten, zumindest lässt sich die Hypothese, dass eine gute Bewertung der Qualität des eigenen Pflegedienstes auch eine bessere Arbeitszufriedenheit hervorbringt, mit den vorliegenden Daten eindeutig stützen: So korreliert insbesondere die positive Bewertung der eigenen Organisation und Einsatzplanung jeweils recht stark signifikant mit einer höheren Arbeitszufriedenheit.³⁵ Infolgedessen ließe sich einwenden, dass der Wirkungszusammenhang zwischen den Variablen nicht eindeutig geklärt ist (sofern er existiert und keine Scheinkorrelation vorliegt): Vorstellbar ist nämlich auch, dass generell, aus welchen Gründen auch immer, zufriedene Mitarbeiterinnen dazu neigen, die Leistungen des eigenen Pflegedienstes besser zu bewerten. Auch hier ist zu sagen, dass diese komplizierten Wechselwirkungen mittels weiterer Analysen näher untersucht werden müssten.

Wiederum nur sehr leichte, aber signifikante, Unterschiede treten bei der Zufriedenheit der Beschäftigten in Pflegediensten schließlich auch dahingehend auf, dass die Beschäftigten in Ost-

³² Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei 0,13, auf einem Fehlerniveau von <4%.

³³ Zudem sind die Mitarbeiter von Diensten, welche einem Berufsverband angehören, geringfügig zufriedener, jedoch ist der Zusammenhang überaus schwach und die Signifikanz liegt an der Grenze des Vertretbaren. Auch der Umstand, dass ein Pflegedienst mit einem Qualitätssiegel oder Zertifikat ausgestattet ist, bleibt offenbar ohne erkennbare Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten.

³⁴ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei 0,17, auf einem Fehlerniveau von unter 0,1%

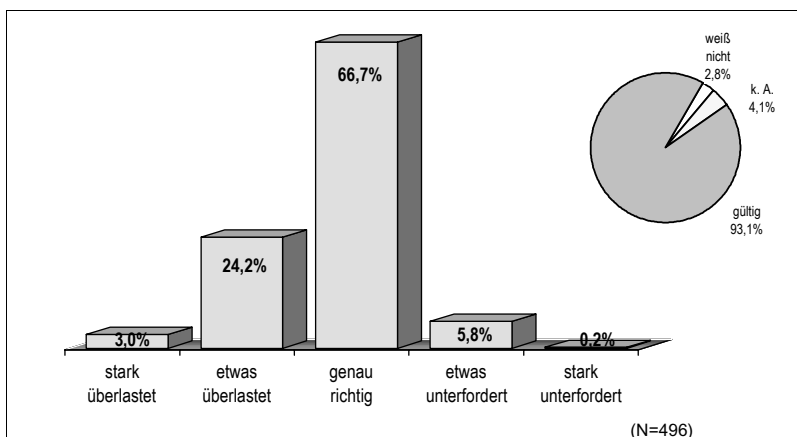
³⁵ Die Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho liegen bei 0,52 und 0,49, auf einem Signifikanzniveau von <0,01% (vgl. Tabelle 4.27).

deutschland etwas zufriedener sind als ihre Kollegen in Westdeutschland. Dasselbe gilt für die Unterschiede hinsichtlich der *Trägerschaft*, wobei die Beschäftigten in privaten gewerblichen Diensten etwas zufriedener sind als diejenigen von gemeinnützigen Trägern. Zudem sind die Beschäftigten in *größeren* Pflegediensten etwas zufriedener als die von kleineren Diensten. Kaum eine Auffälligkeit ist im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit bezüglich der Variablen Alter und Geschlecht der Befragten festzustellen. Zwar sind ältere und weibliche Arbeitnehmerinnen geringfügig zufriedener als die übrigen Kollegen, doch erweisen sich diese Unterschiede als nicht signifikant.

4.2.2 Arbeitsbelastung

Trotz der immer wieder festgestellten hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastung von Pflegekräften, fühlen sich zwei Drittel der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten mit der Pflegetätigkeit „genau richtig“ belastet, nur ca. ein *Viertel* fühlt sich *überlastet* und knapp 6% sehen sich nicht ausgelastet (Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12: Einschätzung der *eigenen* Arbeitsbelastung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege

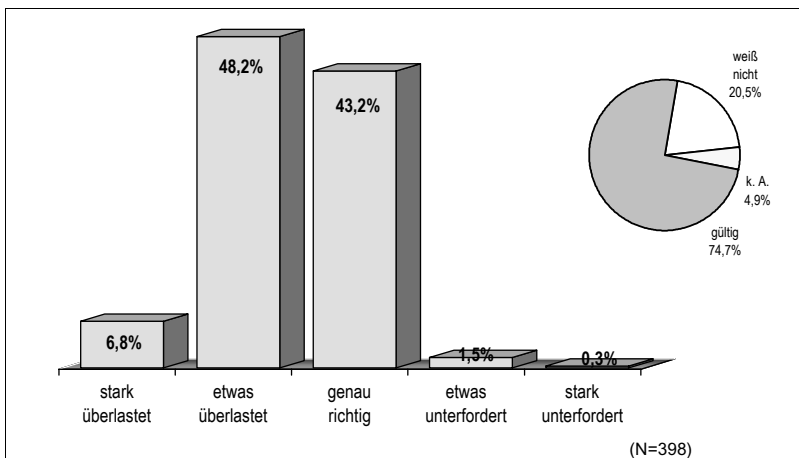


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Ein deutlich kritischeres Bild ergibt sich bei der Einschätzung der Arbeitsbelastung *anderer* Pflegekräfte (Abbildung 4.13). Hier meinen immerhin 219, d.h., 55% der 398 gültigen Nennungen der Beschäftigten (ohne die Nennungen mit „weiß nicht“), die Kollegen seien eher überlastet, nur ein

gutes Drittel schätzt die Belastung der Kollegen als „genau richtig“ belastet ein. Allerdings erlaubt sich dazu ein großer Teil erwartungsgemäß kein Urteil. Die Neigung zur Zustimmung kann ebenso wie die Unterschiede von ‚Fremd- und Selbsteinschätzung‘, zumal bei Fragen, welche mit dem Phänomen „sozialer Erwartung“ behaftet sind, kaum überraschen.³⁶ Vermutlich wird insbesondere die eigene Überlastung eher selten gesehen oder zugegeben, während andere schon eher als überlastet eingestuft werden. Ferner könnte aber auch ein Stichprobeneffekt insofern zum Tragen kommen, als sich tatsächlich eher die weniger überlasteten Pflegekräfte bei der Befragung beteiligten.

Abbildung 4.13: Einschätzung der Arbeitsbelastung anderer Beschäftigter in der ambulanten Pflege



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Zwar können die Gründe der Arbeitsbelastung und -überlastung und dazu angestellte statistische Auswertungen weitere Hinweise zum Hintergrund der Arbeitsbelastung liefern. Dieser kann hier jedoch, soviel vorweg, nicht erschöpfend geklärt werden und muss in weiteren Forschungen näher untersucht werden. Bevor im folgenden die Hintergründe der Überlastung in der ambulanten Pflege beleuchtet werden, soll geprüft werden, inwiefern Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung trotz der sichtbaren Differenzen überhaupt noch übereinstimmen. Geben diejenigen, welche sich selbst überlastet sehen, auch häufiger an, dass auch andere Pflegekräfte überlastet sind und umgekehrt? Trotz der Abweichungen, die vor allem darin liegen, dass zwar andere Be-

³⁶ Zum Einfluss sozialer Erwartungen auf die Befragungsergebnisse siehe z.B. Schnell/Hill/Esser 1992: 363 f.

schäftigte als überlastet eingestuft werden, man sich selbst jedoch genau richtig belastet oder gar nicht ausgelastet sieht, kann diese Hypothese mit den vorliegenden Daten untermauert werden, beide Variablen korrelieren ungeachtet möglicherweise ‚verzerrter Wahrnehmungen‘ immer noch recht stark (vgl. Tabelle 4.17).³⁷

Tabelle 4.17: Selbst- und Fremdeinschätzung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten in der ambulanten Pflege

Eigene Belastung		Belastung anderer Pflegekräfte			Gesamt
		Überlastet	genau richtig	unterfordert	
überlastet	Anzahl	106	7	1	114
	% von Belastung anderer Pflegekräfte	50,2%	4,3%	20,0%	30,2%
genau richtig	Anzahl	87	150	2	239
	% von Belastung anderer Pflegekräfte	41,2%	92,6%	40,0%	63,2%
unterfordert	Anzahl	18	5	2	25
	% von Belastung anderer Pflegekräfte	8,5%	3,1%	40,0%	6,6%
Gesamt	Anzahl	211	162	5	378
	% von Belastung anderer Pflegekräfte	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Als Gründe für Überlastungen werden – bei insgesamt recht wenigen Nennungen – an erster Stelle Zeitdruck und Personalmangel genannt, was Befunden aus der oben dargestellten Literatur entspricht. Ebenso gehört dazu die psychische und körperliche Belastung sowie hohe zeitliche Beanspruchung, mit Überstunden und einer enormen Flexibilität der Arbeitszeit. Einige wenige nennen auch die fehlende Weiterbildung als Grund für das Gefühl der Überlastung bei der Arbeit. Das heißt, dass ähnliche Gründe genannt werden wie bei der Frage nach den Gründen für die mangelnde Zufriedenheit mit der beruflichen Situation.

Infolgedessen sollen auch hier die vorliegenden Daten genutzt werden, um den Hintergrund der Überlastung näher zu beleuchten. Zunächst ist die Überforderung erwartungsgemäß bei den Beschäftigten mit *Überstunden* häufiger vorhanden. Hier geben immerhin 32% der Befragten an, selbst überlastet zu sein.³⁸ Ebenso wirkt sich der Umstand, ob Überstunden abgeglichen werden, auf das Gefühl der Überlastung aus. Diejenigen Beschäftigten, welche unentgeltlich Überstunden

³⁷ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,4, bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <0,1%; die Angaben „weiß nicht“ blieben ausgeblendet.

³⁸ Der Chi-Quadrat-Test fällt auf einem Niveau von <0,2% Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant aus; das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,17. Der Chi-Quadrat-Test prüft, ob beobachtete Häufigkeiten mit theoretisch vorgegebenen übereinstimmen. Bei der Prüfung des Zusammenhangs zweier Merkmale wie hier, werden diese theoretischen Häufigkeiten aus der Randverteilung (erwartete Häufigkeiten der Gesamtstichprobe) ermittelt. Cramers V misst die Stärke des Zusammenhangs auf der Basis des Chi-Quadrat-Wertes und ist zwischen 0 und 1 normiert (1 steht für einen perfekten, 0 für keinen Zusammenhang); vgl. Bortz 1989: 200 ff.

leisten, geben zu 48% an, überlastet zu sein.³⁹ Dagegen bleibt die *Höhe* der Überstunden offenbar ohne Einfluss, ebenso wie die Höhe der Arbeitsbelastung des Dienstes, gemessen an der Zahl der Pflegebedürftigen pro Beschäftigten pro Dienst und dem Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe III pro Dienst; ferner sind laut der vorliegenden Daten hinsichtlich der Variablen Sonntags- und Nacharbeit keine Unterschiede bei der Überlastung der Beschäftigten festzustellen. Darüber hinaus steigt das Empfinden von Überlastung wiederum, wenngleich nur sehr leicht, mit dem steigenden regelmäßigen Beschäftigungsumfang.⁴⁰

Hinsichtlich der *Ausbildung* der Beschäftigten treten *nicht* die *erwarteten* Unterschiede bei der Selbsteinschätzung der Arbeitsbelastung zutage. So fühlen sich zwar unausgebildete Kräfte eher etwas häufiger (33,3%) als andere überlastet, doch gilt fast dasselbe für Altenpflegerinnen, von denen 33,1% angeben, sie seien überlastet. Dagegen liegen die Werte der beiden Berufsgruppen der Helferinnen (Krankenpflege und Altenpflege) sowie solche der Hauswirtschaft und Sozialpädagogik sehr deutlich *unter* dem Durchschnitt mit Anteilen überlasteter Beschäftigter von 11-17%.⁴¹ Ein ähnliches Ergebnis wird erzielt, wenn die Belastung der Beschäftigten mit dem Fachkräfteanteil in den *Pflegediensten* in Relation gesetzt wird, wo mit einem steigendem Anteil an Fachkräften auch die Empfindung der Belastung der Beschäftigten *steigt*.⁴² Jedoch bleibt die Teilnahme an *Weiterbildungsmaßnahmen* offenbar *ohne* erkennbaren Einfluss auf das Empfinden von Belastungen der Beschäftigten. Dagegen wirkt sich der Umfang der *Berufserfahrung* auf die Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung aus: Mit der steigenden Dauer der Berufserfahrung, sowohl insgesamt als auch im jeweiligen Pflegedienst, steigt auch signifikant die Einschätzung der eigenen Belastung der Beschäftigten.⁴³

³⁹ Der Chi-Quadrat-Test fällt auf einem Niveau von < 2% Irrtumswahrscheinlichkeit signifikant aus; das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,21.

⁴⁰ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt -0,12, bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <2% (Die Belastungswerte waren folgendermaßen codiert: 1= sehr stark überlastet, 2=etwas überlastet usw.). Die Angabe „weiß nicht“ wurde als fehlend betrachtet.

⁴¹ Der Vergleich der Stichproben mit dem Kruskal-Wallis-Test fällt auf einem Niveau von 5% signifikant aus. Dieser Test untersucht, ob mehrere unabhängige Stichproben Unterschiede in der zentralen Tendenz aufweisen. Dazu werden zunächst alle Werte der Testvariablen in eine gemeinsame Rangordnung gebracht. Jedem Variablenwert wird dabei ein Rangwert entsprechend seiner Position in der Rangordnung zugewiesen. Anschließend werden die durchschnittlichen Rangwerte getrennt für die Gruppen errechnet. Anhand des Wertes Kruskal-Wallis-H, der annähernd Chi-Quadrat verteilt ist, wird ein Signifikanzwert für die Nullhypothese berechnet, wonach die mittleren Ränge in der Grundgesamtheit gleich sind. Weist man im vorliegenden Fall die Nullhypothese zurück, so unterliegt man mit einer Wahrscheinlichkeit von <5% einem Fehler (vgl. Brosius 1998: 765 f.).

⁴² Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt -0,13, bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <5%. Die Mitgliedschaft des Pflegedienstes in einem Berufsverband bleibt jedoch ohne Auswirkung auf die Belastung der Pflegekräfte.

⁴³ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei der zuerst genannten Variablen bei -0,12 (auf einem Signifikanzniveau von <5%), im zweiten Fall bei -0,2 (bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5%).

Weniger als auf die Arbeitszufriedenheit wirkt sich nach den vorliegenden Daten und statistischen Analysen die Einschätzung der *Qualität des Pflegedienstes* auf das Gefühl der Überlastung aus – und umgekehrt. Hier sind nur einige signifikante und eher schwach ausgeprägte Korrelationen festzustellen, wobei die eher überlasteten Beschäftigten insbesondere für die Beratung und Vertragsgestaltung in ihrem Pflegedienst, die Organisation, Kontinuität der Einsatzplanung und die sonstige Betreuung und Gesprächsbereitschaft eher schlechtere Noten vergeben.⁴⁴ Ferner stellen stärker belastete Pflegekräfte auch eher etwas häufiger Mängel und Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen in ihrem Pflegedienst fest, wenngleich auch dieser Zusammenhang nicht sehr stark ausfällt.⁴⁵

Keine Auswirkungen auf die Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung geht dagegen offenbar von der *Größe* der Pflegedienste und auch dem Anteil an Vollzeitbeschäftigten in den Diensten aus. Sehr leichte, insgesamt aber nicht signifikante, Unterschiede in der Verteilung der Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung treten zwischen den Beschäftigten in *Ost- und Westdeutschland* auf. So fühlen sich knapp 30% der Beschäftigten in Westdeutschland, dagegen nur 18% in Ostdeutschland, überlastet. Entsprechend sind in Westdeutschland deutlich mehr Beschäftigte unausgelastet (7,6%) als in Ostdeutschland (2,5%), wo insgesamt ein noch klarerer Trend zur Mitte („genau richtig“) festzustellen ist, was 77% der Beschäftigten in Ostdeutschland, jedoch nur 60% in Westdeutschland angeben.

Ganz ähnlich fallen zwar zwischen den Beschäftigten in *gemeinnützigen* und Profit-Unternehmen Unterschiede in der Selbsteinschätzung der Arbeitsbelastung auf, die statistischen Tests zeigen jedoch ‚grenzwertige‘ Resultate.⁴⁶ Während sich 32,5% der Beschäftigten in gemeinnützigen Diensten überlastet fühlen, sind dies bei privaten gewerblichen Trägern lediglich 22%. Schließlich wirkt sich die *Geschlechtszugehörigkeit* nicht auf die Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung und -überlastung aus, dagegen sehr wohl das *Alter* der Beschäftigten: Mit steigendem Alter wächst auch, wenn auch nur leicht, das Gefühl der Arbeitsbelastung der Beschäftigten in Pflegediensten.⁴⁷

⁴⁴ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt (jeweils zur Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung) zwischen $-0,18$ und $-0,13$, jeweils signifikant auf einem Niveau von $<0,5\%$.

⁴⁵ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt jeweils bei $0,12$, signifikant auf einem Niveau von $<1\%$.

⁴⁶ Dazu durchgeführte nichtparametrische Tests liefern eine Irrtumswahrscheinlichkeit zwischen 5 und 6%, so dass die Nullhypothese nur mit einer als zu hoch geltenden Fehlerwahrscheinlichkeit zurückgewiesen werden könnte.

⁴⁷ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei $-0,14$ (Irrtumswahrscheinlichkeit von $<1\%$).

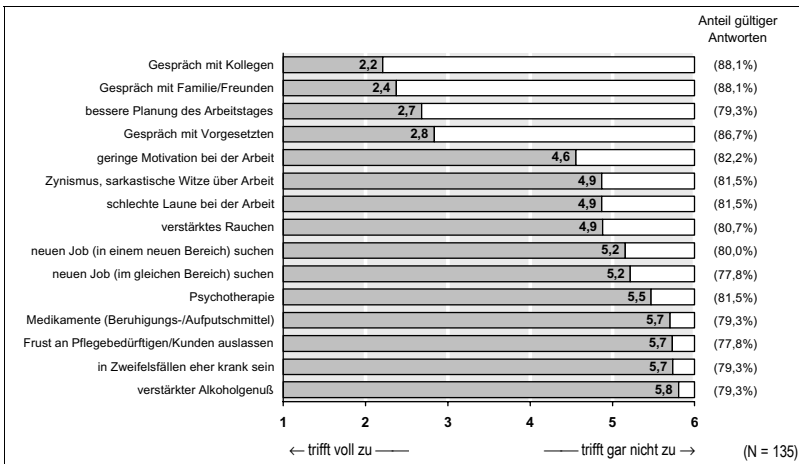
4.2.3 Umgang mit Arbeitsüberlastung

Die Mitarbeiter, welche sich in ihrer Arbeit als mehr oder weniger überlastet einstufen, sollten angeben, wie sie mit der Arbeitsüberlastung umgehen. Dazu wurden verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben, ergänzt um eine Kategorie „Sonstiges“. Einige der Antworten waren als sozial akzeptiert einzustufen, wie das „Gespräch mit Kollegen oder Vorgesetzten“, oder die „bessere Planung des Arbeitstages“, andere entsprechen sozial unerwünschtem Verhalten, wie z.B. das „Frust auch mal an den Pflegebedürftigen/Kunden auslassen“. Wiederum wurde die Selbst- und Fremdeinschätzung gesondert erhoben. Die Skala der Antworten reichte von 1 (trifft voll zu) bis 6 (trifft gar nicht zu), womit also die Werte von 1-3 zustimmenden, die Werte von 4-6 ablehnenden Charakter aufwiesen und eine Entscheidung zum Positiven oder Negativen erzwungen wurde.

Im Vordergrund der Bewältigung der Arbeitsüberlastung stehen Gespräche mit Kolleginnen mit einem Mittelwert von 2,2,⁴⁸ an zweiter Stelle folgen Gespräche mit Familie und Freunden; die Kommunikation mit Vorgesetzten und die bessere Planung des Arbeitstages erhalten ebenso sehr hohe Zustimmungswerte, relativ unabhängig davon, ob der eigene persönliche Umgang mit der Arbeitsüberlastung oder jener der Kolleginnen bewertet wird (vgl. Abbildungen 4.14 u. 4.15). Die sozial *unerwünschten* Verhaltensformen erreichen überwiegend nur geringe Zustimmungsraten. Allerdings ergeben sich wie erwartet interessante Abweichungen, je nachdem, ob die eigene Person oder die Kolleginnen eingeschätzt werden. Zwar werden überwiegend auch hier eher ablehnende Antworten bei sozial unerwünschten Verhaltensformen gegeben, doch zeigen die Mittelwerte, dass den Kolleginnen schon eher sozial unerwünschte Bewältigungsstrategien bescheinigt werden (Abbildungen 4.14-4.17).

⁴⁸ Obwohl die Variable streng genommen ordinalskaliert ist, wird hier bei nur an den Rändern beschrifteten Rangskalen wie üblich das arithmetische Mittel benutzt, womit geringe Abweichungen der Bewertungen im Unterschied zum Median besser deutlich werden.

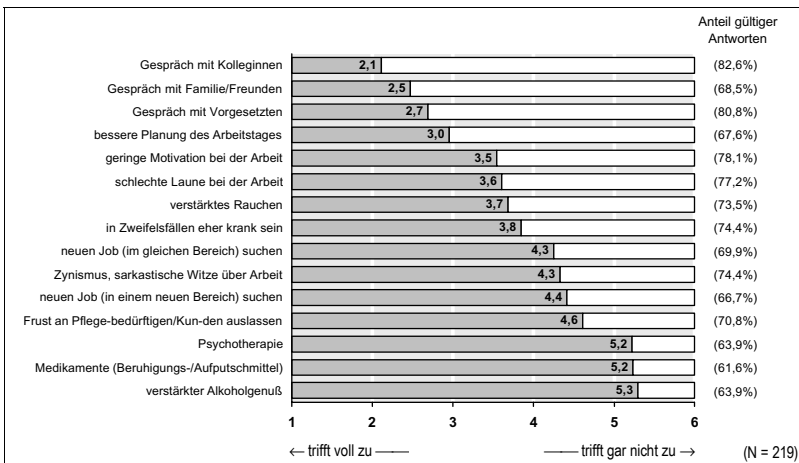
Abbildung 4.14: Umgang mit der eigenen Arbeitsüberlastung („Selbsteinschätzung“)



Mittelwerte der Bewertungen (Rangskala 1-6)

Quelle: FfG-Erhebung 2001

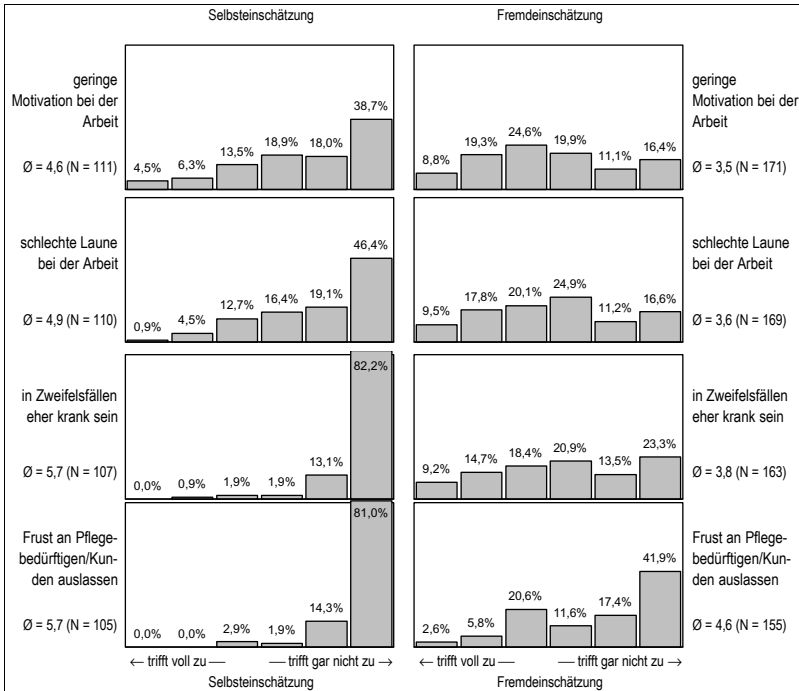
Abbildung 4.15: Umgang der Kolleginnen mit Arbeitsüberlastung („Fremdeinschätzung“)



Mittelwerte der Bewertungen (Rangskala 1-6)

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.16: Umgang mit der Arbeitsüberlastung: Selbst- und Fremdeinschätzung (Häufigkeiten, Teil I)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

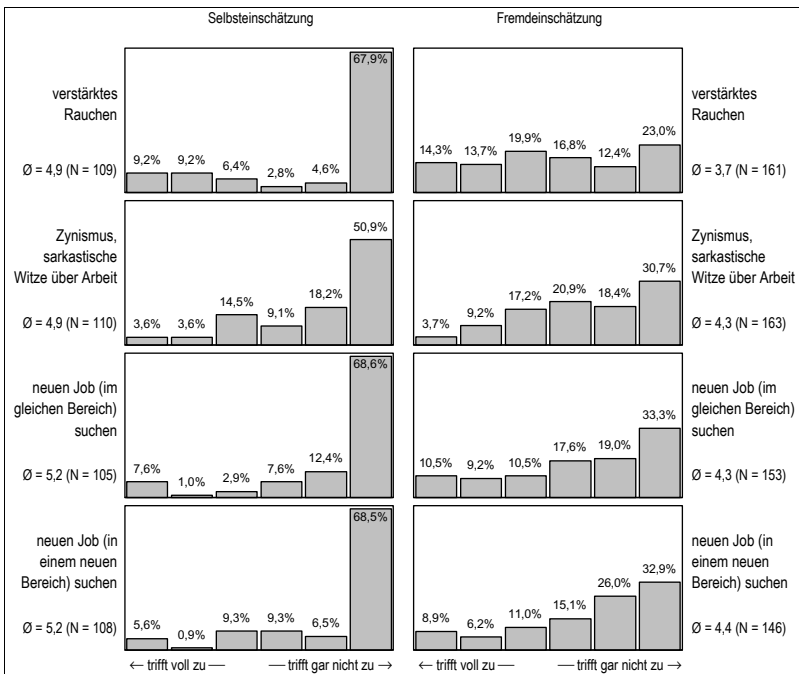
Während den Kolleginnen aufgrund der Arbeitsüberlastung von 45% der Antwortenden eine mehr oder weniger geringe Motivation und von 40% eine mehr oder weniger schlechte Laune bei der Arbeit bescheinigt wird, sehen sich selbst 24% wegen der Überlastung schlecht motiviert und 18% als schlecht gelaunt.⁴⁹ Die Distanzierung von der Arbeit in Form von „in Zweifelsfällen eher krank sein“ sehen 40% der Beschäftigten bei den Kolleginnen, jedoch nur 3% bei sich selbst als gegeben an. Auch „den Frust an den Pflegebedürftigen oder Kunden auslassen“, ein besonders verwerflicher Umgang mit der Arbeitsüberlastung, wird bei der Fremdeinschätzung der Kolleginnen immerhin bei einem Viertel der Antworten bejaht, während dieses Verhalten nur 3% bei sich selbst als eher zutreffend angeben. Ferner wird „verstärktes Rauchen“ von den Pflegekräften in bezug auf sich selbst immerhin von 25% der Antwortenden bejaht, bei den Kolleginnen wird diese Auswirkung der Arbeitsüberlastung sogar zu 47% bejaht. Zynismus oder sarkastische Witze über

⁴⁹ Die zu durchgeführten nichtparametrischen Tests nach Wilcoxon belegen Unterschiede der beiden Gruppen auf einem Niveau von unter 0,1% Fehlerwahrscheinlichkeit.

die Arbeit geben bei sich selbst 22% der Pflegekräfte zu, während dieses in 30% der Antworten den anderen attestiert wird. Einen „neuen Job im gleichen Bereich suchen“ wollen laut Selbsteinschätzung 11%, in einem „neuen Bereich“ orientieren sich 16%, während dieses Verhalten von den Kolleginnen von 30 bzw. 26% der Beschäftigten erwartet wird.

Weitere differenzierte Analysen, z.B. hinsichtlich von Unterschieden zwischen Ost- und Westdeutschland, der Trägerzugehörigkeit der Beschäftigten, der Größe der Dienste oder der Ausbildung der Beschäftigten müssen unterbleiben, weil sich gerade bei den Antworten zu sozial unerwünschtem Verhalten oft nur sehr wenige Fälle auf die betreffenden Untergruppen verteilen.

Abbildung 4.17: Umgang mit der Arbeitsüberlastung: Selbst- und Fremdeinschätzung (Häufigkeiten, Teil II)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

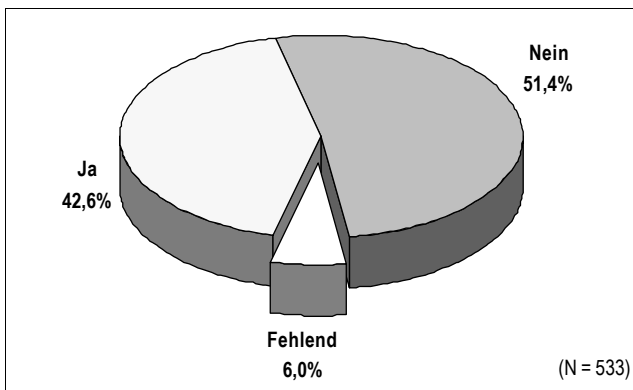
4.3 Allgemeine Beurteilung der Qualität des Pflegedienstes

Im folgenden werden zunächst Auswertungen der Befragung der Beschäftigten im Hinblick auf die *allgemeine* Beurteilung der Qualität ihres Pflegedienstes aufgezeigt, bevor im Anschluss einzelne Bereiche und dazu vorliegende differenzierte Einschätzungen vertiefend betrachtet werden.

4.3.1 Gesamteinschätzung

Trotz der Tendenz zur Beantwortung von Fragebögen im Sinne sozialer Erwartungen geben 42,6% der 533 Beschäftigten in der ambulanten Pflege an, dass nach ihren Erfahrungen Qualitätsmängel in ihrem Pflegedienst vorkämen, 51,4% verneinen diese Frage und 6% machen dazu keine Angaben. Werden diese fehlenden Anteile abgezogen, so liegt der Anteil der bestätigenden Angaben zu Qualitätsmängeln bei gut 45% (vgl. Tabelle 4.18, Abbildung 4.18). Selbstverständlich muss berücksichtigt werden, dass bei dieser allgemein gestellten Frage nach Qualitätsmängeln auch mit einer relativ hohen Zustimmung zu rechnen war, denn streng genommen können selbst im besten Pflegedienst Mängel kaum vollständig vermieden werden.

Abbildung 4.18: Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Tabelle 4.18: Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?

Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	227	42,6	45,3
	Nein	274	51,4	54,7
	Gesamt	501	94,0	100,0
Fehlend		32	6,0	
Gesamt		533	100,0	

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Weitere Auswertungen liefern jedoch vertiefende Erkenntnisse dazu. Zunächst bestimmt die qualitative Bewertung der im folgenden noch differenziert darzustellenden *einzelnen* Bereiche auch die Angabe von Qualitätsmängeln im allgemeinen. Dabei kommt der Bewertung der Pflegedokumentation, der Kontinuität der Einsatzplanung, der Pflegeplanung und der Organisation offenbar eine besonders große Bedeutung zu.⁵⁰ Das heißt, es lässt sich mittels der vorliegenden Daten die Hypothese untermauern, dass je häufiger Mängel im Pflegedienst im allgemeinen bejaht werden, desto schlechter auch die Bewertung in den einzelnen Bereichen ausfällt und umgekehrt. Dieses unterstreicht die Relevanz und die Reliabilität der Einschätzungen zur Pflegequalität und der Bejahung von Qualitätsmängel: Das heißt, dass die Bestätigung von Qualitätsmängeln im Pflegedienst mit mehr oder weniger großen Defiziten in den einzelnen Bereichen einher geht (dazu unten, Tab. 4.26).

Neben der Qualitätsbewertung der einzelnen Bereiche könnten auch Variablen eine Rolle spielen, welche zum Teil in der *Person* der Mitarbeiterinnen begründet sind, wobei hier nicht zu klären ist, in welchem Ausmaß rein subjektive oder eher objektive Aspekte im Hinblick auf die Bewertung der Pflegequalität eine Rolle spielen. Zunächst ist zu erwarten, dass die Wahrnehmung von Qualitätsmängeln im Pflegedienst mit der *Qualifikation* zunimmt. Tatsächlich zeigen die Daten, dass Krankenschwestern höhere Quoten von Mängelangaben als Altenpflegerinnen aufweisen; beide Gruppen nehmen wiederum klar häufiger Qualitätsdefizite wahr als die Gruppe mit sonstigen Berufsabschlüssen (darunter: Helferinnen, sozialpädagogische, hauswirtschaftliche Abschlüsse) und solche ohne Berufsabschluss (Tabelle 4.19).

⁵⁰ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt für die genannten Variablen zwischen $-0,39$ und $-0,43$, signifikant auf einem Niveau von $<0,01\%$; vgl. Tabelle 4.26).

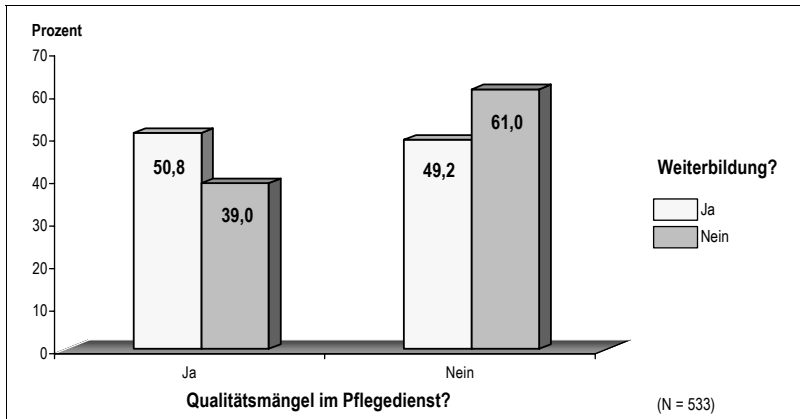
Tabelle 4.19: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Berufsabschluss

			Krankenschwester	Berufsabschluss Altenpflegerin	Sonstige u. ohne Berufsabschluss
Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?	Ja	Anzahl % von Berufsabschluss	127 52,0%	57 45,6%	37 30,6%
	Nein	Anzahl % von Berufsabschluss	117 48,0%	68 54,4%	84 69,4%
Gesamt		Anzahl % von Berufsabschluss	244 100%	125 100%	121 100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Ebenso wie die Berufsausbildung bleibt der Umstand der *Weiterbildung* vermutlich nicht ohne Auswirkung auf die Wahrnehmung von Qualitätsmängeln (vgl. Abbildung 4.19, Tabelle 4.20). So bejahen die Beschäftigten mit absolvierter Weiterbildung signifikant häufiger die Existenz von Qualitätsproblemen als diejenigen ohne Weiterbildung, welche weit überwiegend keine dahingehenden Defizite im Pflegedienst erkennen.⁵¹

Abbildung 4.19: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Weiterbildung



Quelle: FfG-Erhebung 2001

⁵¹ Der Chi-Quadrat-Test ist auf einem Niveau von <1% signifikant, das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,12.

Tabelle 4.20: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Weiterbildung

			Weiterbildung		Gesamt
			Ja	Nein	
Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?	Ja	Anzahl	124	90	214
		% von Weiterbildung	50,8%	39,0%	45,1%
	Nein	Anzahl	120	141	261
		% von Weiterbildung	49,2%	61,0%	54,9%
Gesamt	Anzahl		244	231	475
	% von Weiterbildung		100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Infolgedessen ist zu vermuten, dass auch das Merkmal der *Berufserfahrung* der Beschäftigten Unterschiede in der Einschätzung von Qualitätsmängeln mit sich bringt. Tatsächlich bestehen die erwarteten Unterschiede: Bei der Gruppe, welche die Existenz von Mängeln im Pflegedienst bejaht, liegt sowohl die Berufserfahrung insgesamt (im Median bei 11,8 Jahren) als auch die im jeweiligen Pflegedienst (im Mittel 4,4) höher als bei der Gruppe, die keine Qualitätsmängel angibt; diese verfügt im Mittel nur über 10 Jahre Berufserfahrung insgesamt und 3 Jahre im Pflegedienst.⁵²

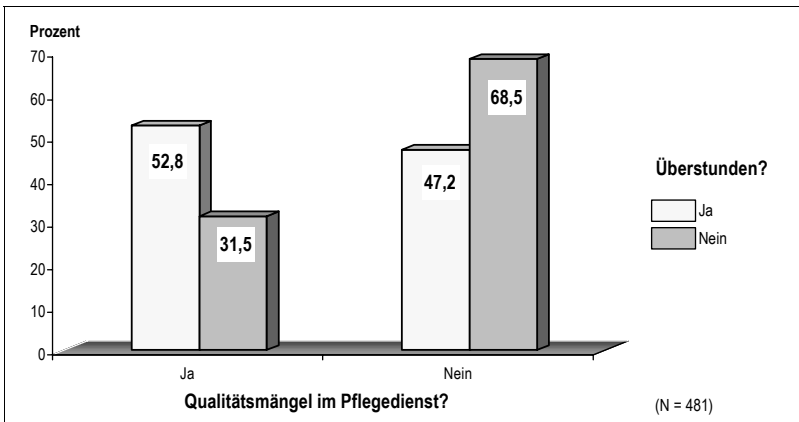
Neben der Qualifikation der Mitarbeiterinnen könnten schlechte *Arbeitsbedingungen* (z.B. infolge von Desorganisation), die Angabe von Qualitätsmängeln fördern. Auch hier spielen subjektive Einschätzungen und objektive Bedingungen zusammen, die nur schwer analytisch getrennt werden können. Allerdings muss beachtet werden, dass schlechte organisatorische Bedingungen neben der Beeinträchtigung der subjektiven Arbeitsbedingungen auch objektiv auf diese und die Pflegequalität ausstrahlen. Bereits vorweggenommen sei an dieser Stelle der Hinweis, dass gerade die organisatorischen Bedingungen von den Pflegekräften als sehr relevant im Hinblick auf die Pflegequalität betrachtet werden, eine Einschätzung, die auch durch die Befunde aus der referierten Literatur und den Experteninterviews gestützt wird. Dazu angestellte statistische Analysen unterstreichen, dass die Existenz von Qualitätsmängeln im Pflegedienst tatsächlich häufiger bejaht wird, wenn die Organisation des Pflegedienstes eher schlecht bewertet wird (vgl. unten, Tab. 4.26). Zudem, auch das sei bereits vorweggenommen, korreliert die Angabe von Qualitätsmängeln signifikant mit der Bestätigung der Existenz von *Beschwerden* der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.⁵³

⁵² Mann-Whitney-U-Tests liefern eine Irrtumswahrscheinlichkeit für die Zurückweisung der Nullhypothese einer Gleichverteilung von 0,4 und 0,1%.

⁵³ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,33 und ist auf einem Fehlerniveau von <0,01% signifikant.

Die Wechselwirkungen von Arbeitsbedingungen, Organisation, Arbeitszufriedenheit und Überlastung sind jedoch kompliziert und können hier auch nur zum Teil beleuchtet werden, also etwa inwiefern Qualitätsmängel die Unzufriedenheit mit der Arbeit fördern und *umgekehrt*, oder ob eine anders, eher subjektiv, begründete Unzufriedenheit auf die Angabe von Qualitätsmängeln ‚ausstrahlt‘. Ausgewählte statistische Analysen zeigen jedoch, dass Beschäftigte in Pflegediensten mehr Qualitätsmängel bei ihrem Pflegedienst ausmachen, wenn sie Überstunden leisten (vgl. Abbildung 4.20, Tabelle 4.21).⁵⁴

Abbildung 4.20: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Überstunden



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Tabelle 4.21: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Überstunden

Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?		Leisteten Sie Überstunden?		Gesamt
		Ja	Nein	
Ja	Anzahl	167	52	219
	% von Leisteten Sie Überstunden?	52,8%	31,5%	45,5%
Nein	Anzahl	149	113	262
	% von Leisteten Sie Überstunden?	47,2%	68,5%	54,5%
Gesamt	Anzahl	316	165	481
	% von Leisteten Sie Überstunden?	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

⁵⁴ Der dazu durchgeführte Chi-Quadrat-Test fällt auf einem Niveau von kleiner 0,1% signifikant aus. Das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,2, also schon recht hoch.

Während unter den Beschäftigten mit Überstunden etwas mehr als die Hälfte Qualitätsmängel angeben, sehen diejenigen ohne Überstunden zu 69% *keine* Mängel. Dass die Ableistung von Überstunden, zumal diese, wie dargestellt, zu einem gewissen Teil auch unentgeltlich erbracht werden, *tatsächlich* negativ auf die Motivation *und* die Pflegequalität schlägt, scheint jedoch äußerst wahrscheinlich.

Wie zu erwarten war, wirkt sich auch das Gefühl der *Arbeitsüberlastung* auf die Wahrnehmung von Qualitätsmängel im Pflegedienst aus. Während die „genau richtig“ belasteten Mitarbeiter weit überwiegend keine Mängel im Pflegedienst sehen, sehen insbesondere die überlasteten Beschäftigten mehrheitlich Qualitätsmängel (Tabelle 4.22).⁵⁵ Ähnliches gilt für die unterschiedliche Wahrnehmung von Qualitätsmängeln je nach Arbeitszufriedenheit (Tabelle 4.23).⁵⁶

Tabelle 4.22: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und Arbeitsbelastung

Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?		Ich fühle mich mit der Arbeit ...			Gesamt
		Überlastet	Genau richtig	Unterfordert	
Ja	Anzahl	78	113	20	211
	% von ich fühle mich mit der Arbeit ...	60,9%	36,1%	66,7%	44,8%
Nein	Anzahl	50	200	10	260
	% von ich fühle mich mit der Arbeit ...	39,1%	63,9%	33,3%	55,2%
Gesamt	Anzahl	128	313	30	471
	% von ich fühle mich mit der Arbeit ...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Tabelle 4.23: Qualitätsmängel im Pflegedienst und Zufriedenheit mit der Arbeit

Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?			Wie zufrieden mit der eigenen Arbeit?				
			Schulnoten von 1= (sehr gut) bis 6 (ungenügend)				
			1	2	3	4	5-6
Ja	Anzahl	21	111	56	24	7	
	% von Wie zufrieden mit der eigenen Arbeit?	16,5%	46,8%	64,4%	85,7%	77,8%	
	Nein	Anzahl	106	126	31	4	2
		% von Wie zufrieden mit der eigenen Arbeit?	83,5%	53,2%	35,6%	14,3%	22,2%
Gesamt	Anzahl	127	237	87	28	9	
	% von Wie zufrieden mit der eigenen Arbeit?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Quelle: FfG-Erhebung 2001

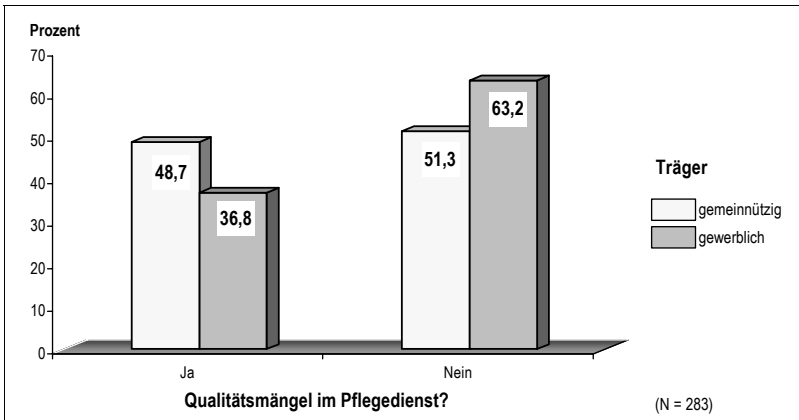
⁵⁵ Der Chi-Quadrat-Test liefert eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 0,01%; Cramers V beträgt 0,25.

⁵⁶ Der Chi-Quadrat-Test ergibt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 0,01%; Cramers V beträgt 0,38.

Insgesamt sprechen die Daten für folgende *Hypothese*: Mit der Qualifikation der Mitarbeiter steigt die Erwartung an die Arbeit, deren Qualität und die kritische Beurteilung derselben. Wahrscheinlich erscheint zudem, dass ein hohes Maß an Überstunden, Defizite in der Organisation, eine sinkende Arbeitszufriedenheit sowie die erlebte Arbeitsüberlastung nicht nur die Wahrnehmung der Pflegequalität durch die Pflegekräfte, sondern diese auch tatsächlich insgesamt beeinträchtigen.

Darüber hinaus ist das *Alter* derjenigen, die Mängel in ihrem Pflegedienst sehen, im Mittel zwar geringfügig höher, jedoch fallen die Differenzen nicht signifikant aus. Dieses gilt dagegen für die Unterschiede zwischen *Männern* und *Frauen*: Während männliche Beschäftigte – die in der Stichprobe allerdings weitaus seltener vertreten sind – zu 60% Qualitätsmängel in ihrem Pflegedienst wahrnehmen, sehen nur 43% der Frauen Mängel.⁵⁷ Ebenso melden Beschäftigte aus den Pflegediensten mit gemeinnütziger *Trägerschaft* deutlich häufiger Mängel in ihrem Pflegedienst an (49% der Angaben der Beschäftigten in gemeinnützigen Diensten) als die Mitarbeiter privater gewerblicher Dienste, von denen nur 37% Qualitätsdefizite in ihrem Dienst sehen (vgl. Abbildung 4.21, Tabelle 4.24).⁵⁸

Abbildung 4.21: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten nach der Trägerschaft der Dienste



Quelle: FfG-Erhebung 2001

⁵⁷ Die Signifikanz des Chi-Quadrat-Tests liegt bei $< 0,1\%$, das Zusammenhangsmaß Cramers V beträgt 0,12.

⁵⁸ Der Chi-Quadrat-Test ermittelt eine Fehlerwahrscheinlichkeit von $< 4\%$ und ein Zusammenhangsmaß Cramers V von 0,12.

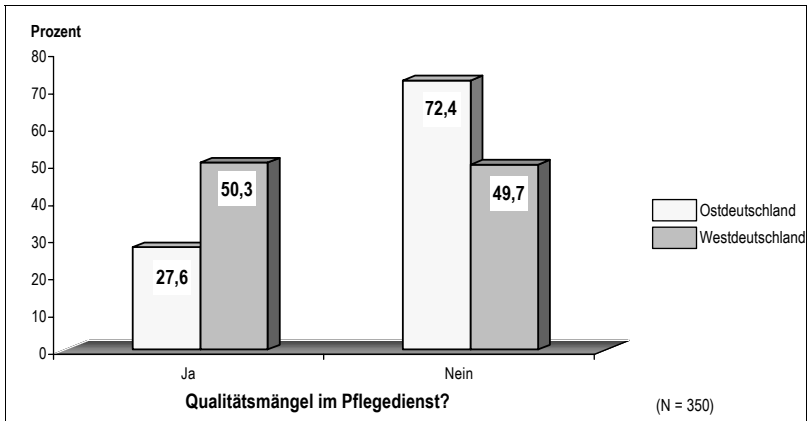
Tabelle 4.24: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten nach der Trägerschaft der Dienste

			Gemeinnützige Träger	Gewerbliche Träger
Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?	Ja	Anzahl	77	46
		% von Profit- vs. Nonprofit-Träger	48,7%	36,8%
	Nein	Anzahl	81	79
		% von Profit- vs. Nonprofit-Träger	51,3%	63,2%
Gesamt		Anzahl	158	125
		% von Profit- vs. Nonprofit-Träger	100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Eine klare Dichotomie ist schließlich auch zwischen den Angaben zur Gesamteinschätzung von Qualitätsmängeln im Pflegedienst der Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland zu verzeichnen: Während die Pflegekräfte in Ostdeutschland in weitaus geringerem Maße (28%) Qualitätsdefizite bejahen, sehen ihre westdeutschen Kollegen die Pflegequalität in ihren Diensten kritischer und geben zu 50% Qualitätsmängel an (vgl. Abbildung 4.22, Tabelle 4.25).⁵⁹

Abbildung 4.22: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

⁵⁹ Der Chi-Quadrat-Test zeigt eine Signifikanz <0,01%, das Zusammenhangsmaß Cramers V beträgt 0,12.

Tabelle 4.25: Angabe von Qualitätsmängeln im Pflegedienst durch die Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland

			Ostdeutschland	Westdeutschland
Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst?	Ja	Anzahl	32	176
		% von Ost-West	27,6%	50,3%
	Nein	Anzahl	84	174
		% von Ost-West	72,4%	49,7%
Gesamt	Anzahl		116	350
	% von Ost-West		100,0%	100,0%

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Keine Differenzen konnten dagegen schließlich hinsichtlich der Angabe von Mängeln in bezug auf die *Größe* sowie die *Fachkraftquote* der Dienste festgestellt werden. Auch für diese festgestellten Differenzen bleibt indes festzuhalten, dass sich von den Einschätzungen der Pflegekräfte nicht direkt auf die tatsächliche Pflegequalität schließen lässt, so dass erst weitere Auswertungen und Forschungen die hier aufgezeigten Indizien bekräftigen müssten.

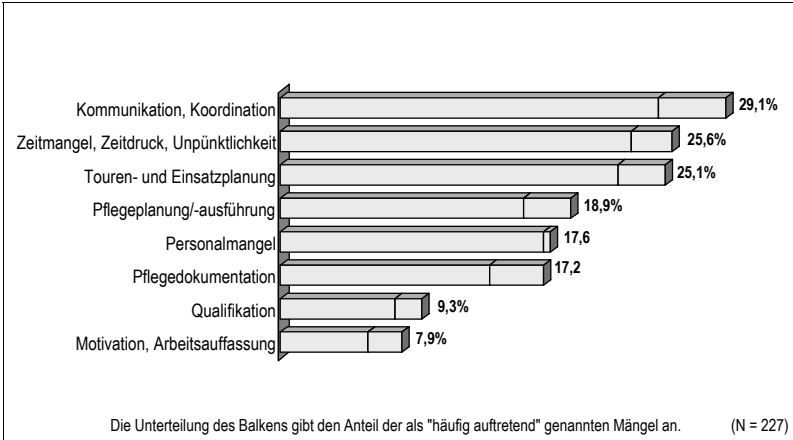
4.3.2 Benennung einzelner Qualitätsmängel im Pflegedienst

Zusätzlich zur allgemeinen Angabe von Qualitätsmängeln wurden die Beschäftigten gebeten, im Falle der Bejahung von Mängeln die wichtigsten Vorkommnisse zu spezifizieren und eine Einschätzung ihrer Häufigkeit auf einer vierstufigen Skala zu geben.⁶⁰ Dabei wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie eine offene Fragestellung ohne Vorgabe möglicher Antworten gewählt. Zudem wurde im Anschluss die ebenfalls offene Frage nach den wichtigsten Ursachen für die Qualitätsmängel gestellt, wobei die Auswertung der Antworten gewisse Überschneidungen zwischen der Angabe von Mängeln und der Benennung von Ursachen offenbart, d.h., die dahingehende Abgrenzung fiel den Pflegekräften nicht immer leicht. Die folgende Abbildung lässt erkennen, dass von den Pflegekräften weniger Mängel in der unmittelbaren Pflege als in den *organisatorischen* Bedingungen ausgemacht werden, die allerdings, wie z.B. die Unpünktlichkeit oder mangelnde Planung, Ausführung und Dokumentation der Leistungen, durchaus wiederum direkte negative Folgen für die Pflegebedürftigen zeitigen können. Am häufigsten werden Aspekte der Kommunikation und Koordination genannt, die knapp 30% der Mitarbeiter, die Mängel angeben, als problematisch erachten. Entsprechend folgen Zeitmangel und Unpünktlichkeit sowie die ungenügende Touren- und Einsatzplanung. Dieses Bild passt recht gut zu der unten folgenden Ge-

⁶⁰ Folglich wurden bei der Auswertung nur die Fälle mit der Bejahung von Mängeln berücksichtigt.

sambewertung einzelner Leistungsbereiche, bei der ebenso die eher indirekten Leistungen schlechter abschneiden als die unmittelbar am Pflegebedürftigen erbrachten (vgl. Kap. 4.4.3).

Abbildung 4.23: Nennung der wichtigsten Qualitätsmängel im Pflegedienst

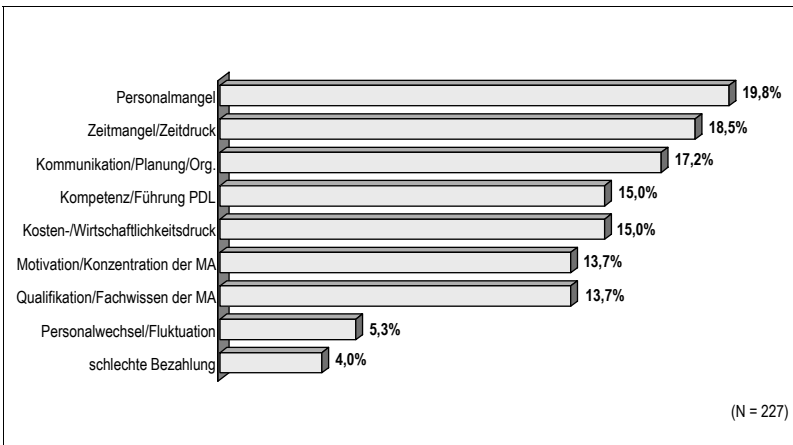


Angaben enthalten Mehrfachnennungen

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die in der folgenden Abbildung dargestellte Auswertung der genannten *Ursachen* für Qualitätsmängel unterstreicht, ungeachtet der angesprochenen Überschneidung mit der Nennung von Qualitätsmängeln selbst, die Bedeutung der intern und extern bestimmten organisatorischen Bedingungen in der Wahrnehmung der Pflegekräfte. Personalmangel, Zeitmangel und Koordinationsprobleme stehen im Vordergrund der Benennung von Ursachen von Qualitätsproblemen in der ambulanten Pflege durch die dort Beschäftigten. Ferner können Qualitätsmängel nach den Angaben der Beschäftigten gleichermaßen auf den extern verursachten Druck zur Wirtschaftlichkeit als auch durch die intern bedingte mangelnde Planmäßigkeit und Kompetenz der Leitung sowie die unzureichende Motivation und Ausbildung der Mitarbeiter verursacht werden. Schließlich wird in diesem Zusammenhang auch die hohe Fluktuation des Personals sowie die schlechte Bezahlung als Grund für Qualitätsmängel angeführt.

Abbildung 4.24: Ursachen für Qualitätsmängel im Pflegedienst



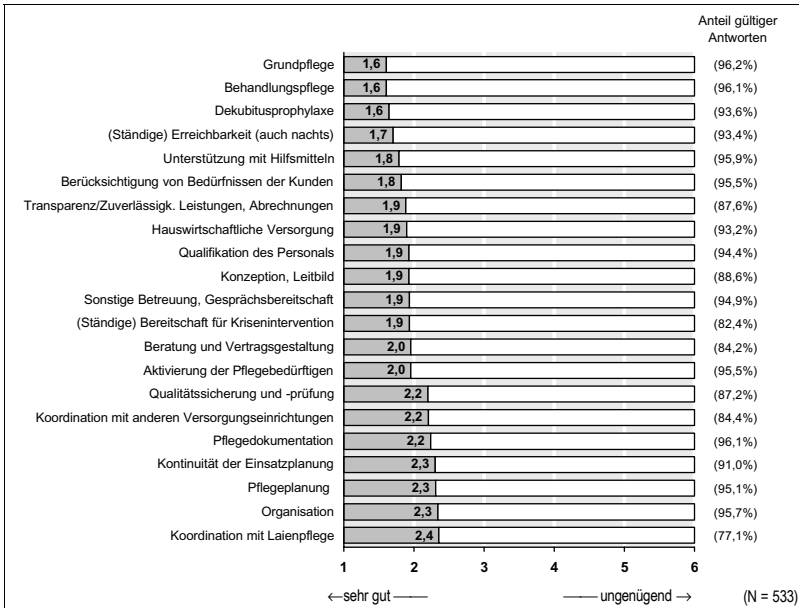
Angaben enthalten Mehrfachnennungen

Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.3.3 Bewertung einzelner Bereiche

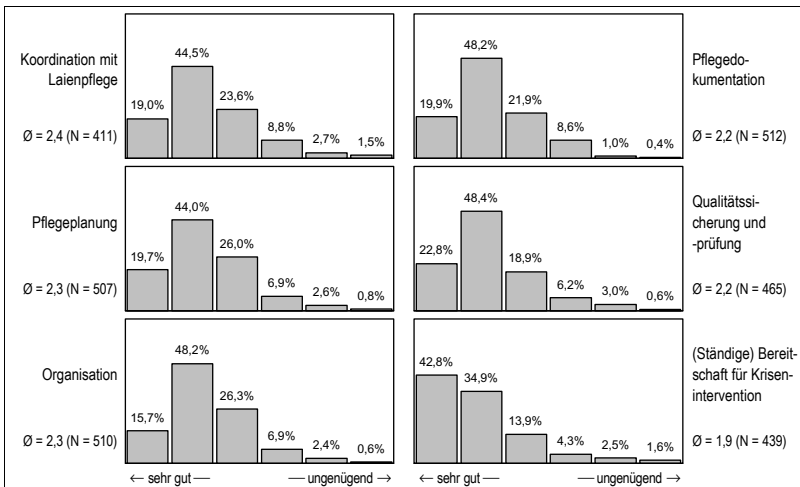
Die Gesamteinschätzung der Pflegequalität wurde auch differenziert im Hinblick auf einzelne Bereiche abgefragt, was eine durchgehend recht hohe Bewertung der verschiedenen Items liefert, mit Mittelwerten von 1,6 bis 2,4, auf einer Skala mit Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) (vgl. Abbildung 4.25). Allerdings waren auch keine *überwiegend* kritischen Bewertungen der einzelnen Leistungen der – eigenen – Pflegedienste zu erwarten, zumal nicht durchgehend von Qualitätsproblemen auszugehen ist. Dennoch spielt der Umstand der Beantwortung im Sinne sozialer Erwartung und der positiv verzerrten Selbsteinschätzung auch hier eine Rolle, so dass auch *geringere* Abweichungen von Idealnoten als deutliche Kritik gewertet werden kann. Insofern bewährt sich die Verwendung differenzierter Skalen. In diesem Sinne sind aufschlussreiche Unterschiede *zwischen* den einzelnen Bereichen festzustellen. Während die unmittelbaren Pflegeleistungen in der Qualität fast durchgehend gut bis sehr gut eingestuft werden, zeigen sich bei der *Pflegedokumentation*, der *Qualitätssicherung* und der *Organisation* vermehrt auch kritischere Einschätzungen.

Abbildung 4.25: Bewertung des Pflegedienstes (Durchschnitt der Schulnoten)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.26: Bewertung des Pflegedienstes (Häufigkeiten, Schulnoten)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

So erhalten die Grund- und Behandlungspflege sowie die Dekubitusprophylaxe von 5 bis 8% der Beschäftigten keine guten Noten, d.h., zwischen 3 (befriedigend) und 6 (ungenügend). Deutlich negativer fällt dagegen die Bewertung bei der Koordination mit der Laienpflege, der Pflegeplanung und Organisation aus; hier gibt immerhin ca. ein gutes *Drittel* der Beschäftigten eher schlechtere Noten (von 3-6). Ähnlich kritische Töne werden bei der Einschätzung der Kontinuität der Einsätze, Pflegedokumentation, Qualitätssicherung und der ständigen Bereitschaft zur Krisenintervention hörbar, wo jeweils ein Viertel bis 30% der Beschäftigten eher schlechtere Zensuren verteilt.

Die Bewertungen der einzelnen Bereiche und die dort zum Ausdruck kommende Kritik steht wie erwartet in Zusammenhang mit den Antworten zur Frage der Existenz von Qualitätsmängeln im Pflegedienst. Die Korrelationen zwischen der Bewertung der einzelnen Bereiche und der Angabe von Mängeln im Pflegedienst sind durchgehend hoch signifikant. (vgl. Tabelle 4.26).

Tabelle 4.26: Zusammenhang zwischen der Angabe von Mängeln im Pflegedienst und der Bewertung des Pflegedienstes in einzelnen Bereichen (Rangkorrelation)

Bewertung der Qualität des Pflegedienstes hinsichtlich: (Rangskala: 1= sehr gut bis 6 = ungenügend)	Gibt es Mängel in Ihrem Pflegedienst? (1=Ja/2=Nein)		
	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho	Sign. (2-seitig)	N
Pflegedokumentation	-0,43	0,00%	488
Kontinuität der Einsatzplanung	-0,40	0,00%	460
Pflegeplanung	-0,39	0,00%	485
Organisation	-0,39	0,00%	484
Beratung und Vertragsgestaltung	-0,38	0,00%	430
Koordination mit Laienpflege	-0,37	0,00%	392
Qualitätssicherung und -prüfung	-0,37	0,00%	442
Aktivierung der Pflegebedürftigen	-0,35	0,00%	485
Hauswirtschaftliche Versorgung	-0,31	0,00%	471
Dekubitusprophylaxe	-0,30	0,00%	475
Grundpflege	-0,30	0,00%	490
Transparenz/Zuverlässigkeit von Leistungen u. Abrechnung	-0,28	0,00%	447
Koordination mit anderen Versorgungseinrichtungen	-0,28	0,00%	428
Sonstige Betreuung, Gesprächsbereitschaft	-0,26	0,00%	483
Qualifikation des Personals	-0,26	0,00%	478
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Kunden	-0,25	0,00%	485
Bereitschaft für Kriseninterventionen	-0,25	0,00%	417
Unterstützung mit Hilfsmitteln	-0,24	0,00%	486
Konzeption, Leitbild	-0,23	0,00%	451
Erreichbarkeit	-0,14	0,31%	474

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Deren Höhe lässt gewisse Rückschlüsse auf die *Bedeutung* einzelner Qualitätsaspekte für das globale Eingeständnis von Mängeln im Pflegedienst zu. Besonders stark mit der Bestätigung der Existenz von Qualitätsmängeln steht demnach die Bewertung der *Pflegedokumentation* im Zusammenhang. Darüber hinaus scheinen für das Konstatieren von Qualitätsmängeln erneut die Bewertung der Einsatzplanung sowie der Pflegeplanung und Organisation wichtig.

Die Bewertung der Qualität einzelner Leistungsbereiche des eigenen Pflegedienstes schlägt sich bei den Mitarbeiterinnen darüber hinaus durchweg auch recht stark auf deren *Arbeitszufriedenheit* nieder, die um so schlechter ausfällt, je schlechter die Qualitätsbeurteilung einzelner Bereiche ist (Tabelle 4.27).

Tabelle 4.27: Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit im Pflegedienst und der Bewertung des Pflegedienstes in einzelnen Bereichen (Rangkorrelation)

Bewertung der Qualität des Pflegedienstes hinsichtlich: (Rangskala: 1= sehr gut bis 6 = ungenügend)	Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit in Ihrem Pflegedienst? (Rangskala: 1= sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)		
	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho	Sign. (2-seitig)	N
Organisation	0,52	0,00	498
Kontinuität der Einsatzplanung	0,49	0,00	475
Beratung und Vertragsgestaltung	0,39	0,00	440
Sonstige Betreuung, Gesprächsbereitschaft	0,39	0,00	494
Pflegedokumentation	0,37	0,00	501
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Kunden	0,36	0,00	496
Qualitätssicherung und -prüfung	0,36	0,00	457
Pflegeplanung	0,36	0,00	496
Koordination mit Laienpflege	0,35	0,00	404
Aktivierung der Pflegebedürftigen	0,34	0,00	498
Grundpflege	0,33	0,00	501
Unterstützung mit Hilfsmitteln	0,30	0,00	499
Qualifikation des Personals	0,30	0,00	491
Dekubitusprophylaxe	0,29	0,00	489
Transparenz / Zuverlässigkeit von Leistungen u. Abrechnung	0,28	0,00	456
Hauswirtschaftliche Versorgung	0,25	0,00	486
Koordination mit anderen Versorgungseinrichtungen	0,25	0,00	442
Bereitschaft für Kriseninterventionen	0,25	0,00	430
Konzeption, Leitbild	0,21	0,00	463
Erreichbarkeit	0,11	0,02	486

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Wie gesagt kann diesbezüglich jedoch kaum eine Hypothese hinsichtlich von Ursache und Wirkung aufgestellt werden. Nicht nur aufgrund der Differenz zwischen den einzelnen Items, sondern auch aus anderen Gründen (hier wäre die Motivation der Berufswahl und idealistische Arbeitsein-

stellung von Pflegekräften zu berücksichtigen, vgl. Becker/Meifort 1997, dies. 1998) scheint aber grundsätzlich naheliegend, dass die Qualität der Pflege eine große Bedeutung für die Arbeitszufriedenheit besitzt (und umgekehrt). Besonders wichtig für die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten scheint die Bewertung der Organisation und Einsatzplanung, aber auch die der stärker kundenorientierten Items der Beratung / Vertragsgestaltung sowie der „sonstigen Betreuung und Gesprächsbereitschaft“ und erneut der Pflegedokumentation hängen offenbar eng mit der Arbeitszufriedenheit zusammen.

4.4 Differenzierte Einschätzungen zur Qualität einzelner Bereiche

4.4.1 Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen

Auf die Frage nach der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen werden von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten nur in geringem Ausmaß Qualitätsmängel angegeben: 6% der 501 gültigen Nennungen bejahen das Vorkommen dahingehender Mängel. Defizite werden vor allem in der als unzureichend angesehenen Information, der mangelnden Kostentransparenz und der nicht ausreichenden Berücksichtigung von Bedürfnissen gesehen. Aufgrund der wenigen dazu vorliegenden Nennungen muss auf eine weitere quantitative differenziertere Analyse und Darstellung verzichtet werden.

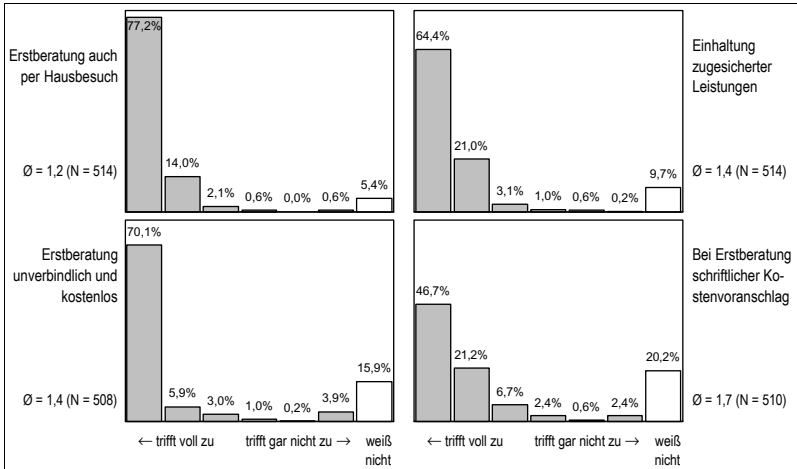
Darüber hinaus wurden einzelne qualitative Kriterien zur Beratung abgefragt: Auch hier dominiert eine positive Einschätzung (vgl. Abbildung 4.27). So findet die Erstberatung in aller Regel auch als Hausbesuch statt. Dieses wird auf einer Skala von 1-6 von 77% uneingeschränkt bejaht, was jedoch zugleich bedeutet, dass fast ein Viertel der Beschäftigten dem *nicht* uneingeschränkt zustimmt. Ein nicht unerheblicher Anteil von 6,2% beantwortete die Frage zudem mit „weiß nicht“.⁶¹

Die Frage, ob die Erstberatung unverbindlich und kostenlos stattfindet, bejahen 70%, 5% der antwortenden Pflegekräfte verneinen die Frage überwiegend (Werte 4-6), 16% antworteten mit „weiß nicht“. Lediglich 47% der Pflegekräfte meinen, dass auf jeden Fall ein schriftlicher Kostenvorschlag unterbreitet werde, was 5% eher verneinen. Der Anteil der Nennungen mit „weiß nicht“ beträgt hier immerhin 20% der gültigen Angaben. Die spätere Einhaltung zugesicherter Leistungen

⁶¹ Die Anteile der Kategorie „weiß nicht“ blieben nur bei der Berechnung der Mittelwerte der Ordinalskala unberücksichtigt. Streng genommen müssten die Nennungen mit „weiß nicht“ als „fehlend“ außerhalb der Berechnung „gültiger Prozente“ bleiben. Da die Antwort „weiß nicht“ aber bei bestimmten Fragen wie hier und auch im folgenden eine tatsächliche Qualität der Aussage liefert, weil z.B. das Unwissen bereits eher negativ gewertet werden kann, wurde dieser Anteil in den Häufigkeitsdiagrammen ausgewiesen und auch als gültig betrachtet.

bejaht ein Anteil von 64,5% uneingeschränkt, 2% verneint dieses eher und immerhin 9,6% wollen oder können sich diesbezüglich nicht festlegen und antworten mit „weiß nicht“.

Abbildung 4.27: Einschätzungen diverser Qualitätsmerkmale der Beratung



Quelle: FfG-Erhebung 2001

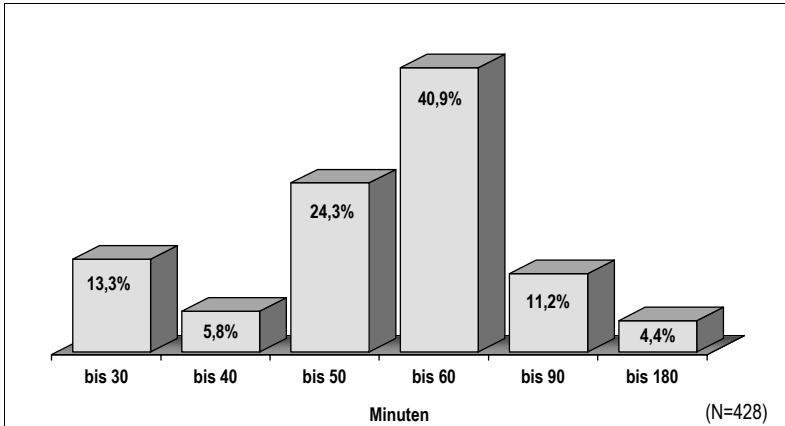
Bei einer näheren Betrachtung bestehen ferner bemerkenswerte Unterschiede der Aussagen der Beschäftigten je nach *Trägerschaft* der Dienste: So stimmen die Mitarbeiter aus gemeinnützigen Diensten in *geringerem* Ausmaß als solche aus privaten gewerblichen Unternehmen der Frage zu, ob die Beratung per Hausbesuch sowie unverbindlich und kostenlos stattfindet.⁶² Keine markanten Unterschiede sind dagegen zwischen den Trägern bei der Frage nach den schriftlichen Kostenvorschlägen sowie nach Abweichungen zwischen den bei der Beratung zugesicherten und den später tatsächlich erbrachten Leistungen festzustellen.

Ein weiteres Qualitätskriterium stellt die Dauer der Erstberatung dar: Diese liegt im Durchschnitt der Nennungen bei 56 Minuten (Abbildung 4.28). Immerhin 13% der Pflegekräfte sagen jedoch, dass ihr Pflegedienst nur eine Erstberatung mit sehr kurzer Dauer anböte, die höchstens 30 Minuten betrage (2% mit Werten bis höchstens 20 Minuten), 16% der Beschäftigten geben jedoch

⁶² Die Mittelwerte bei den gemeinnützigen Trägern betragen 1,3 (für Hausbesuche) und 1,8 (Beratung ist kostenlos und unverbindlich), jene bei den privaten gewerblichen dagegen 1,1 und 1,3; Chi-Quadrat-Tests sind jeweils auf einem Niveau von <1% signifikant. Das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,24 (Hausbesuche) sowie bei 0,22 (kostenlose und unverbindliche Beratung).

auch recht lange Zeiten für die Erstberatung an, die über 60 Minuten und im Extrem sogar bis zu 180 Minuten dauern würde.

Abbildung 4.28: Durchschnittliche Dauer der Erstberatung



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Bei der Dauer der Erstberatung zeigen sich interessante und nicht erwartete Unterschiede je nach *Trägerschaft* der Pflegedienste: Während die Beschäftigten aus Pflegediensten mit einer *gemeinnützigen* Trägerschaft im Durchschnitt nur 54 Minuten für die Erstberatung angeben, liegt der Mittelwert bei den privaten gewerblichen Betrieben deutlich höher, nämlich bei 66 Minuten (vgl. Abbildung 29).⁶³

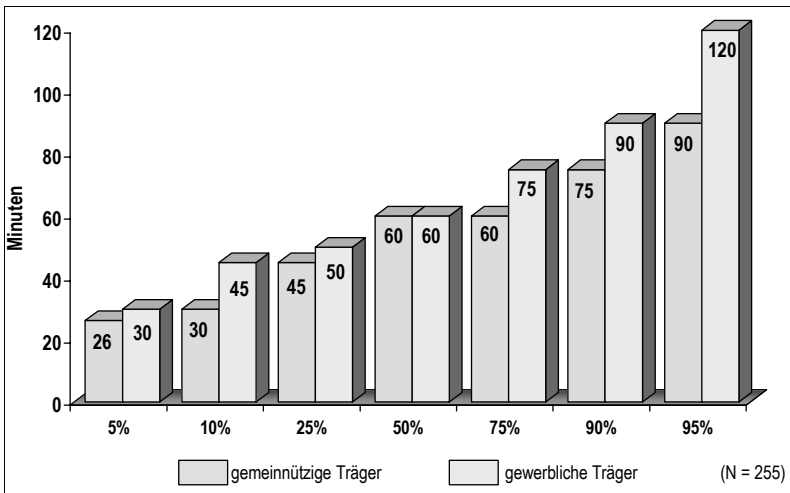
Keine signifikanten Unterschiede in der Dauer der Erstberatung sind dagegen zwischen den Beschäftigten in *Ost- und Westdeutschland* und auch hinsichtlich der unterschiedlichen *Größe* der Dienste festzustellen. Allerdings sinkt die Dauer der Erstberatung leicht mit dem zunehmenden Anteil an *Fachkräften* in den Pflegediensten,⁶⁴ jedoch *steigt* die für die Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen verwendete Zeit wiederum mit dem Anteil an *Vollzeitkräften*.⁶⁵

⁶³ Der Mann-Whitney-U-Test auf Gruppenunterschiede fällt hoch signifikant aus (auf einem Niveau von <0,1%).

⁶⁴ Der Rankkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei -0,14 (signifikant auf einem Niveau von <5%).

⁶⁵ Der Rankkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,14 und ist auf einem Niveau von <5% signifikant.

Abbildung 4.29: Dauer der Erstberatung nach der Trägerschaft der Pflegedienste (Perzentile)



Quelle: FiG-Erhebung 2001

4.4.2 Auswahl des Pflegedienstes und Koordination in der Pflege

4.4.2.1 Auswahl des Pflegedienstes

Unter den Gründen für die Auswahl des Pflegedienstes rangieren laut der Einschätzungen der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten auf den vorderen Plätzen einer Rangskala der Wichtigkeit die Empfehlungen von Bekannten, Hausärzten, Krankenhäusern, der Standort, Leistungs- und Qualitätsmerkmale und die eigene Werbung (vgl. Abbildung 4.30 und 4.31). Bei den Angaben zur Wichtigkeit der Leistungs- und Qualitätsmerkmale ist jedoch ein geringer Anteil gültiger Nennungen zu verzeichnen, so dass die Werte der Wichtigkeit vermutlich eher nach unten korrigiert werden müssten. Als weniger wichtig gelten die Religion, Trägerschaft, Empfehlung durch Selbsthilfegruppen sowie Beratungsstellen oder Behörden und nicht zuletzt die Preise, was sich auch im deutlich geringeren Anteil gültiger Antworten zu diesen Items spiegelt. Die Einschätzung der Unwichtigkeit der Preise scheint vor dem Hintergrund eines verbleibenden Anteils der von den Pflegebedürftigen und Angehörigen privat zu finanzierenden Leistungen und den Klagen über den Kosten- und Wettbewerbsdruck doch erstaunlich.

Abbildung 4.30: Gründe für die Wahl des Pflegedienstes (Mittelwerte)

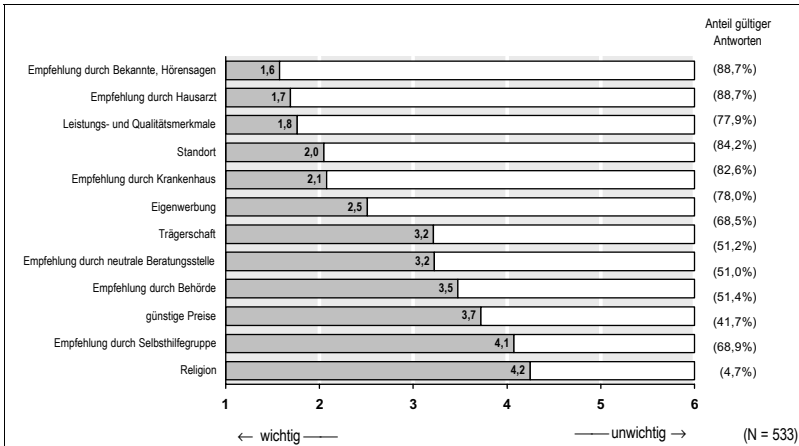
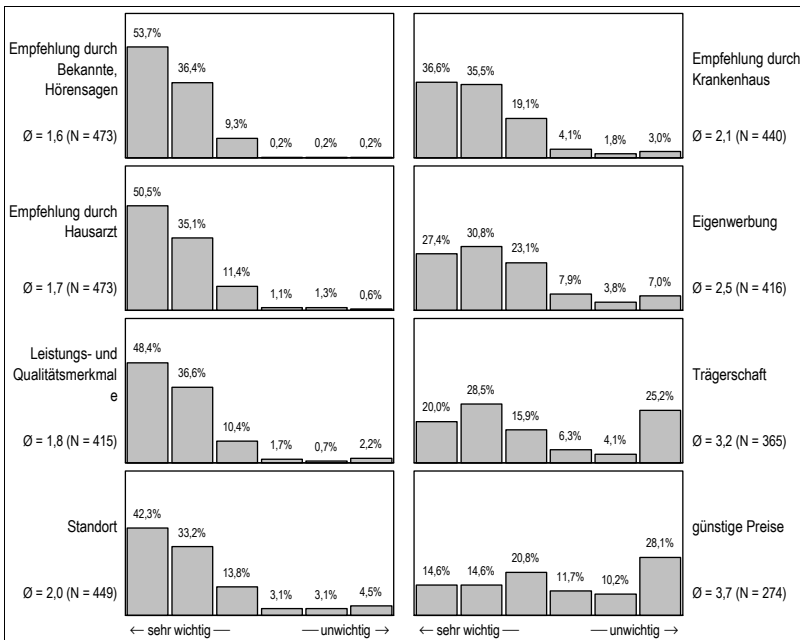


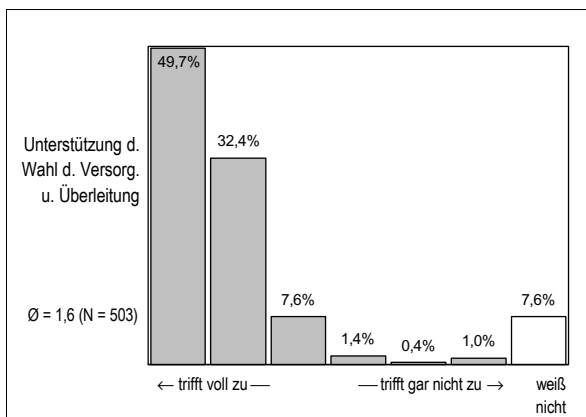
Abbildung 4.31: Gründe für die Wahl des Pflegedienstes (Häufigkeiten)



4.4.2.2 Koordination und Übergang in die geeignete Versorgungsform

Neben der Auswahl ist die Koordination und der Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen und -formen ein wichtiger Aspekt für die Qualität der Pflege. Diesbezüglich bejahen nur 50% der Beschäftigten uneingeschränkt die Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Wahl der geeigneten Versorgung und Überleitung durch ihren Pflegedienst, 3% verneinen dieses überwiegend und 7,6% antworteten mit „weiß nicht“ (vgl. Abbildung 4.32).

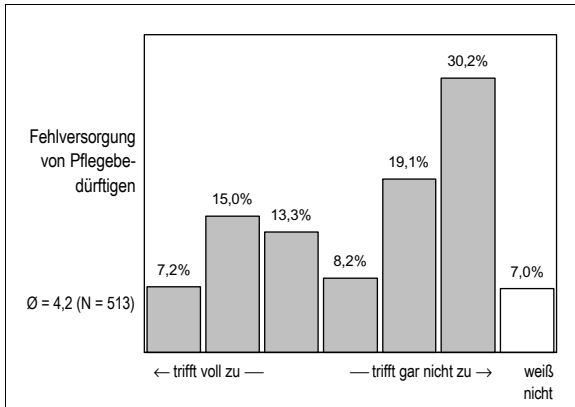
Abbildung 4.32: Einschätzung der Beschäftigten zur Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Wahl der geeigneten Versorgung und bei der Überleitung



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Ungeachtet dessen bejahen 35,5% der Beschäftigten, dass in ihrem Pflegedienst Pflegebedürftige versorgt würden, welche eigentlich besser in anderen Einrichtungen (z.B. Rehabilitation oder Pflegeheim) untergebracht werden sollten, wobei diesen Umstand nur 57,5% völlig verneinen (vgl. Abbildung 4.33), 7% antworteten mit „weiß nicht“. Als Grund für diese Fehlversorgung wird weit überwiegend der Wunsch der Pflegebedürftigen und Angehörigen angeführt. Weitere relevante restriktive Aspekte sind finanzieller Natur, ferner werden vereinzelt fehlende Heimplätze sowie sonstige mangelnde Versorgungsangebote bemängelt.

Abbildung 4.33: Einschätzungen der Beschäftigten zur Fehlversorgung von Pflegebedürftigen



Quelle: FfG-Erhebung 2001

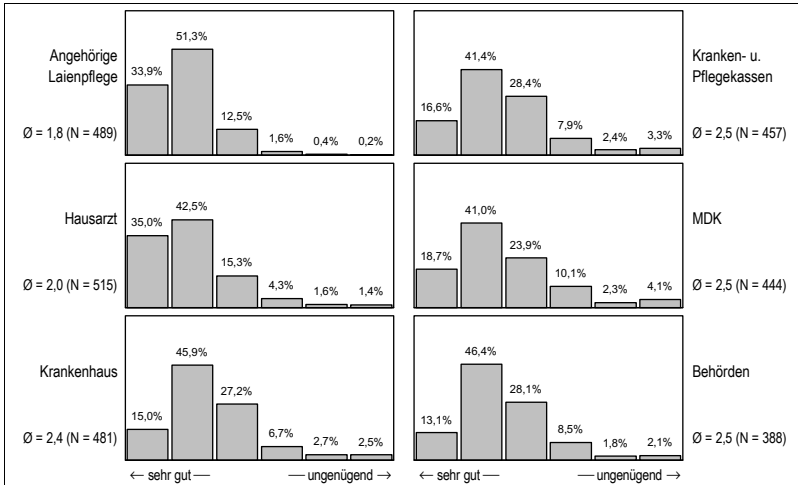
Trotz dieser teilweise eher skeptischen Einschätzung der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen, selbst die geeignete Pflege- oder Versorgungsform auszuwählen, gilt die *Koordination* mit Angehörigen und sonstigen Laienpflegern fast durchweg als unproblematisch, während die Zusammenarbeit mit Kranken- und Pflegekassen, MDK und sonstigen Behörden (z.B. Sozialamt) zwar ebenso noch überwiegend positiv, jedoch vergleichsweise kritischer gesehen wird (Abbildung 4.34). So bewerten immerhin 16,4% der Pflegekräfte die Zusammenarbeit mit dem MDK lediglich mit Schulnoten von 4-6.

Die positive Bewertung der Koordination steht im gewissen Widerspruch zur oben angegebenen Bewertung des eigenen Pflegedienstes hinsichtlich der Koordination mit der Laienpflege, welche von allen Leistungsbereichen die schlechteste Note erhielt, bei einem Mittelwert von 2,4 (vgl. Abbildung 4.25, 4.26).⁶⁶ Während also die *eigene Leistung* der Koordination mit der Laienpflege – im Rahmen der Bewertung anderer Leistungsbereiche des Pflegedienstes – eher kritisch gesehen wird, fällt die generelle Beurteilung der Koordination mit der Laienpflege – im Vergleich zur Bewertung der Koordination mit anderen Partnern – deutlich positiver aus. Nicht ganz so gravierend, aber gleichwohl signifikant, sind die Unterschiede bei der Bewertung der Koordination mit anderen Beteiligten, wobei freilich die Vergleichbarkeit bereits aufgrund der unterschiedlichen Klassifikation eingeschränkt ist. Während die oben dargestellte Einschätzung der Leistung des eigenen

⁶⁶ Vergleicht man nur die Fälle mit für beide Variablen paarweise gültigen Angaben, so ergeben sich entsprechend signifikante Unterschiede der Verteilung. Von 390 Wertepaaren ergeben sich zwar 154 Bindungen (übereinstim-

Pflegedienstes hinsichtlich der Koordination mit anderen Versorgungseinrichtungen einen Mittelwert von 2,2 erhielt, liegen die Mittelwerte der Einschätzung der Zusammenarbeit mit Hausärzten bei 2,0 und mit Krankenhäusern bei 2,4.⁶⁷ Diese Differenzen zeigen eine Tendenz der *relativen* Bewertung der verschiedenen Items je nach *Kontext*, so dass daraus erneut keine *absoluten* Bewertungen abgeleitet werden können.

Abbildung 4.34: Bewertung der Koordination mit an der Pflege Beteiligten



Quelle: FfG-Erhebung 2001

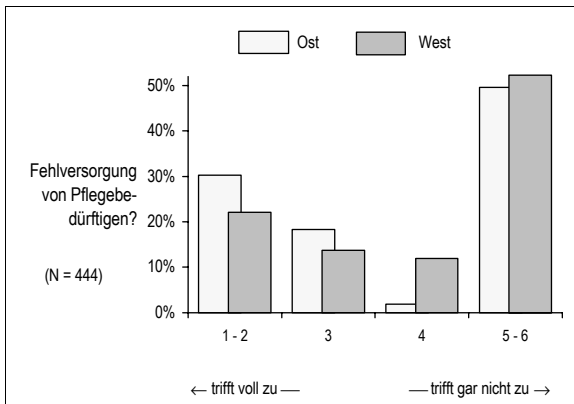
Schließlich gibt es bei diesem Fragebereich nur geringfügige Unterschiede je nach *Trägerschaft*: So bejahen zwar die Beschäftigten aus den gemeinnützigen Trägern etwas häufiger die Frage nach der Fehlversorgung von Patienten, allerdings sind die Unterschiede nur auf einem Niveau von 10% signifikant. Deutlicher fällt dagegen die Differenz zwischen Ost- und Westdeutschland aus: Während immerhin 49% der Beschäftigten in Ostdeutschland eine Fehlversorgung von Pflegebedürftigen eher bejahen (Werte 1-3), beträgt dieser Anteil in Westdeutschland lediglich 36% (vgl. Abbildung 4.35).⁶⁸

mende Bewertung), jedoch auch 49 positive und 187 negative Ränge; der Wilcoxon-Test verbundener Stichproben fällt entsprechend auf einem Fehlerniveau von < 0,1% signifikant aus.

⁶⁷ Dennoch fallen Wilcoxon-Tests verbundener Stichproben auf einem Fehlerniveau von < 0,1-0,2% signifikant aus.

⁶⁸ Der Chi-Quadrat-Test ist hoch signifikant (<0,01%), das Zusammenhangsmaß Cramers V beträgt 0,23.

Abbildung 4.35: Einschätzungen der Beschäftigten zur Fehlversorgung von Pflegebedürftigen in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.4.3 Leistungsverträge, Konzept

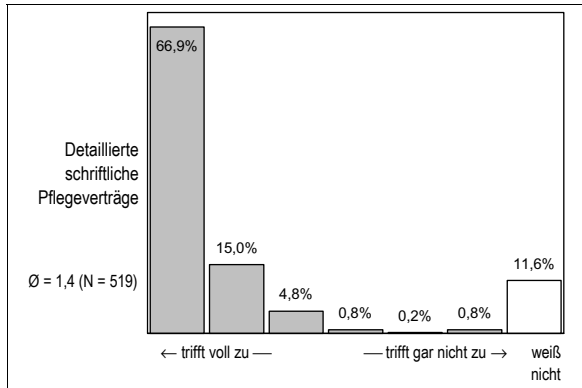
4.4.3.1 Leistungsverträge

Die Frage nach dem *Abschluss* differenzierter schriftlicher Leistungsverträge bejahen zwei Drittel der 487 dazu antwortenden Beschäftigten uneingeschränkt positiv. Nur 2% verneinen dieses eher (Werte 4-6 auf einer Skala von 1-6); 11,6% der insgesamt 519 gültigen Nennungen antworteten allerdings mit „weiß nicht“.

Keine Unterschiede sind bei der Frage nach der Existenz detaillierter Leistungsverträge hinsichtlich der Zugehörigkeit nach Trägerschaft festzustellen. Jedoch fällt die dahingehende Zustimmung der Beschäftigten in Westdeutschland geringer aus als in Ostdeutschland.⁶⁹

⁶⁹ Während in Ostdeutschland ein Mittelwert von 1,1 vorliegt, beträgt dieser in Westdeutschland 1,4; der Mann-Whitney-U-Test fällt auf einem Niveau von <0,01% signifikant aus; Cramers V gibt die Stärke des Zusammenhangs mit 0,22 an.

Abbildung 4.36: Gibt es detaillierte schriftliche Leistungsverträge in Ihrem Pflegedienst?



Quelle: FfG-Erhebung 2001

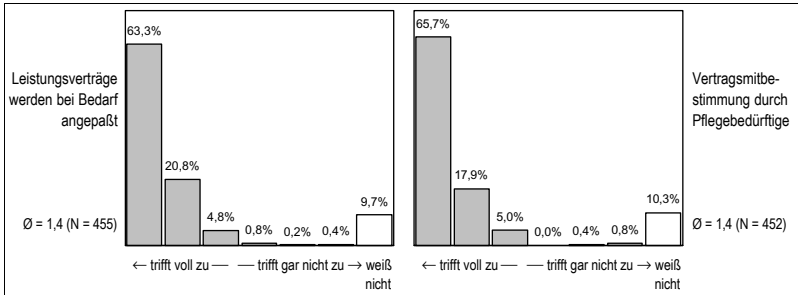
Ähnlich hoch ist die Zustimmung hinsichtlich der *Aktualisierung* der Verträge: Hier stimmen 63% der Antwortenden uneingeschränkt zu, 1,4% geben verneinende Antworten. Allerdings sind auch hier 9,7% der 504 gültigen Antworten mit der Angabe „weiß nicht“ versehen. Erneut sind bei dieser Frage zwar keine signifikanten Unterschiede nach Trägerschaft, dagegen sehr wohl zwischen den Antworten aus Ost- und Westdeutschland zu konstatieren: In Westdeutschland meinen die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in der Tendenz eher seltener, dass die Verträge auch bei Bedarf umgehend angepasst würden.⁷⁰

Das insgesamt dennoch positive Bild setzt sich fort bei der Frage nach den Möglichkeiten der Pflegebedürftigen, Vertragsinhalte mit zu bestimmen, was 65,7% der Beschäftigten uneingeschränkt bejahen und wiederum lediglich 1,2% überwiegend verneinen. Diesbezüglich trauten sich 10,3% aller gültigen Nennungen allerdings kein Urteil zu. Erneut fällt diesbezüglich das Urteil der Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland unterschiedlich aus: Die Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten in Westdeutschland nehmen hier wiederum eine etwas kritischere Einschätzung vor als in Ostdeutschland,⁷¹ wogegen die Bewertung der Beschäftigten nach der Zugehörigkeit der Trägerschaft keine solchen Differenzen hervorbringt.

⁷⁰ Während in Ostdeutschland bei dieser Frage ein Mittelwert von 1,1 vorliegt, beträgt dieser in Westdeutschland 1,5; der Mann-Whitney-U-Test ist auf einem Niveau von <0,01% signifikant. Cramers V gibt auf Basis des Chi-Quadrat-Tests die Stärke des Zusammenhangs mit 0,20 an.

⁷¹ Während in Ostdeutschland bei dieser Frage der Mittelwert 1,2 beträgt, liegt dieser in Westdeutschland bei 1,4; der Mann-Whitney-U-Test ist auf einem Niveau von <0,4% signifikant; Cramers V für die Stärke des Zusammenhangs liegt bei 0,12.

Abbildung 4.37: Einschätzung von Leistungsverträgen (Aktualisierung bei Bedarf und Mitbestimmung durch Pflegebedürftige)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die *Kündigungsfrist* von Pflegeverträgen liegt gemessen an den 331 dazu vorliegenden Nennungen bei 16,3 Tagen, der Median beträgt 14 Tage (vgl. Tabelle 4.28). Der Spitzenwert in positiver Hinsicht beträgt einen Tag (die Angabe „sofort“ wurde auch mit Eins codiert), in negativer Hinsicht liegt der, allerdings einsame, Extremwert bei einem halben Jahr Kündigungsfrist; 90% der Werte weisen eine Kündigungsmöglichkeit innerhalb eines Monats auf, 40% der Beschäftigten sagen sogar, dass die Pflegebedürftigen innerhalb einer Woche und weniger die Verträge kündigen könnten. Hinsichtlich der Trägerschaft als auch der Zugehörigkeit zu Ost- oder Westdeutschland sind *keine* wesentlichen Unterschiede bei der Länge der Kündigungsfristen festzustellen.

Tabelle 4.28: Kündigungsfrist von Pflegeverträgen durch die Pflegebedürftigen

Lage- und Streuungsmaße		Kündigung in Tagen
Mittelwert		16,3
Standardabweichung		20,5
Minimum		1
25%-Quartil		1
Median		14
75%-Quartil		28
Maximum		182
N	Gültig	331
	Fehlend	202

Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.4.3.2 Pflegeleitbild, -konzept

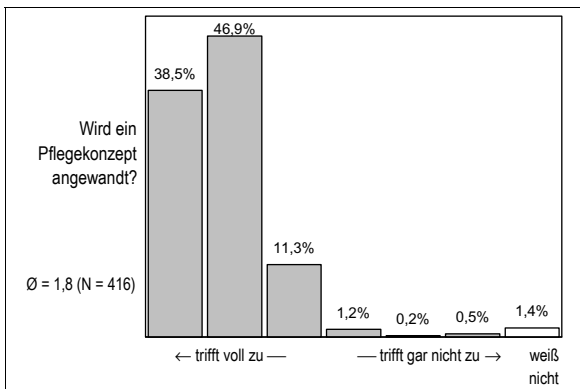
Die Frage nach der Existenz eines Pflegeleitbildes oder -konzeptes beantworteten 91,3% von 515 Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten positiv, bei 85,8% liegt dieses Konzept auch schriftlich vor, nur 3,3% verneinen die Frage und 5,4% antworten mit „weiß nicht“. Das heißt, dass 8,7% der 515 antwortenden Beschäftigten in ihren ambulanten Pflegediensten kein explizites Pflegekonzept (ob schriftlich oder mündlich vereinbart) kennen.

Tabelle 4.29: Gibt es ein Pflegeleitbild und -konzept?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja: schriftlich	408	76,5	79,2	79,2
	ja: schriftlich und mündlich	34	6,4	6,6	85,8
	ja: mündlich	28	5,3	5,4	91,3
	nein	17	3,2	3,3	94,6
	weiß nicht	28	5,3	5,4	100,0
	Gesamt	515	96,6	100,0	
Fehlend		18	3,4		
Gesamt		533	100,0		

Entscheidend für die Pflegequalität ist jedoch nicht die bloße Existenz, sondern die tatsächliche *Anwendung* eines Pflegekonzeptes oder -leitbildes, was nur ein gutes Drittel der Beschäftigten (38,5%) uneingeschränkt bejaht, dagegen 2% eher verneinen; 1,4% geben an, dass sie nicht wissen, ob das vorhandene Pflegekonzept auch angewandt werde.

Abbildung 4.38: Wird das Pflegekonzept oder Leitbild angewandt?



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Aufgrund der geringen Fallzahl verneinender Nennungen sind bezüglich dieser Fragestellung weitere differenzierte Auswertungen hinsichtlich Trägerschaft oder Ost- und Westdeutschland erschwert. Als grobe Tendenz zeigt sich jedoch auch hier eine eher kritischere Einschätzung vor allem bei den Beschäftigten in Westdeutschland.⁷²

4.4.4 Erfassung des Pflegebedarfs und Pflegeplanung

4.4.4.1 Erfassung der Bedarfe

Die Frage, inwiefern die Bedarfe, Bedürfnisse und Gewohnheiten der Pflegebedürftigen vor Beginn der Pflege jeweils umfassend ermittelt und schriftlich dokumentiert werden, beantworten 39,6% der 533 gültigen Nennungen uneingeschränkt positiv, d.h., mit „trifft voll zu“ (auf einer Skala von 1-6). Eher negativ (Werte von 4-6) sehen die Erfassung des Pflegebedarfs 5,6%, 12,9% vergeben eine bereits eher kritisch einzuschätzende 3 und 1,5% antworten mit „weiß nicht“ (vgl. Abbildung 4.39). Demgegenüber bejahen lediglich 17,2% die Frage nach der systematischen Erfassung von Defiziten und Ressourcen der Pflegebedürftigen im Rahmen eines „Pflege-Assessments“ (zur Erläuterung wurde im Fragebogen eine Übersetzung und als Beispiel der Barthels-Index und AGAST vorgegeben). Hier antworteten die meisten Beschäftigten (44%) der 465 dazu vorliegenden Nennungen mit „weiß nicht“; 12,8% übergingen die Frage, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass eine standardisierte, methodisch kontrollierte Erfassung des Pflegebedarfs offenbar in der ambulanten Pflege wenig bekannt und nur selten angewandt wird. Als Gründe für eine mangelnde Erfassung des jeweiligen Pflegebedarfs wird vor allem der kaum überzeugende Aspekt angegeben, dass eine solche Begutachtung erst nach längerer Zeit möglich sei, dass die Zeit für eine umfassende Begutachtung fehle und dass die dahingehende Motivation und Qualifikation der Beschäftigten nicht ausreiche. Aufgrund der geringen Zahl an Nennungen müssen diese Aussagen jedoch mit Vorsicht bewertet werden.

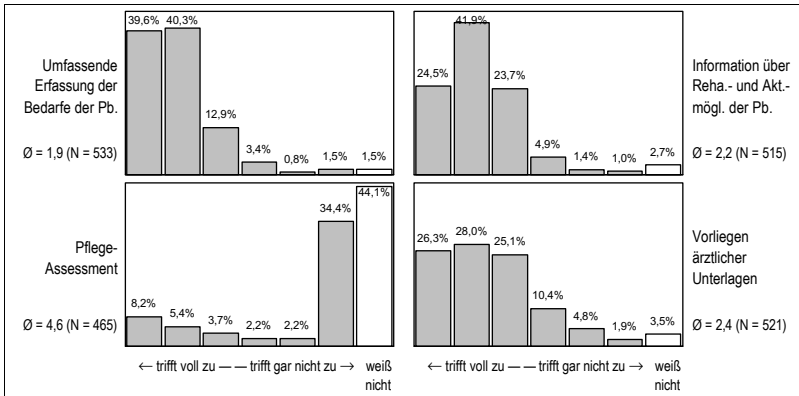
Weniger positiv fällt die Selbsteinschätzung der Pflegekräfte ihrer Information über die Möglichkeiten der Rehabilitation und Aktivierung der persönlich betreuten Pflegebedürftigen aus. Diesbezüglich meinen 24,5% von 515 Beschäftigten, sie wären immer umfassend und ohne Einschränkungen informiert, 7,2% sehen dieses eher kritisch (verneinende Antworten von 4-6) und 2,7% wissen nicht, ob sie darüber informiert sind.⁷³ Ferner geht ein recht großer Anteil von 24% mit

⁷² Diese weisen einen Mittelwert bei der Beantwortung von 1,9 auf, während ihre Kolleginnen im Schnitt eine 1,5 vergeben; der Mann-Whitney-U-Test ist auf einem Niveau von <0,01% signifikant; Cramers V für die Stärke des Zusammenhangs liegt bei 0,21.

⁷³ 3,4% der 533 Beschäftigten gaben dazu keine Einschätzung ab.

dem Wert 3 der Zustimmung doch auf eine erhebliche Distanz zu einer uneingeschränkt positiven Sicht, womit eine deutliche Kritik erkennbar wird. Als Gründe für die mangelnde Information werden von den Pflegekräften vor allem die fehlende Weitergabe von Informationen durch Ärzte oder Krankenhäuser gesehen; Zeitmangel, Defizite in der Qualifikation und internen Kommunikation sind weitere seltener genannte Aspekte, welche unter den wenigen insgesamt erläuterten Gründen genannt werden. Ähnlich kritisch ist die Einschätzung zur Frage, ob jeweils die notwendigen ärztlichen Unterlagen zu jedem Pflegebedürftigen vorliegen. Dieses bejahen nur 26,3% ohne Abstriche, bei 17% fehlen diese eher (Werte 4-6), 3,5% antworten mit „weiß nicht“ und 2,3% übergehen die Frage. Unter den Gründen für die fehlenden Unterlagen wird, soweit überhaupt angegeben, überwiegend die mangelnde Kooperation mit den Ärzten genannt.

Abbildung 4.39: Einschätzungen zur Erfassung des Pflegebedarfs



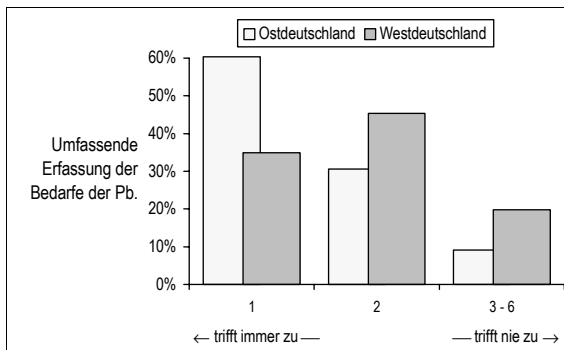
Quelle: FfG-Erhebung 2001

Hinsichtlich der Erfassung des Pflegebedarfs geben erneut die Beschäftigten in gemeinnützigen Pflegediensten eine etwas kritischere Bewertung ab als jene in privaten gewerblichen Diensten.⁷⁴ Noch deutlicher fällt wiederum der Unterschied der Einschätzungen in Ost- und Westdeutschland aus (Abbildung 4.40). Während über 60% der Beschäftigten in Ostdeutschland die umfassende Ermittlung der Bedürfnisse und Bedarfe ihrer Pflegebedürftigen uneingeschränkt bejahen, sind dies in Westdeutschland lediglich 35%; umgekehrt geben in Ostdeutschland lediglich 9% Werte von 3-6 an, wogegen diese Werte von 20% der westdeutschen Beschäftigten angekreuzt

⁷⁴ Der Mittelwert der Einschätzungen der Beschäftigten in gemeinnütziger Trägerschaft liegt bei 1,9, jener von ‚Profit-Unternehmen‘ bei 1,7; die Unterschiede fallen sowohl laut Mann-Whitney-U-Test (< 0,7%) als auch Chi-Quadrat-Test (sign. <2%) sign. aus; das Maß für die Stärke des Zusammenhangs, Cramers V, liegt bei 0,18).

wurden.⁷⁵ Keine Auswirkungen auf die Einschätzungen der Beschäftigten der Erfassung des Pflegebedarfs zeigen nach den vorliegenden Daten dagegen die Variablen Fachkraftquote und Größe der Pflegedienste.

Abbildung 4.40: Einschätzungen zur umfassenden Erfassung des Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die Informationen über die Möglichkeiten der *Rehabilitation und Aktivierung* von Pflegebedürftigen sind laut der Antworten der Mitarbeiterinnen bei gemeinnützigen Trägern und bei gewerblichen Pflegediensten in unterschiedlicher Häufigkeit vorhanden. Während die Beschäftigten in gemeinnützigen Pflegediensten diese Frage nur zu 22% uneingeschränkt bejahen, liegt der Anteil der Zustimmung bei den Mitarbeiterinnen in gewerblichen Diensten deutlich höher, nämlich bei 36%; entsprechend vergeben 39% der Mitarbeiterinnen der gemeinnützigen Dienste lediglich Werte von 3-6, während dieser Anteil bei den gewerblichen Trägern lediglich bei 23% liegt.⁷⁶ Keine solchen Differenzen bestehen jedoch bei dieser Frage zwischen den Einschätzungen der Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland.

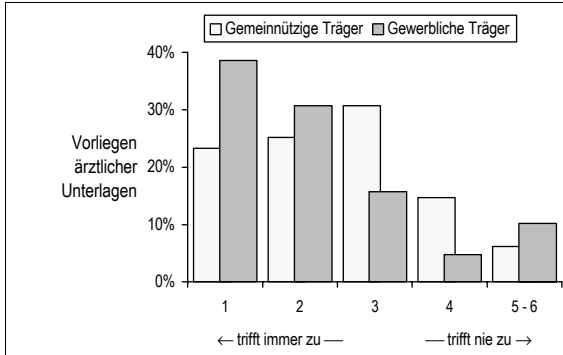
Je nach Trägerschaft und regionaler Zugehörigkeit wird das Vorliegen der notwendigen *ärztlichen Unterlagen* unterschiedlich eingeschätzt (Abbildung 4.41 u. 4.42), wobei wiederum die Beschäf-

⁷⁵ Entsprechend liegt der Mittelwert der Einschätzungen in Westdeutschland bei 1,9, in Ostdeutschland bei 1,5; die Unterschiede zwischen den Gruppen fallen sowohl laut Mann-Whitney-U-Test (auf einem Niveau von 0,01%) als auch Chi-Quadrat-Test (auf einem Niveau von <0,01%) signifikant aus; das Maß für die Stärke des Zusammenhangs, Cramers V, liegt bei 0,23).

⁷⁶ Der Mittelwert der Antworten der Beschäftigten in gemeinnütziger Trägerschaft liegt bei 2,3, jener der Pflegekräfte in gewerblichen privaten Diensten bei 1,9; die Unterschiede in der zentralen Tendenz der beiden Gruppen sind laut Mann-Whitney-U-Test auf einem Fehlerniveau von <0,1% signifikant; der Chi-Quadrat-Test fällt auf einem Niveau von <2% signifikant aus; das Maß für die Stärke des Zusammenhangs, Cramers V, liegt bei 0,19.

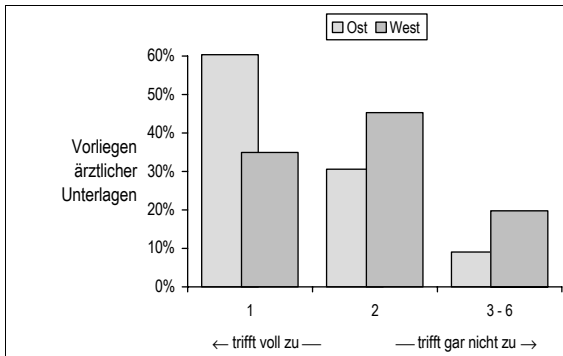
tigten der gemeinnützigen Träger und jener in Westdeutschland eine kritischere Sicht als die der gewerblichen Unternehmen und jener in Ostdeutschland einnehmen.⁷⁷

Abbildung 4.41: Einschätzungen der Beschäftigten zum Vorliegen ärztlicher Unterlagen in ‚Profit- und Non-Profit-Trägerschaft‘



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.42: Einschätzungen der Beschäftigten zum Vorliegen ärztlicher Unterlagen in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

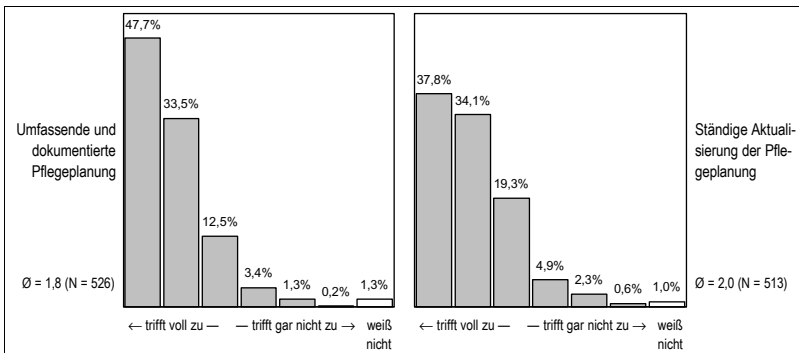
⁷⁷ Die Einschätzungen der Beschäftigten gemeinnütziger Träger weisen einen Mittelwert von 2,6 auf, die der gewerblichen Träger liegen im Mittel bei 2,2; die Unterschiede der zentralen Tendenz der Gruppen fallen laut Mann-Whitney-U-Test (auf einem Niveau von 0,02%) signifikant aus; der Chi-Quadrat-Test ist sign. <0,01%, Cramers V, liegt bei 0,28. Die Antworten der ostdeutschen Pflegekräfte zeigen einen Mittelwert von 2,0, die der westdeutschen liegen im Mittel bei 2,5; die Unterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Test auf einem Niveau von <0,01 sign.; Cramers V für die Stärke des Zusammenhangs liegt bei 0,21.

4.4.4.2 Pflegeplanung

Die Einschätzungen und Bewertungen der Beschäftigten hinsichtlich der Pflegeplanung fallen insgesamt wiederum positiv aus. 47,7% der 526 gültigen Nennungen stimmen der Frage nach einer laufenden, umfassenden und dokumentierten Pflegeplanung uneingeschränkt zu, 6,3% verneinen dieses dagegen eher oder antworten mit „weiß nicht“ (1,3%) und 12,5% bewerten die Frage mit 3, was bereits als deutliche qualitative Kritik zu werten ist (vgl. Abbildung 4.43). In der Regel übernimmt die leitende Pflegefachkraft (32% der Nennungen) und andere Pflegefachkräfte (61%) die Pflegeplanung, in immerhin 7,4% der Nennungen werden damit jedoch auch sonstige Pflegekräfte, d.h., nicht formell qualifizierte Kräfte betraut.

Etwas kritischer fällt darüber hinaus die Beantwortung der Frage aus, ob die Pflegeplanung laufend auf dem neuesten Stand gehalten, d.h., bei Bedarf umgehend aktualisiert wird. Dieses bejahen 38% von 449 dazu antwortenden Beschäftigten, ohne Abstriche zu machen. Allerdings antworten 8,8% überwiegend verneinend oder mit „weiß nicht“, was praktisch einer Verneinung gleichkommt. Zudem vergeben 19% mit der Wertung 3 eine klar kritische Einschätzung, unter Berücksichtigung der Erwartung, dass die laufende Anpassung der Pflegeplanung an veränderte Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eine Selbstverständlichkeit sein sollte. Als Gründe für die mangelnde Pflegeplanung werden von den Beschäftigten – bei allerdings nur 130 Nennungen – Zeitmangel, Qualifikationsmängel, Vergesslichkeit, Faulheit oder die mangelnde Motivation der Mitarbeiterinnen genannt.

Abbildung 4.43: Einschätzungen zur Pflegeplanung

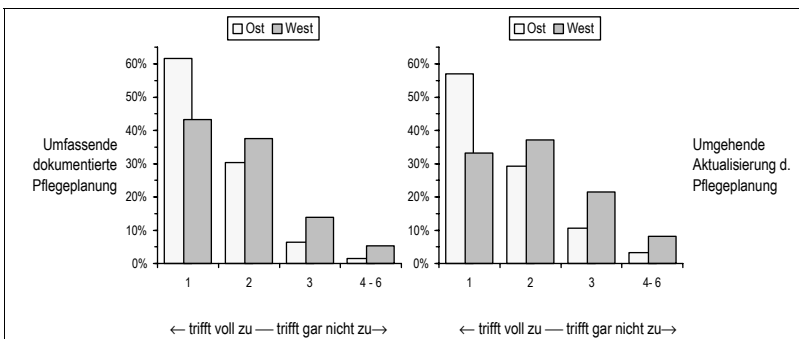


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Bei der grundsätzlichen Frage nach der Existenz einer umfassenden und dokumentierten Pflegeplanung sind keine Unterschiede in der Beantwortung nach der *Trägerzugehörigkeit* der Dienstes sowie hinsichtlich deren *Größe* und des Anteils eingesetzter *Fachkräfte* festzustellen.

Allerdings fällt die Beurteilung in *Ost- und Westdeutschland* unterschiedlich aus: Während die Beschäftigten in Ostdeutschland zu 62% der Frage nach der Existenz der Pflegeplanung uneingeschränkt zustimmen, liegt dieser Wert in Westdeutschland lediglich bei 43%; entsprechend nehmen 19% der Mitarbeiterinnen in Westdeutschland eher kritischere Positionen (Werte von 3-6) ein, von ihren Kolleginnen in Ostdeutschland dagegen sind dies nur 8% (Abbildung 4.44).⁷⁸ Ähnlich fallen erwartungsgemäß die Differenzen zwischen Ost- und Westdeutschland bei der Bewertung der Frage der ständigen Aktualisierung der Pflegeplanung aus.⁷⁹

Abbildung 4.44: Einschätzungen zur Pflegeplanung in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

⁷⁸ Der Mittelwert der Einschätzungen liegt in Ostdeutschland bei 1,5, in Westdeutschland bei 1,8; die Unterschiede der Gruppen in der zentralen Tendenz sind laut Mann-Whitney-U-Test sign. auf einem Fehlerniveau von <0,01%; der Chi-Quadrat-Test ist sign. <0,2%; Cramers V, liegt bei 0,18.

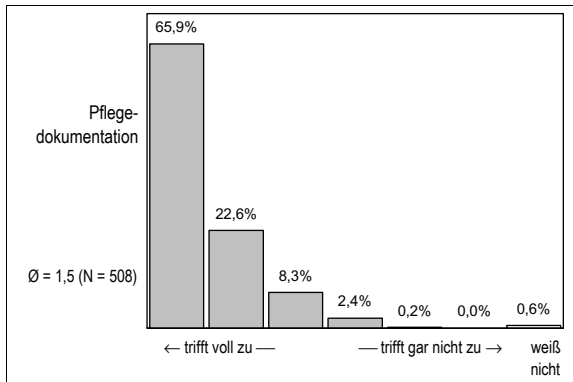
⁷⁹ Während der Mittelwert der Antworten in Ostdeutschland bei 1,6 liegt, beträgt dieser in Westdeutschland 2,1. Die Unterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test sign. auf einem Fehlerniveau <0,01%; dasselbe liefert der Chi-Quadrat-Test; das Maß für die Stärke des Zusammenhangs, Cramers V, liegt bei 0,22.

4.4.5 Pflegedokumentation und Qualitätssicherung

4.4.5.1 Pflegedokumentation

Knapp zwei Drittel der Beschäftigten mit gültigen Angaben (N=505) stimmen der Frage nach der laufenden schriftlichen und detaillierten Pflegedokumentation voll zu, der Rest macht mehr oder weniger große Abstriche; 8,3% bewerten die Pflegedokumentation auf der Skala von 1 bis 6 mit dem Wert von 3, was bereits deutliche Ausfälle der Dokumentation nahe legt; 3,1% der Pflegekräfte meinen, dass überwiegend keine dahingehende Dokumentation stattfindet und im Vergleich hohe 4,9% übergehen diese Frage (Abbildung 4.45).

Abbildung 4.45: Einschätzungen zur laufenden detaillierten Pflegedokumentation

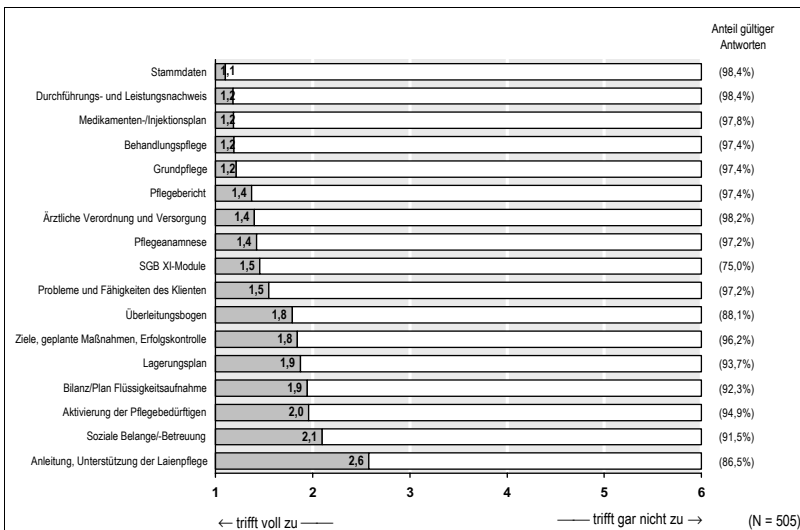


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Regelmäßig erfasst und dokumentiert werden grundlegende Bereiche wie Stammdaten der Pflegebedürftigen, Durchführungs- und Leistungsnachweise, Medikamenten- und Injektionspläne sowie Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege, wo kaum Einschränkungen vermeldet werden (vgl. Abbildung 4.46 u. 4.47). Durchgehend in Pflegedokumentationen enthalten sind laut der Antworten der Beschäftigten auch Pflegeberichte, Hinweise zu ärztlichen Verordnungen, eine sogenannte „Pflegeanamnese“, die Ableistung von Modulen nach dem SGB XI und Vermerke zu den Problemen und Fähigkeiten der Patienten. Hier liegen die uneingeschränkten Zustimmungswerte zwischen 60 und 70% und die überwiegend ablehnenden Werte (4-6) erreichen maximal 3%.

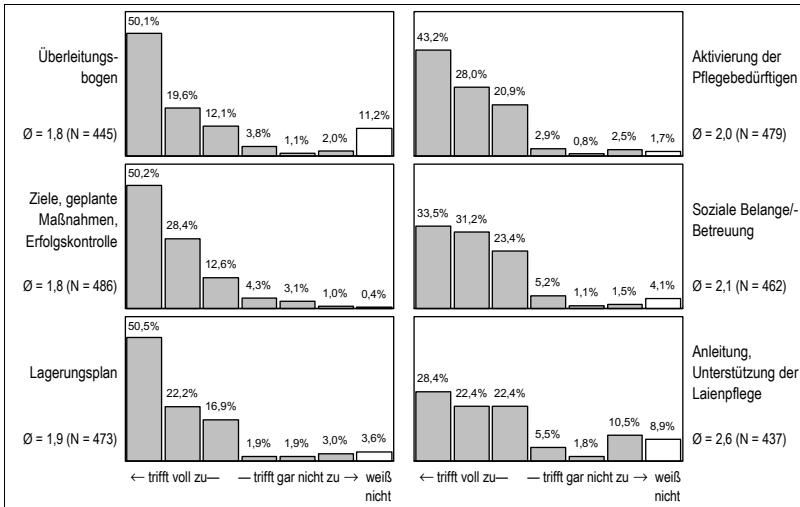
Einige Bereiche der Pflegedokumentation erhalten jedoch auch vergleichsweise geringere Zustimmungswerte, was zum Teil darin begründet sein kann, dass hierfür kein Bedarf gesehen wird. Höchst selten wird die Unterstützung und Anleitung der Laienpflege dokumentiert, was 18% eher verneinen (Werte von 4-6), 9% antworten dazu mit „weiß nicht“; ferner verneinen 8,6% die Niederlegung von Bilanzen zur Flüssigkeitsaufnahme (Werte von 4-6); 8,4% die Dokumentation von Zielen, geplanten Maßnahmen und Erfolgskontrollen, 7,8% meinen, die Dokumentation sozialer Betreuung finde überwiegend nicht statt (hier antworten 4% mit „weiß nicht“); 7% verneinen eher die Existenz von Überleitungsbögen und Lagerungsplänen, bei 6% wird die Aktivierung überwiegend nicht dokumentiert.

Abbildung 4.46: „In der Pflegedokumentation werden erfasst: ...“



Quelle: FfG-Erhebung 2001

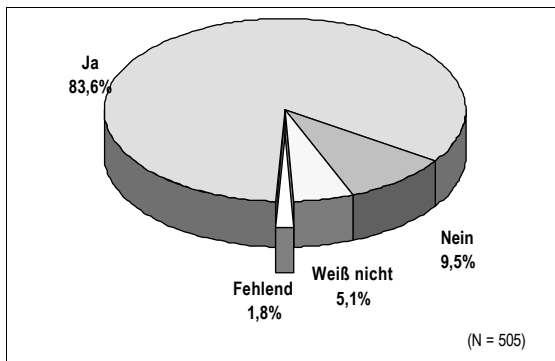
Abbildung 4.47: Einschätzungen zur Pflegedokumentation einzelner Bereiche (Häufigkeiten)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Zwar meinen 84% der Pflegekräfte, dass die Pflegedokumentation *laufend überprüft* werde, jedoch verneinen fast 10% diese Kontrolle, 5% antworten mit „weiß nicht“, was als fast ebenso bedenklich anzusehen ist und 2% machen dazu keine Angaben:

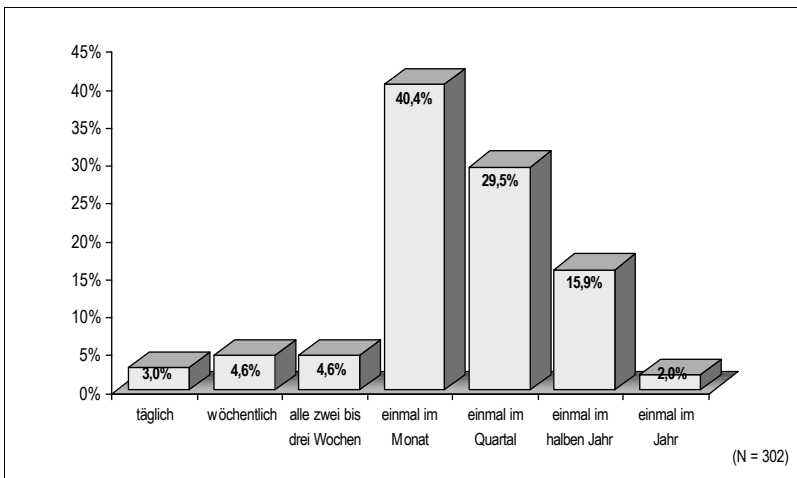
Abbildung 4.48: Laufende Überprüfung der Pflegedokumentation



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Auch die *Frequenz* der Überprüfung der Pflegedokumentation zeigt gewisse Kontrolldefizite: So wird nur von einem recht geringen Anteil der Beschäftigten (12%) eine eher kurzfristige und laufende, zumindest im Abstand von zwei bis drei Wochen stattfindende, Überprüfung bestätigt (vgl. Abbildung 4.49). Von 16% der Mitarbeiterinnen wird gesagt, dass die Kontrollen nur einmal im halben Jahr und von 2% sogar nur einmal im Jahr durchgeführt würden. Unter den selten angegebenen und deshalb nicht quantitativ differenziert ausgewerteten Gründen für Mängel in der Pflegedokumentation werden an erster Stelle Zeitprobleme angeführt, Motivationsprobleme, „Vergessen“ und „Schlamperei“ sowie Qualifikationsmängel folgen mit einem gewissen Abstand als weitere wichtige Ursachen.

Abbildung 4.49: Frequenz der Überprüfung der Pflegedokumentation



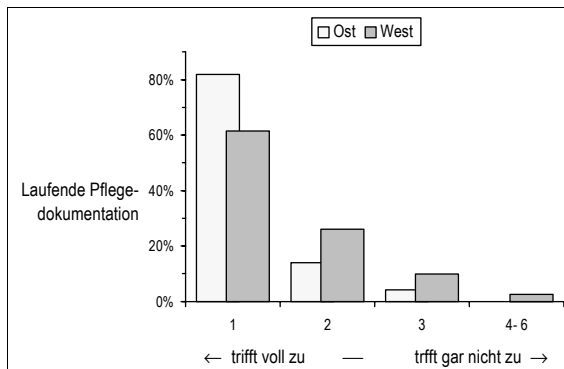
Quelle: FfG-Erhebung 2001

Auch die Antworten der Beschäftigten in der ambulanten Pflege zur Dokumentation sollen im folgenden auf Unterschiede je nach *Trägerschaft* und *Region* untersucht werden. Kaum Unterschiede bestehen in den Antworten nach der Zugehörigkeit der Pflegekräfte zu verschiedenen Trägern der Dienste. Weder die Führung einer Pflegedokumentation noch die laufende Überprüfung wird in gemeinnützigen oder privaten Unternehmen unterschiedlich eingeschätzt.⁸⁰ Gleiches gilt für die Variablen Größe und Anteil eingesetzter Fachkräfte der Dienste.

⁸⁰ Ferner bestehen lediglich Unterschiede zwischen den Trägern hinsichtlich der Bewertung einzelner Teilaspekte der Führung der Pflegedokumentation. So werden die schriftliche Niederlegung von Aspekten der sozialen Betreuung und anderen sozialen Belangen der Pflegebedürftigen sowie Bilanzen zur Flüssigkeitsaufnahme in ge-

Gravierendere Unterschiede bestehen zum Teil wiederum zwischen den Bewertungen der Pflegedokumentation in Ost- und Westdeutschland. So bejahen 82% der Beschäftigten in Ostdeutschland, aber nur 61% jener in Westdeutschland uneingeschränkt, dass laufend eine detaillierte Pflegedokumentation geführt werde, entsprechend häufiger wird von den westdeutschen Pflegekräften eine dahingehende Kritik angemeldet (vgl. Abbildung 4.50).⁸¹ Diese Differenzen sind jedoch nicht bei den Antworten auf die Frage nach der laufenden *Kontrolle* der Pflegedokumentation festzustellen. Allerdings bestehen wiederum überwiegend Unterschiede in der Einschätzung der meisten Einzelbereiche der Pflegedokumentation zwischen den ostdeutschen und westdeutschen Pflegekräften.⁸²

Abbildung 4.50: Einschätzungen der Beschäftigten zur laufenden Führung der Pflegedokumentation in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.4.5.2 Weitere Aspekte der Qualitätssicherung

Pflegevisiten stellen einen weiteren Aspekt der Qualitätssicherung dar, deren Anwendung aber lediglich von 42% der 499 dazu antwortenden Pflegekräfte voll bejaht wird; 20,2% verneinen eher (davon 13,4% sogar mit „trifft gar nicht zu“), dass dieses Instrument in ihrem Pflegedienst zum

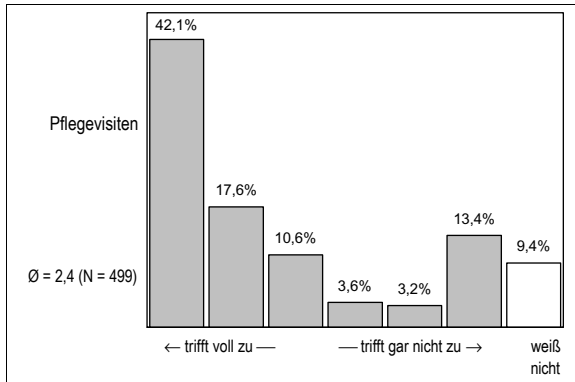
meinnützigen Trägern von den Beschäftigten weniger häufig als zutreffend eingeschätzt als von den Pflegekräften in privater gewerblicher Trägerschaft.

⁸¹ Die Unterschiede der zentralen Tendenz der beiden Gruppen sind laut Mann-Whitney-U-Test auf einem Fehler-niveau von <0,01% signifikant; der Chi-Quadrat-Test ist auf einem Niveau von <0,1% signifikant; das Maß für den Zusammenhang, Cramers V, beträgt 0,19.

⁸² Die meisten in Abbildung 4.46 aufgeführten Einschätzungen der Einzelbereiche weisen diesbezügliche Unterschiede auf, die auf einem Fehler-niveau <1% liegen; Ausnahmen stellen die Stammdaten, Pflegeberichte, Überleitungsbögen, der Medikamenten- und Injektionsplan, die Behandlungspflege und die SGB XI-Module dar.

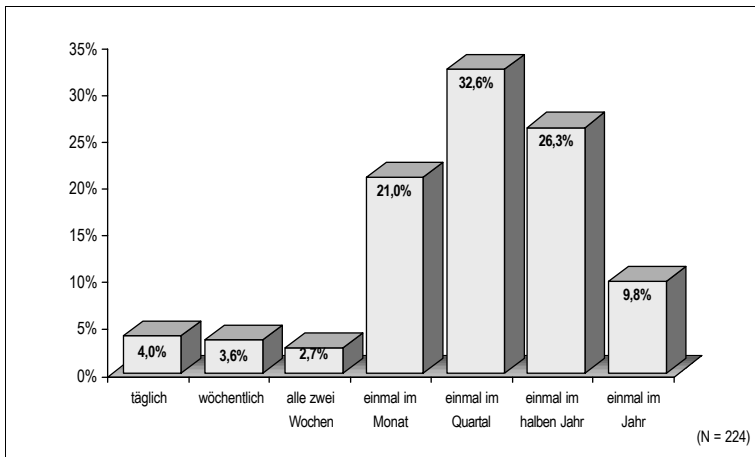
Einsatz komme, 9,4% antworten mit „weiß nicht“ und 6,4% übergehen diese Frage (Abb. 4.51). Zudem ist die *Frequenz* der Pflegevisiten nur selten hoch, im Mittel werden diese einmal im Quartal durchgeführt, nur ca. 10% der Pflegekräfte antworten, dass sie alle zwei Wochen oder kürzer stattfänden, 10% sagen, dass diese sogar nur einmal im Jahr durchgeführt würden (Abb. 4.52).

Abbildung 4.51: Einschätzungen zur Durchführung von Pflegevisiten



Quelle: FfG-Erhebung 2001

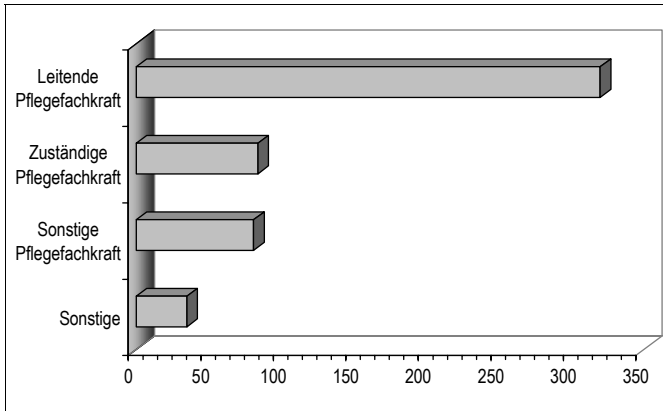
Abbildung 4.52: Frequenz von Pflegevisiten



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Wenn Pflegevisiten durchgeführt werden, übernimmt das in der Regel die leitende Pflegefachkraft oder sonstige Pflegefachkräfte, eher seltener werden diese Aufgaben auch durch sonstige Pflegekräfte wahrgenommen (Abbildung 4.53).

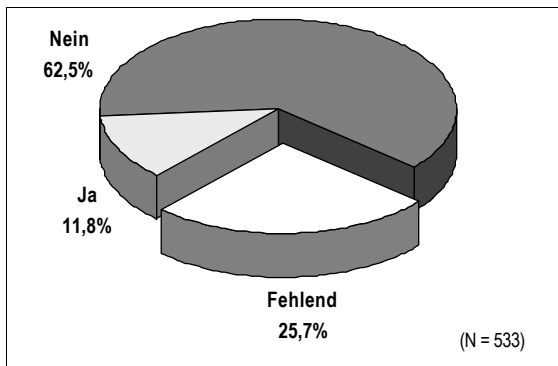
Abbildung 4.53: Durchführung von Pflegevisiten durch Pflegefachkräfte?



Angaben enthalten Mehrfachnennungen

Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.54: Pflegedienst mit Qualitätssiegel/Zertifikat?



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die Frage nach einem Qualitätssiegel beantworten nur knapp 12% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst mit „Ja“, 62,5% verneinen diese Frage und etwas mehr als ein Viertel der Beschäf-

tigten macht dazu keine Angaben (Abbildung 4.54). Die offen gestellte Frage nach der Art des Qualitätssiegels wurde wegen der Vielfalt der Antworten nicht ausgewertet.

Die Antworten zur Durchführung der Pflegevisiten liefert keine Unterschiede hinsichtlich der Zugehörigkeit der Beschäftigten zu unterschiedlichen *Trägerorganisationen*. Zwar bestehen wieder leichte *Ost-West-Differenzen* mit der üblichen etwas negativeren Einschätzung in Westdeutschland, jedoch sind diese Unterschiede nicht sehr erheblich.⁸³ Ebenso ist die Frequenz der Pflegevisiten in gemeinnützigen Diensten und gewerblichen sowie ostdeutschen und westdeutschen Diensten den Antworten der Pflegekräfte zufolge *nicht* unterschiedlich. Auch bezüglich der Ausstattung mit einem Qualitätssiegel oder Zertifikat sind solche Unterschiede zwischen den hier untersuchten Gruppen nicht sonderlich signifikant.

Allerdings werden von den Beschäftigten in *größeren* Diensten eher seltener die Durchführung von Pflegevisiten bejaht und der zeitliche Abstand von Pflegevisiten wird in größeren Diensten als signifikant größer als in kleineren angegeben.⁸⁴ Ebenso ist in größeren Pflegediensten der Zeitabstand signifikant größer, in dem die Pflegedokumentation kontrolliert wird.⁸⁵ Recht hoch ist im übrigen auch der Zusammenhang zwischen den Zeitabständen der Kontrolle per Pflegevisite und jenen der Kontrolle der Pflegedokumentation, d.h., in der Tendenz gilt, dass wenn die Frequenz bei der Kontrolle per Pflegevisite niedrig ist, gilt dies auch bei der Kontrolle der Pflegedokumentation.⁸⁶ Schließlich ergeben sich keine statistischen Zusammenhänge zwischen den Zeitabständen der Kontrollen und dem *Fachkräfteanteil* oder dem Anteil an *Vollzeitkräften* der Dienste.

4.4.6 Kundenorientierung und Ergebnisqualität

4.4.6.1 Kundenorientierung

Die Kundenorientierung und Ergebnisqualität stellen die eigentlich zentralen Aspekte im Hinblick auf die Bewertung der Pflegequalität dar. Zunächst wurden die Beschäftigten gefragt, inwiefern in ihrem Pflegedienst die Pflegebedürftigen und Angehörigen oder sonstige Laienpflegerinnen in die Überprüfung der Pflegequalität einbezogen werden. Dazu antworteten 480 Beschäftigte, d.h., 9,1% gaben zu dieser Frage kein Urteil ab. Unter den gültigen Angaben sind zudem 18,3% mit der Angabe von „weiß nicht“; gering ist auch die Zustimmung unter den gültigen Nennungen: Nur

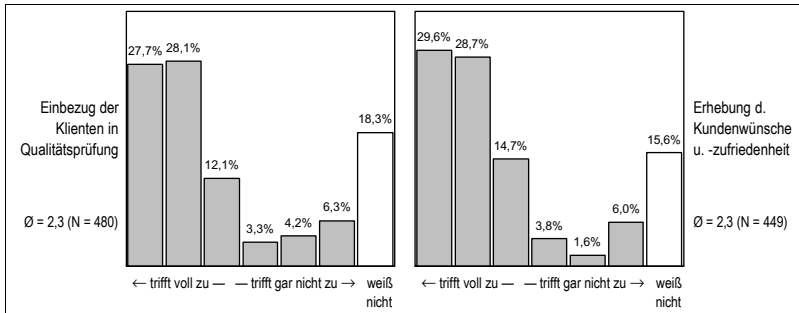
⁸³ Chi-Quadrat-Test und Mann-Whitney-U-Test sind nur auf einem Fehlerniveau <2% signifikant.

⁸⁴ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho liegt bei 0,31, bei einem Signifikanzniveau von <0,01%.

⁸⁵ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,25, bei einem Signifikanzniveau von <0,1%.

28% stimmen der Frage uneingeschränkt zu, 14% verneinen eher (Werte 4-6) und 12% geben eine ebenso als nicht gut einzustufende Drei (vgl. Abbildung 4.55). Die Art und Weise der Einbeziehung der Klienten in die Qualitätssicherung geschieht in erster Linie durch Gespräche, Anleitung und die Gewährung der Einsicht in die Pflegedokumentation.

Abbildung 4.55: Ausgewählte Einschätzungen zur Kundenorientierung der Pflegedienste



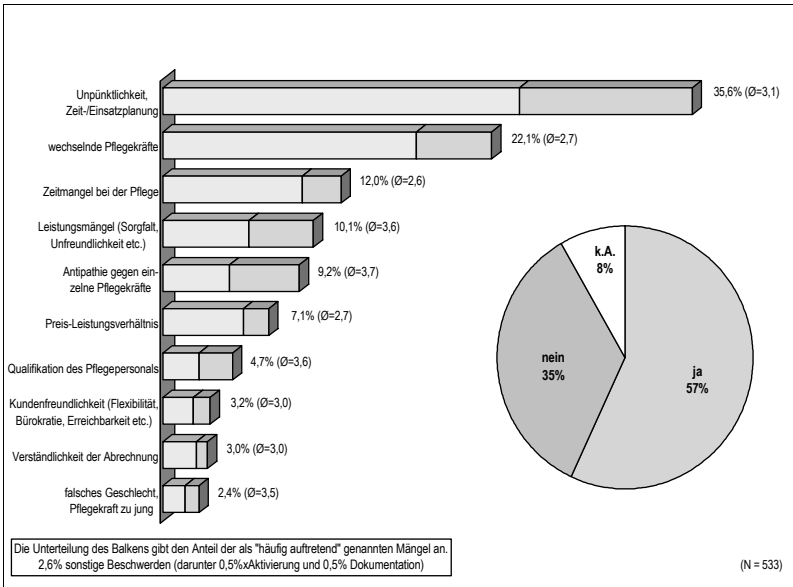
Quelle: FfG-Erhebung 2001

Recht ähnlich fallen die Einschätzungen zur direkten Erhebung der Kundenwünsche und deren Zufriedenheit aus. Allerdings kommt lassen 16% die Frage unbeantwortet und 16% der gültigen Nennungen kreuzen „weiß nicht“ an. Im Umkehrschluss kann hier gefolgert werden, dass auch in diesen Diensten die Kundenwünsche und deren Zufriedenheit zumindest nicht systematisch erhoben werden; immerhin 11,4% der antwortenden Pflegekräfte verneinen zudem die Frage (Werte von 4-6), und knapp 15% vergeben ebenso mit der Drei keinen guten Wert. Besonderes Gewicht bekommen hier die eher negativen Antworten auch im Sinne hier anzunehmender sozialer Erwartungen und deren Einflüsse auf die Beantwortung. Auch unter den Antworten zur offen gestellten Frage nach der Art der Einbeziehung der Pflegebedürftigen dominiert das Gespräch; die systematische Befragung oder gar ein Beschwerdemanagement ist selten anzutreffen.

Die Existenz von Kritik und *Beschwerden* von seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wird von fast 60% der Befragten bejaht, 35% verneinen dieses und 8% machen dazu keine Angaben (vgl. Abbildung 4.56).

⁸⁶ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,51, bei einem Signifikanzniveau von <0,1%.

Abbildung 4.56: Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Unter den Beschwerden dominieren solche, die sich auf die Unpünktlichkeit oder die mangelnde Einsatzplanung beziehen,⁸⁷ d.h., dass vereinbarte Zeiten nicht eingehalten oder dass die gewünschten Zeiten der Einsätze nicht berücksichtigt werden. Knapp 36% der Nennungen beziehen sich auf solche Beschwerden. Ein weiterer oft genannter Anlass für Klagen stellt der häufige Wechsel von Pflegekräften dar, der von 22% der Pflegekräfte genannt wird. Zeitmangel, die ungenügende Sorgfalt und Freundlichkeit der Pflegerinnen oder sonstige Aspekte der Leistungsinsuffizienz folgen mit ca. 10% der Angaben; fast ebenso häufig wird von den Pflegekräften die Antipathie gegen einzelne Pflegepersonen als Auslöser für Beschwerden der Pflegebedürftigen oder Angehörigen genannt. Eher selten werden durch die Klienten laut der Angaben der Beschäftigten offenbar das Preis-Leistungsverhältnis, die Qualifikation der Pflegepersonen, die mangelnde Flexibilität oder Erreichbarkeit sowie andere Aspekte der Kundenfreundlichkeit der Dienste, die zu geringe Transparenz der Abrechnungen, die fehlende Berücksichtigung des gewünschten Geschlechts oder das als zu gering empfundene Alter der Pflegeperson moniert. Schließlich sei erwähnt, dass sich einige Nennungen der Pflegekräfte auf sonstige Anlässe für Beschwerden be-

⁸⁷ Das Ausmaß der Beschwerden wurde über Rangskalen (1=trifft häufig zu, bis 6=trifft selten zu) abgefragt; die in Abb. 4.56 angegebenen Durchschnitte wurden auf deren Basis ermittelt.

zogen, die sich vor allem auf externe Akteure, allen voran die Träger von Sozialleistungen, richteten.

Die Angaben der Beschäftigten zur Existenz von Beschwerden der Kunden über ihren Pflegedienst gehen in hohem Maße mit der Feststellung von Qualitätsmängeln im Pflegedienst und mit der Bewertung des Pflegedienstes in den einzelnen Bereichen einher. (vgl. Tabelle 4.30).

Tabelle 4.30: Zusammenhang zwischen der Existenz von Beschwerden über den Pflegedienst und der Bewertung der Qualität des Pflegedienstes (Rangkorrelation)

	Gibt es Beschwerden in Ihrem Pflegedienst? (1=Ja/2=Nein)		
	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho	Sign. (2-seitig)	N
Gibt es Qualitätsmängel in Ihrem Pflegedienst? (1=Ja / 2 = Nein)	0,33	0,00%	468
Bewertung der Qualität des Pflegedienstes hinsichtlich: (Rangskala: 1= sehr gut bis 6 = ungenügend)			
Kontinuität der Einsatzplanung	-0,38	0,00%	451
Pflegedokumentation	-0,35	0,00%	476
Pflegeplanung	-0,32	0,00%	471
Organisation	-0,31	0,00%	470
Qualitätssicherung und -prüfung	-0,29	0,00%	437
Beratung und Vertragsgestaltung	-0,29	0,00%	420
Hauswirtschaftliche Versorgung	-0,27	0,00%	460
Aktivierung der Pflegebedürftigen	-0,27	0,00%	473
Sonstige Betreuung, Gesprächsbereitschaft	-0,25	0,00%	471
Koordination mit Laienpflege	-0,22	0,00%	384
Dekubitusprophylaxe	-0,21	0,00%	465
Grundpflege	-0,21	0,00%	475
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Kunden	-0,21	0,00%	474
Bereitschaft für Kriseninterventionen	-0,19	0,01%	410
Transparenz/Zuverlässigkeit von Leistungen u. Abrechnung	-0,19	0,01%	438
Qualifikation des Personals	-0,18	0,01%	468
Unterstützung mit Hilfsmitteln	-0,17	0,02%	474
Koordination mit anderen Versorgungseinrichtungen	-0,16	0,09%	420
Konzeption, Leitbild	-0,13	0,50%	439
Erreichbarkeit	-0,11	1,75%	462

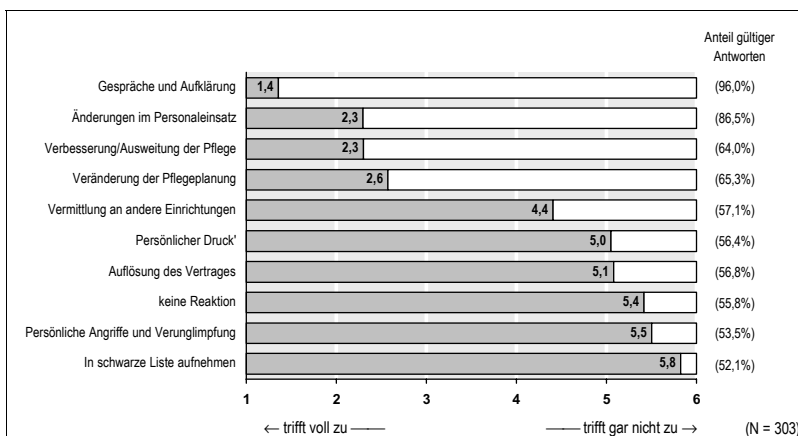
Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die Hypothese, je häufiger es Kritik und Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen gibt, desto häufiger werden Qualitätsmängel im Pflegedienst festgestellt und desto schlechter schneidet der Pflegedienst in der Bewertung der Mitarbeiterinnen in den einzelnen Bereichen ab, lässt sich mit den vorliegenden Daten untermauern. Relativ stark korrelieren erneut

die Bewertungen der Kontinuität der Einsatzplanung, die Pflegeplanung und der Organisation mit dem Vorkommen von Beschwerden.

Im Vordergrund der Einschätzungen der Pflegekräfte zum *Umgang* mit Kritik und Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen stehen Gespräche und Aufklärung, welche unter verschiedenen Items mit Abstand die höchsten Bewertungen erhalten. Dieses bejahen 71% der Pflegekräfte ohne Abstriche positiv, nur 4% vergeben Werte von 3-6 und der Mittelwert liegt bei 1,4; die Wichtigkeit und der Grad der Zustimmung zu dieser Form der Krisenbewältigung lässt sich auch daran ablesen, dass hier nur 4% der 533 Probanden keine Angaben machen (Abbildung 4.57).

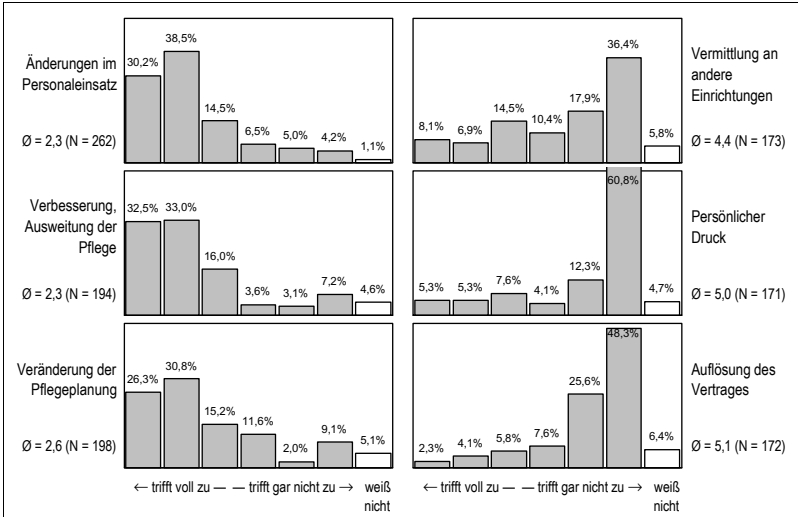
Abbildung 4.57: Einschätzungen zum Umgang mit Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Mittelwerte)



Umgekehrt erfahren die Items mit sozial unerwünschten Formen der Problembewältigung („keine Reaktion“, „persönliche Angriffe, Verunglimpfung“ oder „in schwarze Liste aufnehmen“) eine fast durchgehende und mehr oder weniger komplette Ablehnung; die Anteile der uneingeschränkten Ablehnung liegen bei diesen Items bei ca. 80%, die Mittelwerte bei 5,8-5,4. Das heißt aber nicht, dass diese Reaktionen nicht auch in *Einzelfällen* vorkämen: So bestätigen 2% der Pflegekräfte das Führen „schwarzer Listen“ für problematische Kunden, 9% bejahen überwiegend das Item „persönliche Angriffe oder Verunglimpfungen der Kunden“ und 12,4% stimmen mehr oder weniger der Angabe „keine Reaktion“ zu (jeweils Summen der Anteile mit Skalenwerten 1-3).

Die folgende Abbildung zeigt die differenzierten Häufigkeiten der interessanteren, weil nicht völlig eindeutigen, Meinungsbilder zum Umgang mit Beschwerden.

Abbildung 4.58: Ausgewählte Einschätzungen zum Umgang mit Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Häufigkeiten)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

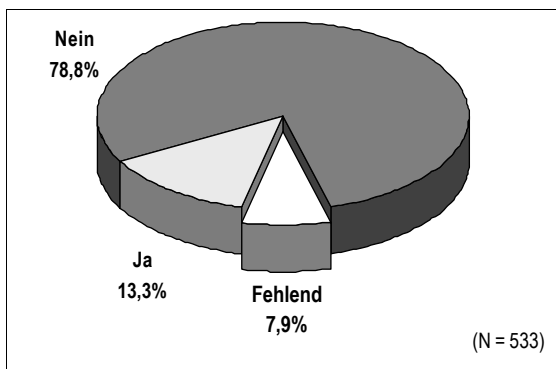
Nach den „Gesprächen und Aufklärung“ stellen „Änderungen im Personaleinsatz“ laut der Einschätzungen der Mitarbeiterinnen die häufigste Reaktion auf Beschwerden von seiten der Kunden dar: 30% der Pflegekräfte meinen, dass diese Art von Konfliktlösung in ihrem Pflegedienst „voll zutrefte“, allerdings verneinen immerhin knapp 16% diese Antwortkategorie überwiegend. Eine nicht ganz so große Bejahung erfahren Leistungsverbesserungen oder -ausweitungen und die Veränderung der Pflegeplanung als Möglichkeiten des Umgangs mit Kritik und Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, was noch 33 und 26% voll bejahen und immerhin 14 und 23% überwiegend verneinen. Die Vermittlung an andere Einrichtungen wird als Konsequenz aus Beanstandungen von seiten der Kunden bereits deutlich seltener eingesetzt, dieses bejahen überwiegend fast 30% der Mitarbeiter der Pflegedienste, während es von 65% eher als nicht zutreffend eingeschätzt wird, der Rest hat dazu keine Meinung. Persönlicher Druck oder die Auflösung des Vertrages kommt als Folge von Kritik offenbar eher selten vor, aber immerhin von 18 und 12% der Beschäftigten werden diese Reaktionen doch als eher zutreffend

eingeschätzt. Auch muss bei diesen Anteilen die teilweise geringe Anzahl der Beschäftigten berücksichtigt werden, die überhaupt antworteten.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass in der Regel eine abgestufte Vorgehensweise bei Beschwerden der Klienten praktiziert werden dürfte: Erst kommen Gespräche, dann folgen ggf. Veränderungen im Pflegeablauf, womöglich der Wechsel von Pflegekräften, veränderte Pflegepläne und Verbesserungen oder Ausweitungen der Pflege. Härtere Gangarten scheinen eher selten als letzte Konsequenz in Betracht zu kommen, wenngleich von etwa bis zu ca. 10% der Mitarbeiterinnen auch problematische Umgangsformen als Folgen von Kritik wie Verunglimpfungen, persönlicher Druck gegenüber den Kunden oder Passivität sowie Auflösung des Vertrages als für ihren Pflegedienst eher zutreffend bezeichnet werden.

Bei dieser Bewertung muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Beschwerden der Pflegebedürftigen oder Angehörigen nicht immer begründet sein müssen. Zudem muss der Hintergrund bedacht werden, dass Betroffene wie Pflegekräfte einer hohen psychischen und physischen Belastung ausgesetzt sein können, so dass hin und wieder sogar *gewaltsame* Ausbrüche stattfinden können. Die Frage, ob die Pflegekräfte in den letzten 12 Monaten selbst Opfer von Gewalthandlungen (physisch oder psychisch) von seiten der Pflegebedürftigen oder Angehörigen wurden, bejahen immerhin 13,3% (Abbildung 4.59); werden die fehlenden Angaben von 8% abgezogen, so erhöht sich der Anteil der von Gewalt betroffenen Pflegekräfte auf 14,5%.

Abbildung 4.59: Beschäftigte in der ambulanten Pflege als Opfer von Gewalthandlungen von seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (in den letzten 12 Monaten)



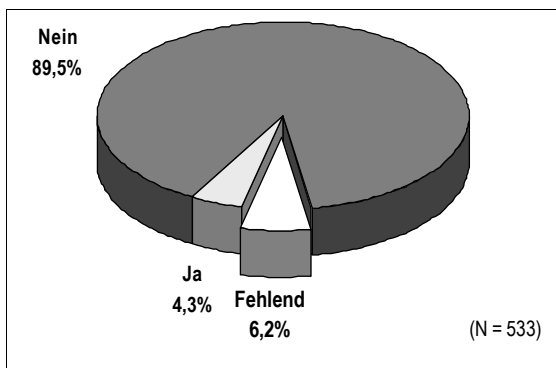
Quelle: FfG-Erhebung 2001

Aufgrund der geringen Zahl von Fällen, ist die weitere quantitative Auswertung diesbezüglich begrenzt, deshalb dazu nur so viel: Die *Formen* der Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen sind vielfältig, sie reichen von Anschreien, Beleidigungen, bis hin zum Schlagen oder sonstigen tätlichen Angriffen auf die Pflegekräfte wie Beißen, Würgen, Kratzen etc. Ebenso verschieden sind die *Gründe*, die laut der Einschätzungen der Beschäftigten zur Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen führen können; vorwiegend genannt wurden Demenz, die Unzufriedenheit mit dem Befinden oder Schmerzen sowie die Überlastung von Angehörigen. Jedoch liegen auch hier nur sehr geringe Fallzahlen vor, so dass wiederum weitere spezielle Untersuchungen dazu nötig wären. Ebenso disparat sind die Angaben zur *Häufigkeit* der Gewaltvorkommnisse, die von einmal pro Jahr bis zu täglich schwanken, der mittlere Wert (Median) liegt bei vier.

4.4.6.2 Weitere Aspekte der ‚Ergebnisqualität‘

Deutlich seltener als Gewalt, welche von Pflegebedürftigen oder Angehörigen ausgeht, beobachteten Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung sowie Misshandlungen der Pflegebedürftigen von seiten der Pflegekräfte. Derartige Vorkommnisse bejahen lediglich 4,3% (oder 4,6% ohne Einbezug der fehlenden Angaben) der an der Befragung teilnehmenden Beschäftigten für die letzten 12 Monate (Abbildung 4.60).

Abbildung 4.60: Schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung oder Misshandlung von Pflegebedürftigen durch Pflegekräfte (in den letzten 12 Monaten)

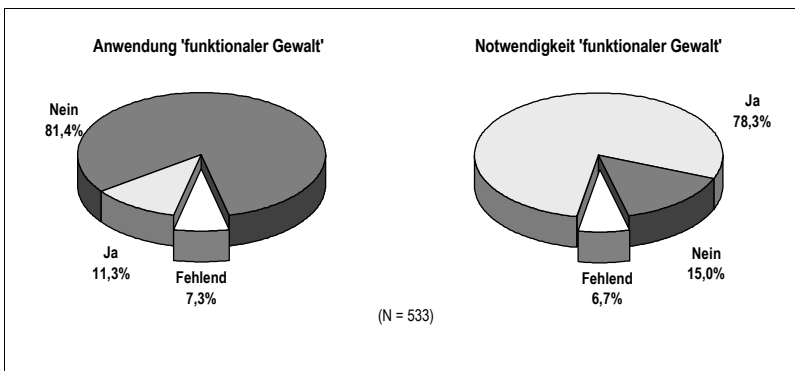


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Gerade bei dieser Frage muss bei den Antworten der Beschäftigten allerdings der mögliche verzerrende Einfluss einer Beantwortung im Sinne sozialer Erwartungen und eine mögliche unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung der Gewalt von Pflegebedürftigen und Pflegekräften bedacht werden, so dass diese Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Dazu wären weitere Forschungen vonnöten, die allerdings erheblichen Schwierigkeiten unterliegen. Interessant erscheint, dass das Vorkommen von Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen durch die Pflegekräfte wie dargestellt deutlich häufiger angegeben wird als schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung oder Misshandlungen von seiten der Pflegekräfte. Ob dieses der Realität entspricht oder ob diese Diskrepanz der natürlichen Differenz zwischen einer (eher positiven) Selbst- und (eher negativen) Fremdeinschätzung geschuldet ist, kann jedoch nicht gesagt werden.

Die Anwendung ‚funktionaler Gewalt‘ (z.B. Fixieren, Gabe von Beruhigungsmittel) wird von den Pflegekräften deutlich häufiger bejaht (Abbildung 4.61), dem stimmen 11, bzw. 12% (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) zu. Die weitere Frage, ob diese Maßnahmen tatsächlich notwendig seien, wird von 78% mit „Ja“ und von 15% mit „Nein“ beantwortet, knapp 7% können oder wollen dazu keine Angaben machen. Auch hier erhöht sich der Anteil derer, welche die Anwendung ‚funktionaler Gewalt‘ nicht für notwendig halten, wenn die fehlenden Angaben unberücksichtigt bleiben (auf 16%).

Abbildung 4.61: Einschätzungen zum Vorkommen und zur Notwendigkeit ‚funktionaler Gewalt‘ (z.B. ‚Fixieren‘, Gabe von Beruhigungsmitteln)

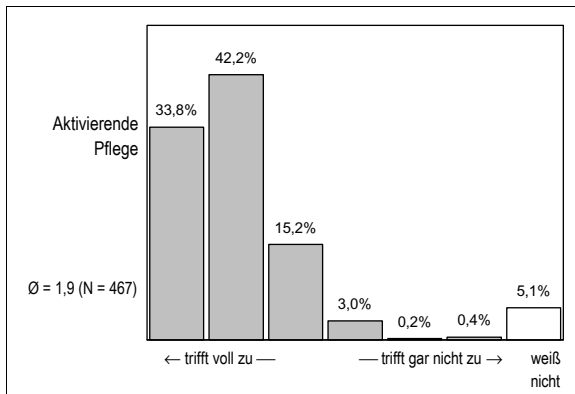


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Der ‚Fixierung‘ von Pflegebedürftigen steht auf der anderen Seite das Ideal einer ‚aktivierenden Pflege‘ gegenüber, welche auf die Erhaltung oder Wiedererlangung von Beweglichkeit und

Selbsthilfe gerichtet ist, was im günstigsten Fall die Pflege und Betreuung überflüssig werden ließe. Inwiefern eine ‚aktivierende Pflege‘ durch die professionellen ambulanten Pflegedienste durchgeführt wird, beurteilen die Pflegekräfte folgendermaßen (Abbildung 4.62): Dazu antworten 467 von 533 Beschäftigte, 12,4% geben also dazu kein Urteil ab; von 34% der gültigen Angaben wird die Durchführung ‚aktivierender Pflege‘ als „voll zutreffend“ bezeichnet, 3,6% verneinen dies überwiegend, 15% vergeben auf der Skala von 1-6 eine schon kritische Drei und 5% antworten mit „weiß nicht“.

Abbildung 4.62: Einschätzungen zur ‚aktivierenden Pflege‘



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Deutlich positiver fallen die Einschätzungen der Pflegekräfte zur Vermeidung und Behandlung von Dekubitus aus (Abbildung 4.63). Allerdings gibt ein sehr großer Anteil von 22% der 533 Beschäftigten kein Votum dazu ab. Von den 456 gültigen Nennungen stimmen 67% voll zu, nur 0,7% verneinen diese Maßnahmen überwiegend, 5% der Pflegekräfte wissen nicht, ob derartiges in ihrem Pflegedienste durchgeführt wird. Ähnlich hoch ist die Zustimmung der Pflegekräfte zur Frage nach der Bereitstellung oder Vermittlung von Hilfsmitteln (Abbildung 4.64). Diese Frage wird zudem nur von 5,4% nicht beantwortet (fehlende Angaben) und 2,6% unter den als gültig betrachteten Angaben geben „weiß nicht“ an.

Abbildung 4.63: Einschätzungen zur Propylaxe und Behandlung von Dekubitus

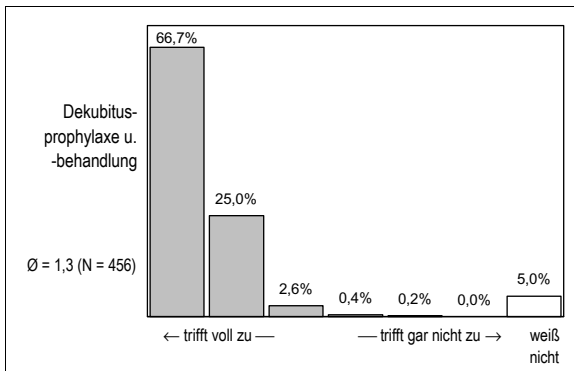
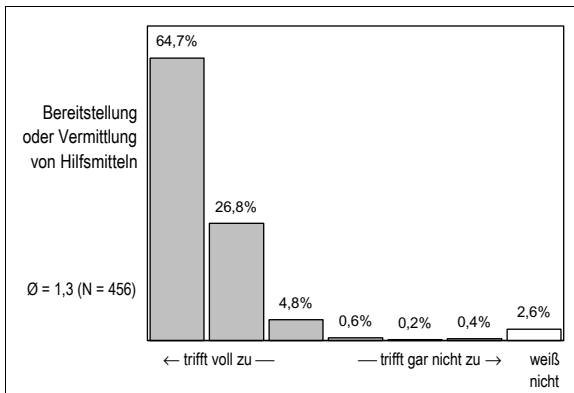
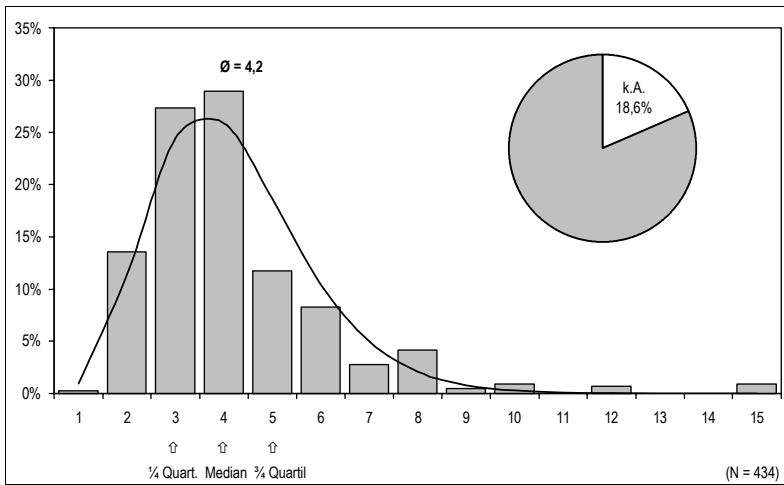


Abbildung 4.64: Einschätzungen zur Bereitstellung und Vermittlung von Hilfsmitteln



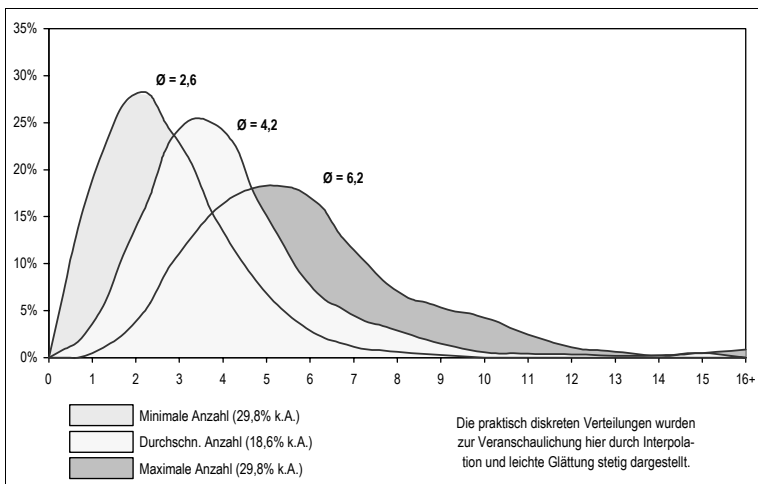
Häufig wechselnde Pflegekräfte stellen ein zentrales Kriterium für die Qualität der Pflege dar und bieten wie dargestellt häufig Anlass für Beschwerden. Laut der Einschätzungen der 434 gültigen Angaben der Beschäftigten (18,6% ließen die Frage unbeantwortet oder gaben inkonsistente Antworten), sind über einen Monat gesehen im *Durchschnitt* 4,2 Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem im Einsatz (Abbildung 4.65), allerdings ist die Streuung erheblich. Die Streuung ist noch größer, wenn man die jeweils minimale und maximale Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte betrachtet: In einem Extremfall wurden sogar 30 Pflegekräfte angegeben, die während eines Monats für einen Pflegefall tätig seien (Abbildung 4.66).

Abbildung 4.65: Eingesetzte Pflegekräfte pro Pflegebedürftigen (Durchschnitt pro Monat)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Abbildung 4.66: Eingesetzte Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem (Minimum, Durchschnitt, Maximum pro Monat)

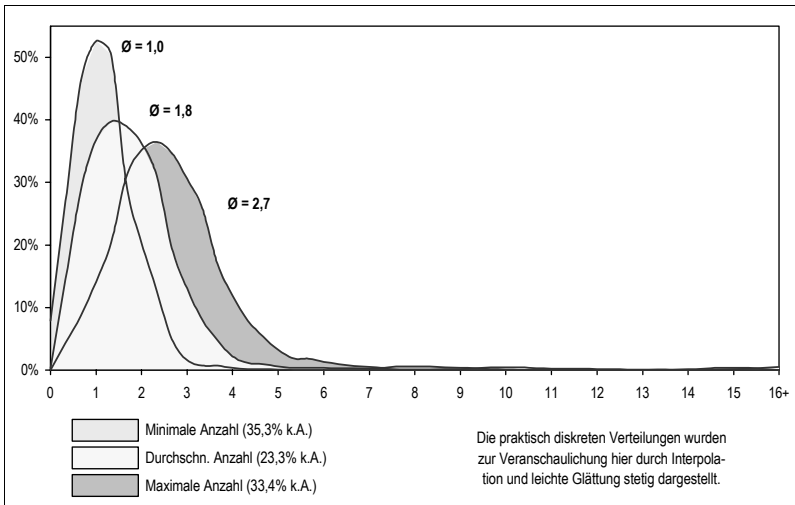


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Ein weiterer Aspekt der ‚Ergebnisqualität‘ aus der Sicht der ‚Kunden‘ stellt die Anzahl der beim Pflegedienst im Umlauf befindlichen *Wohnungs- oder Hausschlüssel* dar. Diese sollte im Interes-

se der Pflegebedürftigen und Angehörigen eine überschaubare Zahl nicht übersteigen. Wie die Antworten der dazu befragten Pflegekräfte zeigen (Abbildung 4.67), sind im Durchschnitt zwei Schlüssel im Pflegedienst vorhanden, allerdings können in Einzelfällen auch erheblich mehr Schlüssel im Umlauf sein, der Maximalwert liegt sogar bei 30, in der Regel handelt es sich jedoch pro Klient um einen bis vier beim Pflegedienst vorrätige Haus- oder Wohnungsschlüssel.

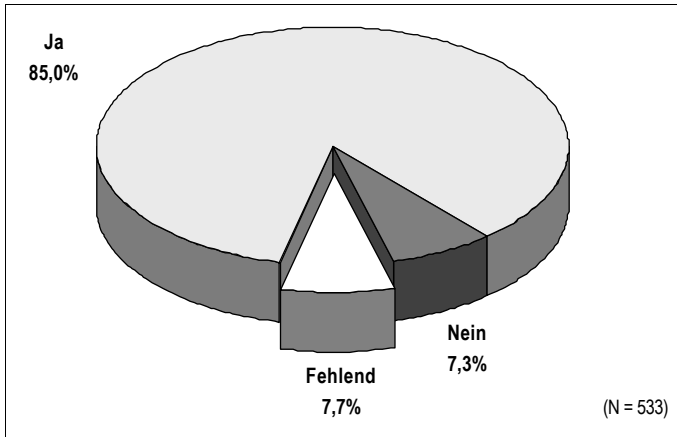
Abbildung 4.67: Häufigkeit von Haus- oder Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen im Pflegedienst (Minimum, Durchschnitt, Maximum pro Monat)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Die Gewährleistung der ständigen Rufbereitschaft ‚rund um die Uhr‘, d.h., auch nachts, ist ein weiteres wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Qualität eines ambulanten Pflegedienstes. Laut der dazu vorliegenden Einschätzungen ist diese Grundvoraussetzung in 7,3% (und knapp 8% der 453 gültigen Antworten) nicht gewährleistet (Abbildung 4.68).

Abbildung 4.68: Einschätzungen zur Gewährleistung ständiger Rufbereitschaft (auch nachts)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

4.4.6.3 Unterschiede hinsichtlich Trägerschaft, regionaler Herkunft und anderer Strukturmerkmale der Pflegedienste

Im folgenden sollen auch für dieses Kapitel Unterschiede der Bewertungen nach der Zugehörigkeit der Mitarbeiterinnen zu verschiedenen *Trägern* (gemeinnützige oder private gewerbliche) und *Regionen* (Ost- und Westdeutschland) dargestellt werden. Zunächst zu den Unterschieden zwischen den beiden Trägertypen: Hier bestehen leichte Unterschiede bei der Einschätzung und Bewertung der *Kundenorientierung* des eigenen Pflegedienstes. In der Tendenz geben Beschäftigte gemeinnütziger Pflegedienste dazu eher schlechtere Werte an als solche aus privaten gewerblichen Pflegediensten. So bejahen nur 29% der Pflegekräfte von gemeinnützigen Pflegediensten die Frage, ob die Pflegebedürftigen und Angehörigen in die Überprüfung der Pflegequalität einbezogen würden, mit „trifft voll zu“; dieser Anteil liegt bei den privaten gewerblichen Diensten bei 46%.⁸⁸ Eine ähnliche Dichotomie zeigt sich bei den Antworten auf die Frage nach der Erhebung von Kundenwünschen und -zufriedenheit in ihrem Pflegedienst, was nur 26% der Mitarbeiter aus gemeinnützigen, aber 43% der privaten gewerblichen Dienste uneingeschränkt bejahen.⁸⁹

⁸⁸ Der Mittelwert der Antworten liegt bei den gemeinnützigen Verbänden bei 2,4, bei den privaten gewerblichen bei 2,1; der Mann-Whitney-U-Test ist signifikant auf einem Fehlerniveau von <2%, der Chi-Quadrat-Test auf einem Niveau von <3%, das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,18.

⁸⁹ Der Mittelwert liegt bei den gemeinnützigen Verbänden bei 2,5, bei den privaten gewerblichen bei 2,0; der Mann-Whitney-U-Test ist signifikant auf einem Fehlerniveau von <2%, der Chi-Quadrat-Test auf einem Niveau von <3%, das Zusammenhangsmaß Cramers V liegt bei 0,18.

Bei der Frage nach Beschwerden von Seiten der Klienten zeigen sich überwiegend *keine* solchen Unterschiede, allerdings wurden Klagen über Unpünktlichkeit oder Beschwerden über die Zeitplanung von Mitarbeiterinnen gemeinnütziger Pflegedienste etwas häufiger genannt als von jenen in den privaten gewerblichen Betrieben.⁹⁰ Zudem gibt es bei den Einschätzungen des Umgangs mit Beschwerden leichte Tendenzen, dass die Pflegekräfte in privaten gewerblichen Diensten häufiger dem Item zustimmen, die Pflegeplanung oder der Personaleinsatz werde geändert.⁹¹ Umgekehrt wird dem Item „persönlicher Druck“ als Reaktion ihres Pflegedienstes auf Beschwerden von den Beschäftigten in privaten gewerblichen Diensten seltener zugestimmt als in gemeinnützigen.⁹²

Keine Unterschiede ließen sich für die übrigen Variablen zwischen den Bewertungen der Beschäftigten in gemeinnützigen und privaten gewerblichen Pflegediensten feststellen: Weder die Gewalthandlungen von Seiten der Klienten noch das Vorkommnis schwerwiegender Pflegemängel oder die Anwendung ‚funktionaler Gewalt‘ traten laut der Angaben der Pflegekräfte in den beiden Gruppen in signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auf.

Dagegen zeigt sich wiederum bei der Frage nach der Zahl der durchschnittlich pro Pflegebedürftigem eingesetzten Pflegekräfte bei gemeinnützigen Trägern eine höhere Anzahl (Mittelwert = 4,4) als bei gewerblichen Trägern (Mittelwert = 4,0).⁹³ Eher umgekehrt liegen allerdings die Unterschiede bei der Zahl der im Umlauf befindlichen Schlüssel: Hier sind bei den gewerblichen Pflegediensten (Mittelwert 2,0) etwas mehr Schlüssel pro Pflegebedürftigem vorhanden als bei den gemeinnützigen Trägern, wenngleich der Unterschied nicht sehr gravierend ausfällt.⁹⁴

Neben der Zugehörigkeit zu verschiedenen Trägern zeitigt auch die *regionale* Herkunft der Beschäftigten zum Teil deutlich unterschiedliche Einschätzungen der in diesem Kapitel betrachteten Qualitätsmerkmale: So wird die *Kundenorientierung* ihrer Pflegedienste von den Beschäftigten in Westdeutschland wiederum deutlich kritischer beurteilt als von ihren Kollegen in Ostdeutschland. So stimmten 42% in Ostdeutschland, jedoch nur 31% in Westdeutschland der Frage

⁹⁰ Die Differenzen sind laut Mann-Whitney-U-Test nur auf einem Niveau von <5% und laut Chi-Quadrat-Test auf einem Niveau <10% signifikant; Cramers V beträgt 0,20; so meinen 15% (in gemeinnütziger Trägerschaft) gegenüber 4% (in privater Trägerschaft), dass Unpünktlichkeit auf einer Skala von 1-6 mit 1, also extrem häufig, einzustufen sei. Die Mittelwerte betragen 3,1 (gemeinnützige Träger) und 3,5 (private gewerbliche Träger).

⁹¹ 42% der Beschäftigten gewerblicher und lediglich 22% aus gemeinnützigen Diensten geben beim Item Änderungen im Personaleinsatz einen Idealwert 1; beim Item Änderungen der Pflegeplanung betragen die Anteile 46 und 23%; der Chi-Quadrat-Test liefert für die erste Variable ein Signifikanzniveau von 0,6% und ein Cramers V von 0,25, für die zweite Variable liegt das Signifikanzniveau bei <5%, mit einem Cramers V von 0,24.

⁹² Während 20% der Beschäftigten in gemeinnütziger Trägerschaft dem Item mit Werten von 1-2 zustimmen, liegt dieser Anteil für die privaten gewerblichen Dienste bei 0; der Chi-Quadrat-Test ist sign. auf einem Fehlerlevel von <2% (Cramers V, liegt bei 0,31), der Mann-Whitney-U-Test ist sogar signifikant auf einem Niveau von <0,5%.

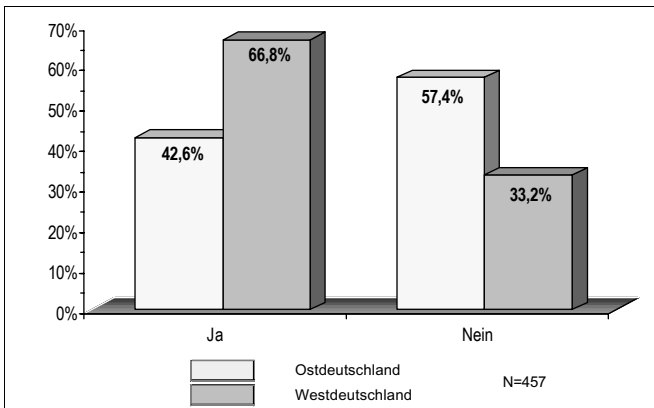
⁹³ Laut Mann-Whitney-U-Test sind die Differenzen auf einem Niveau von 0,01% signifikant.

⁹⁴ Der Mann-Whitney-U-Test liefert jedoch ein sehr hohes Signifikanzniveau von <0,2%.

uneingeschränkt zu, ob die Kunden in die Überprüfung der Pflegequalität einbezogen werden, umgekehrt vergeben diesbezüglich nur 18% in Ost- und 35% in Westdeutschland eher ablehnende Einschätzungen mit Werten von 3-6.⁹⁵ Eine noch etwas deutlichere Disparität zeigt sich hinsichtlich der Antworten auf die Frage nach der Erhebung von Kundenwünschen und -zufriedenheit, wo 50% der ostdeutschen, aber nur 31% der westdeutschen Beschäftigten für ihren Pflegedienst voll zustimmende Werte vergeben.⁹⁶ Ähnliches gilt für die Frage der Durchführung ‚aktivierender Pflege‘, dem z.B. 46% der Mitarbeiterinnen in Ostdeutschland, aber lediglich 33% in Westdeutschland uneingeschränkt zustimmen.⁹⁷

Geradezu diametral ist der Unterschied der Nennungen von Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und Angehörigen über den eigenen Pflegedienst: Hier sagen gut zwei Drittel der westdeutschen Pflegekräfte, dass es eine solche Kritik gäbe, während dieses 57% der ostdeutschen Kolleginnen verneinen (Abbildung 4.69).⁹⁸

Abbildung 4.69: Kritik und Beschwerden von Kunden über den eigenen Pflegedienst in Ost- und Westdeutschland



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Der *Umgang* mit Kritik und Beschwerden ist jedoch in Ost- und Westdeutschland laut der Einschätzungen der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten überwiegend ähnlich, bis auf die

⁹⁵ Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Test sind sign. (<1%), Cramers V, liegt bei 0,16.

⁹⁶ Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Test sind sign. <1%, Cramers V, liegt bei 0,18.

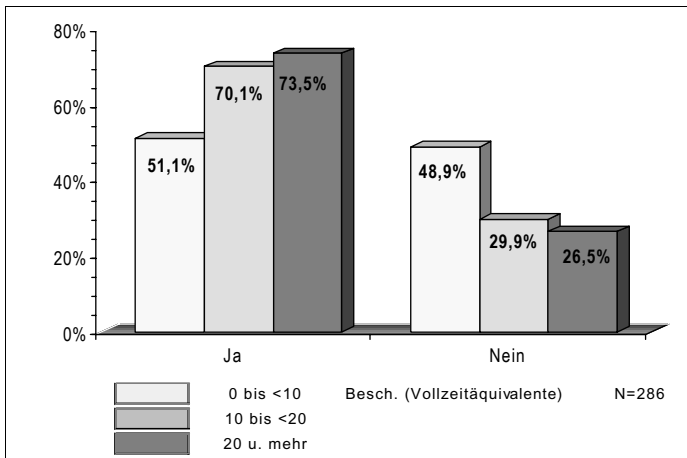
⁹⁷ Mann-Whitney-U-Test (<1%) und Chi-Quadrat-Test (<2%) fallen hoch signifikant aus; Cramers V liegt bei 0,14.

⁹⁸ Mann-Whitney-U-Test und Chi-Quadrat-Test liegen unter einer Sign. v. 0,01%, Cramers V beträgt sogar 0,22.

Tatsache, dass die ostdeutschen Pflegekräfte „Gespräche und Aufklärung“ noch etwas häufiger als zutreffend angeben als ihre westdeutschen Kolleginnen.⁹⁹

Einige interessante Differenzen treten auch bei der Auswertung der Antworten der Beschäftigten hinsichtlich der Größe der Pflegedienste auf. Für die bessere Darstellung in Abbildungen und für die Chi-Quadrat-Tests wurden drei Größenklassen gebildet (0 bis <10; 10 - <20; 20 und mehr Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten).¹⁰⁰ So nimmt mit der zunehmenden Größe der Pflegedienste auch die Häufigkeit von Kritik und Beschwerden von seiten der Klienten signifikant zu (Abbildung 4.70).¹⁰¹ Unter den Beschwerden tritt insbesondere die Angabe von Unpünktlichkeit als Beschwerdegrund in größeren Diensten deutlich häufiger auf als in kleineren (Abbildung 4.71).¹⁰²

Abbildung 4.70: Kritik und Beschwerden von Kunden nach der Größe der Pflegedienste



Quelle: FfG-Erhebung 2001

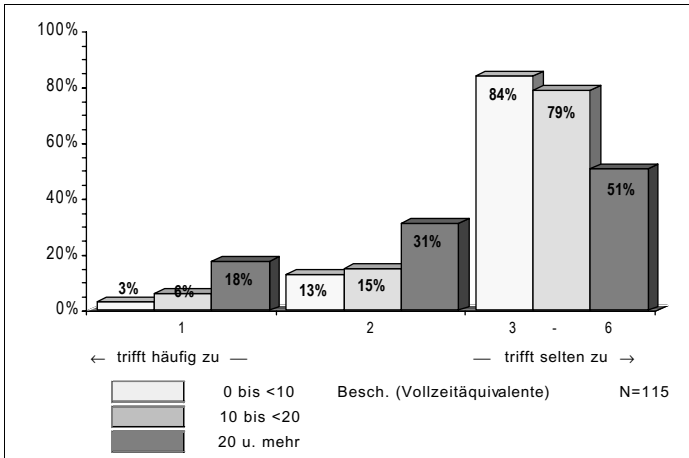
⁹⁹ Der Mittelwert der Nennungen liegt in Ostdeutschland bei 1,1, in Westdeutschland bei 1,4; die Unterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test sign. <1%, laut Chi-Quadrat-Test sign. <5% signifikant; Cramers V beträgt 0,16.

¹⁰⁰ An dieser Stelle sei daran erinnert, dass nur zu 308 der insgesamt 533 antwortenden Beschäftigten auch Informationen zur Organisation der Dienste vorlag.

¹⁰¹ Der Chi-Quadrat-Test fällt auf einem Niveau von <0,5% signifikant aus, Cramers V liegt bei 0,21; der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient beträgt -0,22 und ist auf einem Niveau von <0,01% signifikant.

¹⁰² Laut Chi-Quadrat-Test sind die Unterschiede signifikant auf einem Niveau von <0,3%, Cramers V liegt bei 0,23; der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient beträgt -0,33 und ist auf einem Niveau von <0,01% signifikant.

Abbildung 4.71: Unpünktlichkeit als Kritik von Kunden nach der Größe der Pflegedienste



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Weitere bemerkenswerte Unterschiede je nach Größe der Dienste werden auch in den Bewertungen der Beschäftigten des *Umgangs* mit Beschwerden deutlich: Die größeren Dienste scheinen demnach einerseits eher weniger per Gespräch und Aufklärung¹⁰³ sowie durch Änderungen im Personaleinsatz¹⁰⁴ auf die Klienten zuzugehen, andererseits auch seltener mit persönlichem Druck zu reagieren.¹⁰⁵ Schließlich sind in großen Pflegediensten offenbar im Durchschnitt mehr Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem im Einsatz: Während in kleineren und mittleren Diensten der Mittelwert bei 3,4-3,7 liegt, beträgt dieser in großen Diensten über 5,3.¹⁰⁶

Neben der Größe der Dienste ist bei einigen Items offenbar auch der Anteil der *Fachkräfte* oder *Vollzeitbeschäftigter* mit einigen interessanten Unterschieden in der Bewertung verbunden, wobei diese allerdings aufgrund einer gewissen Heterogenität in weiteren Untersuchungen näher geprüft werden müssten: So geben Beschäftigte in Pflegediensten mit höherem Anteil an Fachkräf-

¹⁰³ Hier liegt der Mittelwert der Nennungen bei kleinen Diensten bei 1,22, bei großen dagegen bei 1,38; die Unterschiede sind laut Chi-Quadrat-Test auf einem Niveau von <4% signifikant; Cramers V beträgt 0,17, der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient (Größe nach Vollzeitäquivalenten ohne Größenklassen) liegt bei 0,22, signifikant auf einem Niveau von <1%.

¹⁰⁴ Allerdings sind die Unterschiede bei diesem Item geringer; Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,16, signifikant auf einem Niveau von <5%.

¹⁰⁵ Hier liegt der Mittelwert der Antworten bei großen Diensten bei 4,7, bei kleineren und mittleren dagegen bei 5,3; die Unterschiede sind laut Chi-Quadrat-Test jedoch lediglich auf einem Fehlerniveau von <10% signifikant; Cramers V ist aber mit 0,21 ebenso wie der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho (-0,25) recht hoch, der wiederum auch stärker signifikant ist (<2%).

¹⁰⁶ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,24 (signifikant auf einem Niveau <0,01%).

ten auch eher etwas bessere Noten für ihren Pflegedienst bei der Dekubitusprophylaxe, obgleich der statistische Zusammenhang nicht allzu stark ausgeprägt ist.¹⁰⁷ Dann findet sich die Angabe der Beschwerde „Zeitmangel“ bei Pflegekräften in Pflegediensten mit einem *hohen* Anteil an Vollzeitbeschäftigten eher häufiger als in den übrigen Diensten.¹⁰⁸ Beim Umgang mit Beschwerden geben Pflegekräfte in Diensten mit einem hohen Fachkräfteanteil in *geringerem* Ausmaß an, dass die Pflegeplanung verändert werde.¹⁰⁹ Ferner sagen Pflegekräfte in Diensten mit einem hohen Anteil an Vollzeitkräften eher häufiger, dass auf Beschwerden keine Reaktion erfolge,¹¹⁰ und Beschäftigte in Diensten mit einem hohen Anteil an Fachkräften nennen die „Auflösung des Vertrages“ deutlich häufiger als Reaktion auf Beschwerden als diejenigen in Pflegediensten mit einem geringen Fachkräfteanteil.¹¹¹ Schließlich sind in Pflegediensten mit einem hohen Anteil an Vollzeitkräften eher mehr Schlüssel pro Pflegebedürftigem im Umlauf.

4.4.7 Organisation

Aufgrund der enormen organisatorischen Anforderungen einer professionellen ambulanten Pflege schlägt sich die Art und Weise der Einsatzplanung stark auf die Qualität der Pflege nieder, was offenbar auch von den Klienten so erlebt wird. Erinnert sei daran, dass durch die Pflegekräfte Unpünktlichkeit, mangelnde Einsatzplanung und häufig wechselnde Pflegekräfte als wichtige Anlässe und Ursachen für Beschwerden der Klienten angegeben werden. Die Organisation, Einsatzplanung, Koordination und Kommunikation stellen auch aus der Sicht der Pflegekräfte eher kritisch bewertete Bereiche dar (vgl. Kap. 4.4.2). Entsprechend hilfreich dürfte also ein Konzept zur Einsatzplanung sein. Wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, verneinen 11% der 508 dazu antwortenden Mitarbeiterinnen ambulanter Pflegedienste, dass es in ihrem Dienst ein solches Konzept gäbe. Hinzu kommt, dass 14% der antwortenden Pflegekräfte nichts von einem Konzept zur Einsatzplanung wissen, d.h., dass in diesen Fällen ein solches offenbar auch nicht angewendet wird.

¹⁰⁷ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt -0,16 (signifikant auf einem Niveau <5%).

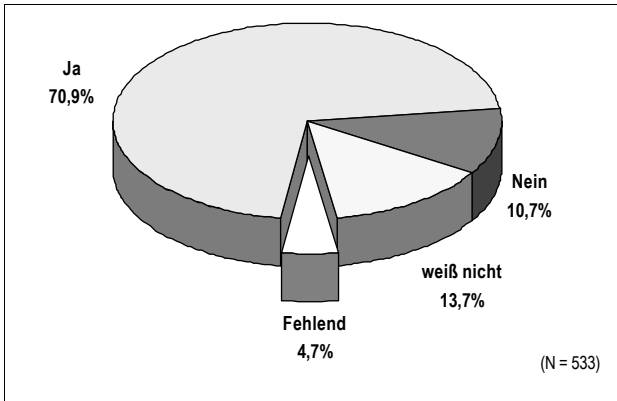
¹⁰⁸ Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient ist mit -0,41 auf einem Fehlerniveau von <2% signifikant.

¹⁰⁹ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,24 und ist auf einem Niveau von <2% signifikant.

¹¹⁰ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt -0,21 und ist auf einem Niveau von <5% signifikant.

¹¹¹ Der Rankorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt -0,34 und ist auf einem Niveau von <1% signifikant.

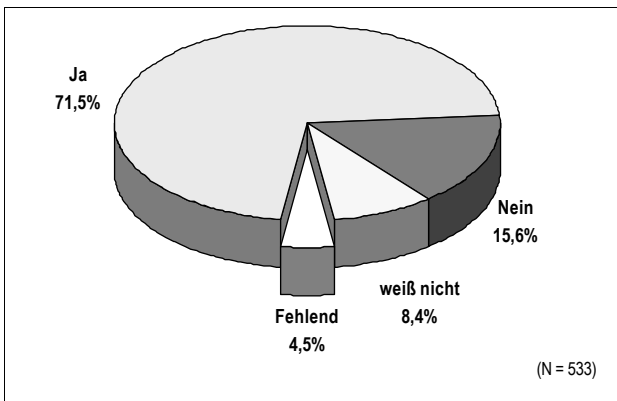
Abbildung 4.72: Gibt es in Ihrem Pflegedienst ein Konzept zur Einsatzplanung der Pflegekräfte?



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Noch ungünstiger sehen die Einschätzungen der Pflegekräfte auf die Frage nach einem Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen aus (Abbildung 4.73). Hier meinen 16% der 509 dazu antwortenden Pflegekräfte, dass in ihrem Pflegedienst *kein* solches Konzept vorhanden sei, 8,4% geben „weiß nicht“ an und 4,5% lassen die Frage unbeantwortet; werden alleine die gültigen Nennungen ohne fehlende Angaben betrachtet, erhöhen sich die genannten Anteile geringfügig.

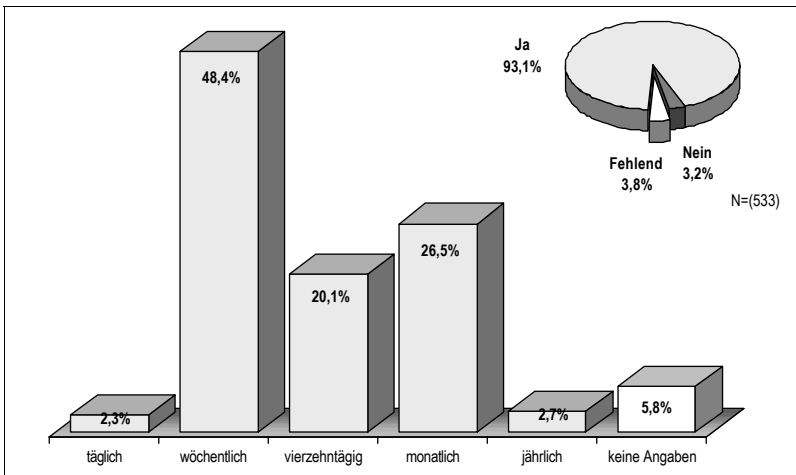
Abbildung 4.73: Gibt es in Ihrem Pflegedienst ein Konzept zur Einarbeitung von Mitarbeiterinnen?



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Neben der Einsatzplanung und Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen stellen regelmäßige Dienstbesprechungen wichtige organisatorische Instrumente dar, um die komplexe und flexibel zu organisierende Arbeit eines Pflegedienstes zu koordinieren. Gerade der Anspruch, einerseits eine hohe Kontinuität andererseits eine enorme Flexibilität der Organisation zu gewährleisten, spricht für die Notwendigkeit regelmäßiger Konferenzen in kurzen Abständen. Von den 533 Pflegekräften geben zunächst nur 3,2% an, dass überhaupt keine Dienstbesprechungen stattfinden, ferner lassen 3,8% die Frage unbeantwortet (Abbildung 4.74). Wenn Dienstbesprechungen stattfinden, beträgt der mittlere Wert (Median) der Frequenz einmal pro Woche, d.h., etwa die Hälfte der Pflegekräfte berichtet über mindestens wöchentliche Besprechungen, weitere 20% geben einen höchstens vierzehntägigen Turnus an, allerdings werden bei einem Viertel der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten nur einmal im Monat Dienstbesprechungen durchgeführt.¹¹² Die Dauer der Besprechungen liegt bei einer bis maximal 2,5 Stunden, der Median beträgt 1,5 Stunden.

Abbildung 4.74: Finden in Ihrem Pflegedienst regelmäßig Dienstbesprechungen statt?



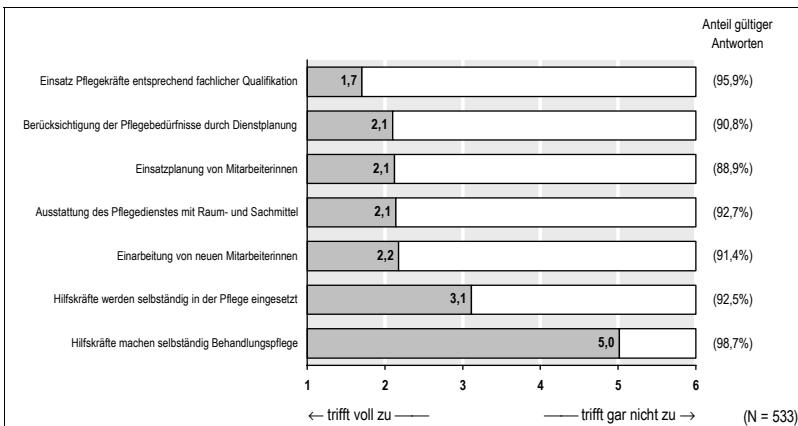
Quelle: FfG-Erhebung 2001

Darüber hinaus wurden verschiedene organisatorische Kriterien in der Befragung der Pflegekräfte wiederum mit differenzierten Bewertungsskalen abgefragt (Abbildungen 4.75 bis 4.76). Die besten Bewertungen zu den organisatorischen Items erhielt die Frage, ob die Pflegekräfte entspre-

¹¹² Anteile nur die Kräfte, welche die Existenz von Dienstbesprechungen bejahten.

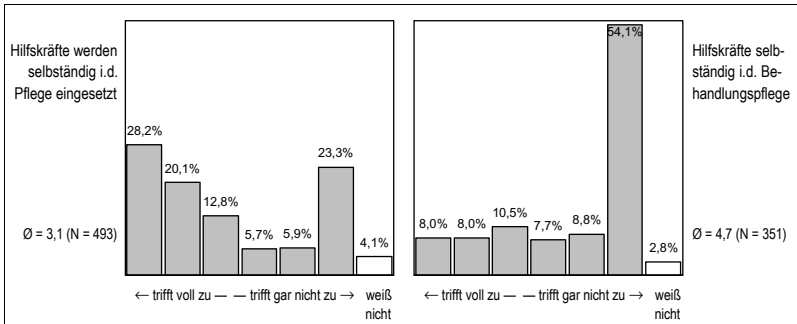
chend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Zwar stimmen dieser Frage knapp 50% uneingeschränkt zu, nur 2,5% verneinen sie eher, immerhin 13,3% gehen aber mit einer „Drei“ recht deutlich auf Distanz zur vollen Bejahung der Frage des Einsatzes der Pflegekräfte (nicht Pflegefachkräfte) entsprechend ihrer Qualifikation. Der konkreten Frage nach dem selbständigen Einsatz von Hilfskräften in der Pflege stimmen 28% und dem selbständigen Einsatz von Hilfskräften in der Behandlungspflege noch 8% uneingeschränkt zu. Werden die überwiegend zustimmenden Anteile mit den Werten 1-3 summiert, so erhöhen sich die Anteile sogar auf 61 bzw. 27% (Abb. 4.76). Obwohl offenkundig Differenzen zwischen den in eine ähnliche Richtung zielenden Fragen zu verzeichnen sind, korrelieren die Antworten zwischen der generellen Frage nach einem der Qualifikation entsprechenden Einsatz von Pflegekräften und dem Einsatz von Hilfskräften in der Behandlungspflege oder generell in der Pflege negativ, d.h., wenn die erste Frage eher bejaht wurde, trafen die beiden anderen Fragen eher auf Ablehnung und umgekehrt.¹¹³

Abbildung 4.75: Einschätzungen zur Organisation des Pflegedienstes I (Mittelwerte)



¹¹³ Die allgemeine Einschätzung des Einsatzes der Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation korreliert mit der Einschätzung des Einsatzes von Hilfskräften in der Behandlungspflege sehr hoch: Der Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient liegt bei $-0,38$ (signifikant auf einem Fehlniveau von $<0,01\%$), mit der Einschätzung des selbständigen Einsatzes von Hilfskräften in der Pflege liegt dieser aber nur bei $-0,11$ (auf einem Fehlniveau von $<5\%$).

Abbildung 4.76: Einschätzungen zur Organisation des Pflegedienstes II (Häufigkeiten)

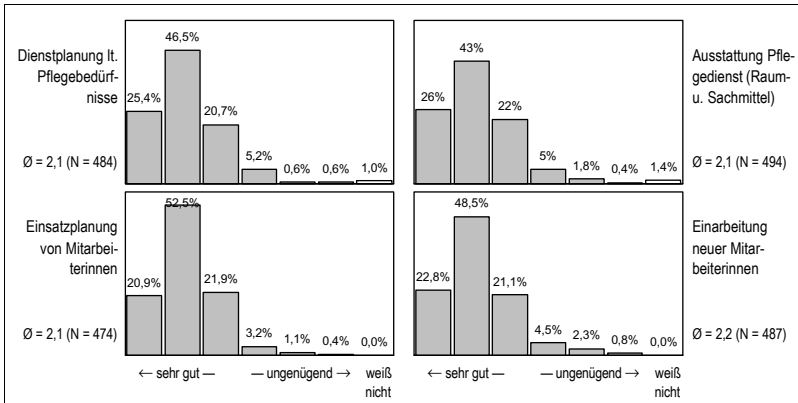


Quelle: FfG-Erhebung 2001

Inwiefern die Dienstplanung die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Klienten erlaubt, bewerten 25% mit „sehr gut“, 47% mit „gut“ und 21% mit einer Drei, 6,4% vergeben eindeutig schlechte Noten von vier bis sechs (Abbildung 4.77). Recht ähnlich wird die Einsatzplanung von Mitarbeitern bewertet, hier vergeben 21% eine Eins, 53% eine Zwei, 22% eine Drei und 4,6% Noten von vier bis sechs. Ähnliches gilt auch für die Beurteilung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen: Diese beurteilen 23% mit „sehr gut“, 49% mit „gut“, 21% mit „befriedigend“ und 7,6% zwischen vier und sechs. Diese Variablen sind erwartungsgemäß untereinander jeweils sehr stark korreliert und zwischen den jeweiligen Verteilungen der Werte bestehen keine signifikanten Unterschiede.¹¹⁴ Schließlich fällt auch die Bewertung der Ausstattung der Pflegedienste mit Räumen und Sachmitteln überwiegend positiv aus: 26% vergeben eine Eins, 42% eine Zwei, 22% eine Drei und 7% Noten von vier bis sechs.

¹¹⁴ Die Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman-Rho liegen laut bivariaten Tests zwischen 0,43 und 0,53, bei einem Signifikanzniveau von <1%; nichtparametrische Test für verbundene Stichproben nach Wilcoxon fallen zudem nicht signifikant aus, d.h., die Nullhypothese kann nicht verworfen werden.

Abbildung 4.77: Einschätzungen zur Organisation des Pflegedienstes II (Häufigkeiten)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Auch hinsichtlich der erfragten organisatorischen Merkmale dürften einige Differenzen bestehen, wenn die Antworten der Beschäftigten nach der Zugehörigkeit von *Trägerverbänden* (gemeinnützige und private gewerbliche) unterschieden werden. Zunächst zeigen sich leichte Differenzen insofern, als von den Beschäftigten in gemeinnützigen Pflegediensten eher häufiger bejaht wird, dass ein Konzept zur Einsatzplanung existiere.¹¹⁵ Gleichwohl unterscheidet sich die *Beurteilung* der Einsatzplanung selbst nicht zwischen den beiden Gruppen. Dagegen variieren die Einschätzungen zur Durchführung von Dienstbesprechungen wieder leicht, wo erneut die Beschäftigten in privaten gewerblichen Diensten seltener als jene in gemeinnützigen Diensten angeben, dass diese durchgeführt werden, wobei sich allerdings weder der Turnus noch die Dauer zwischen den Trägergruppen unterscheiden.¹¹⁶ Dann wird auch die Frage nach dem Einsatz von Hilfskräften in den beiden Organisationsformen unterschiedlich beantwortet, wobei jedoch auch hier die Differenzen nicht so gravierend ausfallen: So stimmen z.B. 3% der Pflegekräfte in gemeinnützigen Diensten gegenüber 9% in der gewerblichen Trägergruppe „voll zu“, dass Hilfskräfte selbständig in der Behandlungspflege eingesetzt würden.¹¹⁷

¹¹⁵ So meinen 80% der Beschäftigten in gemeinnützigen, aber nur 70% in gewerblichen Diensten, dass ein Konzept zur Einsatzplanung bestehe. Der Chi-Quadrat-Test ist signifikant auf einem Niveau <5%, Cramers V liegt bei 0,13; der Mann-Whitney-U-Test ist ebenso auf einem Niveau von <5% signifikant.

¹¹⁶ Während dem 100% der Beschäftigten in gemeinnützigen Diensten zustimmen, bejahen dieses in gewerblichen Diensten nur 90%. Das Signifikanzniveau von Chi-Quadrat-Test und Mann-Whitney-U-Test liegt jeweils bei <0,01%; Cramers V beträgt 0,24.

¹¹⁷ Die Unterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test auf einem Niveau von <1% und ausweislich des Chi-Quadrat-Tests auf einem Niveau von <3% signifikant; Cramers V liegt bei 0,17.

Einige Unterschiede der Einschätzungen im Bereich der Organisation der Pflegedienste treten auch zwischen den Beschäftigten in *Ost- und Westdeutschland* auf. Nicht extrem, aber doch spürbar, sind die Differenzen bei der Beurteilung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen: So vergeben diesbezüglich in Westdeutschland 32%, in Ostdeutschland aber nur 18% der Beschäftigten eher kritische Noten von 3-6 (auf der Skala von 1-6).¹¹⁸ Ähnlich unterschiedlich wird die Einsatzplanung bewertet: Dazu vergeben 14% in Ostdeutschland und 32% der Mitarbeiterinnen in Westdeutschland schlechtere Noten von 3-6.¹¹⁹ Auch die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Klienten durch die Dienstplangestaltung wird im Osten der Republik positiver gesehen als im Westen: Hier vergeben immerhin 31%, dort dagegen nur 19% der Pflegekräfte schlechte Noten (von 3-6).¹²⁰ Während die Unterschiede bei der Einschätzung, ob die Pflegekräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt werden, im Grenzbereich der Signifikanz liegen, fallen diese bei der Frage nach dem selbständigen Einsatz von Hilfskräften in der Pflege erneut signifikant aus, allerdings mit einer *höheren* Zustimmung in Ostdeutschland: Hier meinen 38% im Osten und nur 26% der Beschäftigten im Westen Deutschlands, dass dieses „voll zutreffe“.¹²¹ Eindeutig kritischer wird schließlich wieder in Westdeutschland die Ausstattung des Pflegedienstes mit Räumen und Sachmitteln gesehen: Hier vergeben 36% Noten von 3-6, im Osten macht dieser Anteil nur 18% aus.¹²²

Weitere Unterschiede der Bewertung und Einschätzung der Organisation der Pflegedienste treten zutage, wenn die *Größe* der Dienste einbezogen wird: So gibt es laut der Auskünfte der Beschäftigten in größeren Diensten in fast 90% der Betriebe ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen, in kleineren wird dieses dagegen lediglich von 71% der Beschäftigten bejaht.¹²³ Keine Unterschiede bestehen jedoch bei der Beurteilung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen je nach der Größe der Dienste. In diesem Zusammenhang ist übrigens interessant, dass die Existenz eines Konzeptes zur Einarbeitung insgesamt durchaus mit einer Tendenz zur besseren Bewertung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen durch die Beschäftigten einher geht, beide Variablen korrelieren signifikant.¹²⁴ Ähnliches gilt für den Zusammenhang zwischen der Bejahung der Existenz eines Konzeptes zur Einsatzplanung und der Bewertung der Einsatzplanung durch

¹¹⁸ Der Chi-Quadrat-Test ist auf einem Niveau von <2% signifikant; Cramers V beträgt 0,14; der Mann-Whitney-U-Test ist auf einem Niveau <1% signifikant.

¹¹⁹ Chi-Quadrat-Test und Mann-Whitney-U-Test sind auf einem Niveau von <1% sign.; Cramers V liegt bei 0,18.

¹²⁰ Die Unterschiede sind nach Chi-Quadrat-Tests auf einem Niveau von <4% (Cramers V liegt bei 0,12), laut Mann-Whitney-U-Test mit <2% signifikant.

¹²¹ Mann-Whitney-U-Test und auch Chi-Quadrat-Test sind auf einem Niveau < 1% sign.; Cramers V liegt bei 0,15.

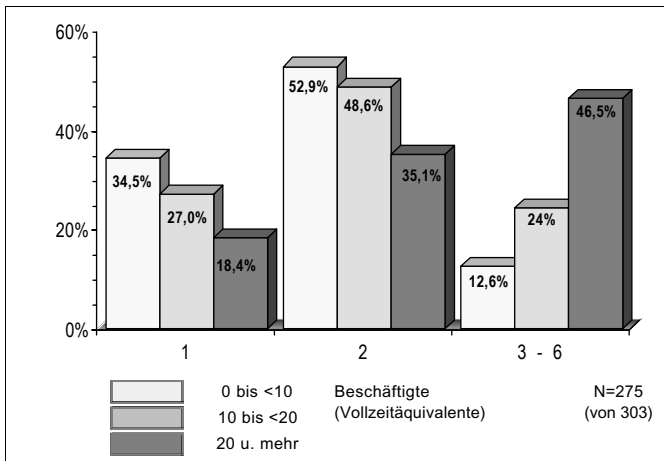
¹²² Mann-Whitney-U-Test u. Chi-Quadrat-Test sind sign. <0,01%; Cramers V beträgt 0,20.

¹²³ Der Chi-Quadrat-Test fällt auf einem Fehlerniveau von <2% signifikant aus (Cramers V liegt bei 0,19); der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient beträgt -0,18 und ist auf einem Niveau von <1% signifikant.

¹²⁴ Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient beträgt 0,39 und ist auf einem Niveau von <1% signifikant.

die Beschäftigten insgesamt.¹²⁵ Die Bewertung der Einsatzplanung fällt wiederum in größeren Diensten eher schlechter aus als in kleineren: Dazu vergeben z.B. 16% in kleineren und 33% der Mitarbeiterinnen in größeren Diensten schlechtere Noten von 3-6.¹²⁶ Markant sind auch die Unterschiede bei der Beurteilung der Frage, ob die Dienstplangestaltung die Berücksichtigung individueller Kundenpräferenzen und -bedürfnisse zulasse (Abbildung 4.78).¹²⁷

Abbildung 4.78: Bewertung der Dienstpläne hinsichtlich der Berücksichtigung individueller Pflegebedürfnisse nach der Größe der Pflegedienste (Schulnoten 1-6)



Quelle: FfG-Erhebung 2001

Dieses bewerten die Beschäftigten kleinerer Dienste z.B. zu 35% mit einem „sehr gut“, wogegen diese Note in größeren Diensten nur von 13% der Mitarbeiterinnen vergeben wird. Auch die Frage, ob die Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikationen und ob Hilfskräfte selbständig in der Pflege eingesetzt werden, wird von den Mitarbeitern je nach Größe der Pflegedienste etwas unterschiedlich beantwortet. So bejahen die Beschäftigten in größeren Pflegediensten die Frage nach der Verwendung der Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eher als die Beschäftigten in kleineren Organisationen.¹²⁸ Jedoch treten keine Differenzen bezüglich der Frage auf, inwiefern Hilfskräfte selbständig in der Behandlungspflege eingesetzt werden.

¹²⁵ Die beiden Variablen korrelieren aber nur mit einem Spearmansche Rangkorrelationskoeffizienten von 0,24, auf einem Signifikanzniveau von <1%.

¹²⁶ Der Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient beträgt aber nur 0,18, bei einem Signifikanzniveau von <1%.

¹²⁷ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,29 (signifikant auf einem Niveau von <0,01%); ebenso signifikant fällt der Chi-Quadrat-Test aus.

¹²⁸ Der Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient beträgt 0,12 und ist auf einem Niveau von <5% signifikant.

Abschließend sei erwähnt, dass auch je nach *Fachkräfteanteile* in den Diensten zum Teil unterschiedliche Bewertungen organisatorischer Merkmale auftreten. So gilt die Tendenz, dass mit zunehmendem Anteil an Fachkräften die Beschäftigten einige organisatorische Merkmale positiver einschätzen als Mitarbeiter in Diensten mit geringerem Fachkräfteanteil. Dies gilt wie erwartet insbesondere für Fragen, ob die Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden und ob Hilfskräfte selbständig in der Pflege tätig seien; das erste Item beantworten 63% der Mitarbeiterinnen in Pflegediensten mit sehr hohen Fachkräfteanteilen uneingeschränkt positiv, in Diensten mit eher geringem Fachkräfteanteil beträgt dieser Anteil lediglich 45%;¹²⁹ die Differenz zwischen den Gruppen fällt beim zweiten Item noch deutlicher aus: hier stimmen 42% der Mitarbeiterinnen in den Diensten mit geringen Fachkräfteanteile uneingeschränkt zu, aber nur 17% in jenen mit sehr hohen Fachkräfteanteilen. Darüber hinaus gibt es leichte Tendenzen, die jedoch statistisch im Grenzbereich liegen, dass sowohl die Einsatz- als auch Dienstplanung von den Mitarbeiterinnen in Diensten mit höherem Fachkräfteanteil eher besser beurteilt werden als von jenen mit geringem Fachkräfteanteil.¹³⁰ Zudem finden in Pflegediensten mit hohem Fachkräfteanteil auch signifikant eher häufiger Dienstbesprechungen statt als in solchen mit wenig Fachkräften.¹³¹

Dagegen wirkt sich ein steigender Anteil mit *Vollzeitkräften* diesbezüglich eher negativ aus, allerdings sind die Unterschiede zwar statistisch hoch signifikant, jedoch nicht sehr markant:¹³² Während in den Diensten mit einem hohen Anteil an Vollzeitkräften immerhin 10% der Beschäftigten verneinen, dass regelmäßig Dienstbesprechungen stattfänden, trifft dieses lediglich für 0,9% der Mitarbeiterinnen der Dienste mit einem geringen Anteil an Vollzeitkräften zu.

¹²⁹ Die Dienste wurden in drei ähnlich stark besetzte Gruppen eingeteilt: Dienste mit einem Fachkräfteanteil unter 50%, von 50% bis <75% und 75% und mehr; der Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient liegt bei $-0,14$ und ist auf einem Niveau von <2% signifikant.

¹³⁰ Zwar sind Chi-Quadrat-Tests jeweils auf einem Niveau von 1% signifikant, jedoch gibt es keinen eindeutigen linearen Zusammenhang, d.h., Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho fällt nicht signifikant aus.

¹³¹ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt $-0,12$ und ist auf einem Niveau von <5% signifikant.

¹³² Hier macht sich die große Fallzahl bemerkbar, weil bei hohen Fallzahlen bereits geringe Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen zu einer hohen Signifikanz führen können. So beträgt der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho immerhin $0,24$ und ist auf einem Niveau von <0,01 hoch signifikant.

4.5 Zwischenfazit

Aus den Ergebnissen der Befragung von Beschäftigten zur Qualität in der ambulanten Pflege (N=533) und der Pflegedienstleitungen zu einigen Strukturmerkmalen der Pflegedienste (N=107) sollen abschließend die wichtigsten Aspekte zusammengefasst werden. Noch einmal betont sei, dass einige Einschätzungen der Pflegekräfte stark von sozialen Erwartungen und subjektiven Verzerrungen bei Selbst- und Fremdeinschätzungen überlagert sind, d.h., nicht für sich und absolut genommen werden dürfen und demnach vor allem im Vergleich mit anderen Einschätzungen bewertet werden sollten. Auch feinere Unterschiede auf den Rangskalen können entscheidende Aussagen liefern, ebenso wie einige bemerkenswerte Angaben ‚härterer‘ Daten, bei denen die Überlagerung durch soziale Erwartungen unwahrscheinlicher ist. Gleichwohl spricht die hohe Korrelation zwischen den einzelnen Bewertungen und zu den ‚härteren Daten‘ für die Reliabilität der Ergebnisse.

Bedeutsam auch für die Beurteilung der Qualität der Pflegedienste ist zunächst deren enorm *heterogene Struktur*. Während die stark unterschiedliche *Größe*, welche zwischen zwei und über hundert Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) schwankt, primär eher unerheblich für deren Qualität sein sollte, dürfte in der ebenso disparaten Bandbreite des *Fachkräfteanteils* oder der Anteile der eingesetzten Zivildienstleistenden, Auszubildenden und Praktikanten eine große Bedeutung für diese Frage stecken: Wenn z.B. – trotz der im Mittel recht hohen Fachkräftequote von ca. zwei Drittel – einige Dienste überwiegend mit Kräften *ohne* Berufsabschluss oder mit Auszubildenden, Zivildienstleistenden und Praktikanten arbeiten, so wird die damit verbundene Problematik offenkundig.

Übrigens verfügen *größere* Dienste eher über *geringere* Anteile von Fach- und Vollzeitkräften als kleinere Einrichtungen. Die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft und solche in Westdeutschland sind eher größer und mit geringeren Anteilen an *Vollzeitbeschäftigten* ausgestattet als diejenigen in privater gewerblicher Trägerschaft und jene in Ostdeutschland. Zwar bestehen keine solchen Unterschiede, wenn der Fachkräfteanteil beleuchtet wird, jedoch arbeiten die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft in der Tendenz mit mehr Zivildienstleistenden als solche in privater gewerblicher Trägerschaft.

Sowohl die Daten zum Zeitpunkt der *Betriebsgründung* als auch die zur *Fluktuation* des Personals der *Pflegedienste* unterstreichen nochmals, dass die ambulante Pflege einen noch sehr jungen dynamisch wachsenden Sektor darstellt. Ca. 70% der Pflegedienste sind erst gut zehn

Jahre am Markt tätig, und in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung wurden im Mittel vier Beschäftigte (das sind ca. 25% in Relation zur Zahl der Gesamtbeschäftigten) neu eingestellt, bei nur drei ausgeschiedenen Kräften. Einige Dienste stellten in diesem Zeitraum sogar mehr Personal ein, als sie aktuell Gesamtbeschäftigte aufwiesen.

Trotzdem ist die Verweildauer der Pflegekräfte *im Beruf* laut der vorliegenden Stichprobe – entgegen häufigen Darstellungen einer dramatisch kurzen Zeit – *nicht* sehr gering, wobei jedoch in Rechnung zu stellen ist, dass der Stichprobe u.U. eine positive Auswahl zugrunde liegt: Im Mittel beträgt die *Berufserfahrung* der in der Stichprobe vertretenen Beschäftigten immerhin gut zehn Jahre, wovon gut drei Jahre im jetzigen Pflegedienst zugebracht wurden. Auch die mittlere Zahl der im Beruf insgesamt besetzten Stellen von drei erscheint nicht sehr erheblich, wenn das mittlere Alter der Beschäftigten von ca. 40 Jahren berücksichtigt wird. Im übrigen sind die allermeisten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege nach wie vor weiblich, nach der hier zugrunde gelegten Stichprobe zu 84%.

Wie die Fachkräftequote auf der Basis der Angaben der Pflegedienste belegen auch die Daten der Beschäftigten, dass in der ambulanten Pflege überwiegend *Fachkräfte* (Krankenschwestern und Altenpflegerinnen) tätig sind. Jedoch zeigt der Vergleich der beiden Stichproben, dass an der Befragung der Beschäftigten zur Qualität in der ambulanten Pflege offenbar eher das *qualifizierte* Personal teilgenommen hat: So sind in der Mitarbeiterstichprobe 75% Fachkräfte und lediglich 3% ohne Berufsabschluss vertreten; laut der Angabe der Leitungen zur Organisation der Dienste sind dagegen 63% Fachkräfte und ca. 10% unqualifizierte Kräfte in ihren Diensten tätig. Dass bei der Befragung der Beschäftigten sowohl bei der Stichprobe der Dienste als auch der darauf aufbauenden Stichprobe der Beschäftigten eher eine Auswahl mit einer besseren Qualifikation vorliegen dürfte, bestätigt auch der Blick auf die Daten der Infratest-Erhebung, bei der eine etwas geringere Fachkräftequote von 69% und ein größerer Anteil an unqualifiziertem Personal (ca. 16%) ermittelt wurde.

Etwa zwei Drittel der teilnehmenden Pflegedienste geben an, Mitglied in einem *Berufsverband* zu sein, wobei diejenigen in privater gewerblicher Trägerschaft einen deutlich höheren Anteil aufweisen als solche in gemeinnütziger Trägerschaft. Über ein *Leitbild* verfügen nach den Angaben der Leitungen der Pflegedienste 94%, ähnlich hoch ist der Anteil der Dienste, die angeben, ihren Mitarbeiterinnen *Weiterbildungen* zu ermöglichen. Demgegenüber kennen nur 91% der dazu antwortenden Mitarbeiterinnen entweder ein schriftliches (dieses bejahen 86%) oder mündliches Leitbild. Dessen Anwendung bejahen 39% der Mitarbeiterinnen auf einer Skala von 1 (trifft voll zu) bis 6 (trifft gar nicht zu) uneingeschränkt positiv (1), lediglich 2% verneinen dieses eher (Werte 4-6) und 1,4% wissen nicht, ob das vorhandene Konzept oder Leitbild auch angewendet wer-

de. Kaum eine Diskrepanz besteht dagegen bei der Frage nach der Existenz eines *Qualitätssiegels* oder *Zertifikates*, was jeweils 11-12% der Pflegedienste und Beschäftigten bejahen.

Etwas stärker fällt die Diskrepanz aus, wenn die Angaben der Leitungen und der Mitarbeiterinnen zur Weiterbildung verglichen werden: Während die Leitungen zu mehr als 90% die Ermöglichung von Weiterbildungen der Mitarbeiterinnen bejahen, geben nur 52% der Beschäftigten an, dass sie auch eine solche absolviert hätten, wobei die Beschäftigten in Ostdeutschland und in gemeinnützigen Trägern dieses häufiger bejahen als ihre Kolleginnen in Westdeutschland und in privaten gewerblichen Diensten. Inwiefern der geringe Anteil tatsächlich absolvierter Weiterbildungen auf die mangelnde Motivation zur Weiterbildung von seiten der Mitarbeiterinnen oder auf sonstige, nicht in der Verantwortung der Pflegedienste liegende, Restriktionen zurückzuführen ist, kann nicht gesagt werden. Jedoch konnte nur ein Anteil von 70% der Beschäftigten die Weiterbildung auch während der Arbeitszeit absolvieren, so dass darin zumindest ein Teil der Abweichungen begründet sein dürfte.

Zur *Verfügbarkeit* und zum *zeitlichen Umfang der Pflegeeinsätze* lässt sich auf der Basis der Angaben der Pflegedienste folgendes festhalten: Fast alle Pflegedienste bieten montags bis freitags Sprechzeiten im Büro an, welche im Mittel bei 7 Stunden liegt, ein Viertel der Dienste ist jedoch auch lediglich vier Stunden dort anzutreffen und nur sehr wenige Dienste sind auch am Wochenende im Büro zu erreichen. Hier spielt die Größe der Dienste eine wesentliche Rolle, d.h., je *größer* der Dienst, desto umfangreicher sind die Präsenzzeiten im Büro. Außerhalb der Sprechzeiten setzen fast alle Pflegedienste Mobiltelefone, Funk, Anrufweiterleitung sowie Anrufbeantworter ein, wobei zwei Dienste *allein* über Anrufbeantworter ‚erreichbar‘ sind. Die Frage der täglichen Verfügbarkeit ‚rund um die Uhr‘ wird zwar von fast allen Diensten bejaht, jedoch lassen auch 13% die Frage unbeantwortet. Dass in diesen Fällen eher von einem ‚nein‘ auszugehen ist, zeigen die *tatsächlichen* Zeiten der Pflegeeinsätze, die in der Regel zwischen 5 Uhr und 7.30 Uhr beginnen sowie zwischen ca. 19 und 23 Uhr enden. Der Anteil der Dienste, der auch Nachteinsätze bejaht, liegt nur bei ca. 50%, zudem erstrecken sich diese nicht auf die ganze Nacht, einige Dienste geben als spätesten Einsatzzeitpunkt 21 Uhr oder kurz nach Mitternacht an. Diese Angaben korrespondieren mit jenen der Beschäftigten, die ihre Tätigkeit in der Regel zwischen 5.30 Uhr und 7.00 beginnen und zwischen 16 und 22 Uhr beenden. Immerhin ein Drittel gibt zwar auch an, in den späten Abend- und Nachtstunden im Einsatz zu sein, jedoch nur 10% der Beschäftigten nennen ein Arbeitsende nach 22 Uhr. Die wichtige Frage nach der ständigen Bereitschaft der Pflegedienste ‚rund um die Uhr‘ beantworten knapp 8% der Beschäftigten negativ, darüber hinaus lässt diese Frage ein erheblicher Anteil (8%) unbeantwortet, so dass zusammenfassend durchaus

klare Defizite bei dieser Grundvoraussetzung einer qualitativ anspruchsvollen Pflege ausgemacht werden können.

In der Regel arbeiten die Pflegekräfte auch an Samstagen und Sonntagen, was jeweils ein Anteil von knapp 90% der Beschäftigten bejaht. Über die normale Arbeitszeit hinaus leisten fast zwei Drittel der in der ambulanten Pflege Beschäftigten mehr oder weniger *Überstunden*: Diese liegen bei 90% der Pflegekräfte zwischen zwei und zehn Stunden pro Woche und wurden bei 17% *ohne* Ausgleich (Freizeit oder Bezahlung) erbracht. Die westdeutschen und in gemeinnützigen Pflegediensten Beschäftigten leisteten etwas *häufiger* Überstunden als jene in Ostdeutschland und in privaten gewerblichen Diensten.

Bei der Aufteilung der Arbeitszeit nach *Bereichen* hatten immerhin 17% der Beschäftigten Mühe, die Angaben so zu verteilen, dass die Summe 100% ergab, mit zum Teil eklatanten Abweichungen. Unter Ausblenden solcher Fehler entfällt der größte Teil der Arbeit (38%) auf die Grundpflege und Behandlungspflege (19%), auf hauswirtschaftliche Hilfen entfallen 8%; ein nicht geringer Anteil der Arbeit wird für die Leitung (11%) und Verwaltung (7%) (incl. Koordination) der übrigen Kräfte aufgewandt; Fahrten (9%) und Dokumentation (8%) machen weitere nicht unerhebliche Teile der Arbeit in der ambulanten Pflege aus. Hinsichtlich des Anteils, der auf Verwaltung entfällt, schneiden wiederum die größeren Dienste in der Tendenz günstiger (weil mit geringeren Anteilen behaftet) ab als kleinere.

Werden die Leistungsbereiche der Pflegedienste betrachtet, so entfällt der größte Teil der Leistungsfälle auf die häusliche Krankenpflege und Leistungen nach dem SGB XI (Sach- und Kombinationsleistungen), nur ein geringer Teil entfällt auf hauswirtschaftliche Hilfen. Schließlich entspricht auch die Struktur der von den in der Stichprobe vertretenen Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen einigermaßen den Werten aus anderen Untersuchungen: 15% befinden sich in der sogenannten Pflegestufe 0 (Pflegebedürftige unterhalb der Leistungsschwelle des SGB XI); 39,5% in Stufe I, 30,4% in Stufe II, 11,5% sind in Stufe III und 3,3% Härtefälle.

Ungeachtet zahlreicher Überstunden zeigen sich die Pflegekräfte überwiegend *zufrieden* mit ihrer Arbeit im jeweiligen Pflegedienst: auf einer Skala mit Schulnoten von 1-6 zeigt sich nur ein geringer Anteil von 8% der gültigen Angaben eher unzufrieden (Werte von 4-6), 17% vergeben einen schon kritischen Wert von 3; aber ein gutes Viertel ist sogar uneingeschränkt zufrieden (1). Auch hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die vorliegende Stichprobe u.U. eine eher positive Auswahl beinhalten könnte. Unter den selten genannten Gründen für die Unzufriedenheit werden vor allem die psychische und körperliche Überlastung, Zeit- und Personalmangel, Überstunden, unregelmäßige Arbeitszeiten und fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten angeführt, was mittels

der vorliegenden Daten nur zum Teil statistisch untermauert werden kann. So korreliert das Gefühl der Arbeitsbelastung zwar negativ mit der Zufriedenheit, allerdings nicht sehr stark. Die überlasteten Mitarbeiterinnen sind eindeutig unzufriedener als die nicht überlasteten, jedoch zeigen sich selbst die überlasteten Kräfte immer noch überwiegend zufrieden mit ihrer Arbeit im jeweiligen Pflegedienst. Ferner haben weder die Tatsache noch das Ausmaß der Ableistung von Überstunden nach den vorliegenden Daten erkennbare Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, jedoch wirkt sich offenbar der Umstand, dass Überstunden nicht ausgeglichen werden, eindeutig negativ auf die Zufriedenheit aus. Keinen Effekt ließ sich im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit auch für die Variablen der Weiterbildung der Mitarbeiterinnen nachweisen – zumindest nicht nach den vorliegenden Einschätzungen der Beschäftigten.

Neben der großen Zufriedenheit mit der Arbeit im jeweiligen Pflegedienst scheint die oft zu hörende *Überlastung* von Pflegekräften nach den vorliegenden Angaben der 533 Beschäftigten in der ambulanten Pflege eher selten, wobei jedoch wiederum zu berücksichtigen ist, dass die Stichprobe u.U. eher die ‚guten‘ Pflegekräfte repräsentiert: Zwei Drittel der dazu Antwortenden fühlen sich „genau richtig“ belastet, nur ein gutes Viertel fühlt sich überlastet und immerhin knapp 6% scheinen sogar nicht ausgelastet. Indes differieren Selbst- und Fremdeinschätzung der Arbeitsbelastung erheblich: Immerhin fast 55% der Beschäftigten schätzen die *anderen* Pflegekräfte als eher überlastet ein, wobei sich ein großer Teil erwartungsgemäß dazu kein Urteil erlaubt und mit „weiß nicht“ antwortet. Offenbar wird insbesondere die eigene Überlastung eher selten gesehen oder (anderen und sich selbst gegenüber) zugegeben, während andere Kräfte schon eher als überlastet eingestuft werden. Hier wird deutlich, dass die vorliegenden Einschätzungen der Beschäftigten generell mit Bedacht interpretiert werden müssen und keinesfalls als absolut gelten können, weil die Phänomene der sozialen Erwartung die Beantwortung stark beeinflussen. Vielmehr zeigen gerade die jeweiligen, oft nur feinen, Unterschiede im Vergleich untereinander, die entscheidenden Tendenzen. Nichtsdestotrotz korrelieren die beiden Einschätzungen noch recht deutlich positiv, d.h., diejenigen, welche sich selbst als überlastet sehen, geben in der Tendenz auch häufiger an, dass andere Pflegekräfte überlastet sind und umgekehrt.

Weitere *Hintergründe* der Einschätzungen zur *Arbeitsbelastung* lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Das Empfinden der Belastung steigt, je nachdem, ob *Überstunden* geleistet werden oder nicht; ohne erkennbaren Einfluss bleibt dagegen deren Höhe, wogegen wiederum mit dem steigenden regelmäßigen *Beschäftigungsumfang* auch das Gefühl der Arbeitsbelastung ansteigt. Nicht die erwarteten Auswirkungen bringen nach den vorliegenden Einschätzungen die unterschiedlichen *Ausbildungen* im Hinblick auf die Arbeitsbelastung mit sich: Zwar weisen unausgebildete Kräfte eher häufiger Tendenzen der Überlastung auf; allerdings zeigen auch die Alten-

pflegerinnen eher höhere Werte und umgekehrt weisen insbesondere die Pflegehelferinnen und diejenigen mit hauswirtschaftlichen oder sozialpädagogischen Abschlüssen deutlich geringere Anzeichen der Überlastung auf als die übrigen Kräfte. Ein ähnliches Resultat wird erzielt, wenn der Fachkräfteanteil *der Dienste* herangezogen wird: Je *höher* dieser ausfällt, desto *höher* fällt auch die Überlastung der Beschäftigten aus. Schließlich steigt auch mit der wachsenden Berufserfahrung und steigendem Lebensalter das Belastungserleben im Beruf.

Bei den Angaben zum Umgang mit der Arbeitsbelastung erhalten die Items mit zu erwartenden Verhaltensformen wie „Gespräch mit Kollegen“ oder „bessere Planung des Arbeitstages“ erwartungsgemäß deutlich mehr Zustimmung als sozial unerwünschte Reaktionen. Ungeachtet dessen ergeben sich wiederum markante Unterschiede, je nachdem, ob der eigene Umgang mit Überlastung oder derjenige der anderen Pflegekräfte beurteilt wird, wobei den Kolleginnen in höherem Maße auch sozial unerwünschte Verhaltensweisen als Reaktion auf Arbeitsüberlastung attestiert werden. Während z.B. anderen Pflegekräften immerhin von 45% der antwortenden Beschäftigten geringe Motivation und von 40% schlechte Laune bei der Arbeit bescheinigt wird, sehen dies bei sich nur 24% und 18% als gegeben an. Auch „in Zweifelsfällen eher krank sein“ bejahen 40% der Beschäftigten bei anderen Pflegekräften aber nur 3% für sich selbst. „Den Frust an den Pflegebedürftigen oder Kunden auslassen“ wird für andere Pflegekräfte von einem Viertel der Antworten bestätigt, jedoch nur zu 3% bei sich selbst.

Die allgemeine Frage nach der Existenz von *Qualitätsmängeln* im Pflegedienst beantworten recht viele Beschäftigte (45%) positiv. Zwar können aus dieser allgemeinen Feststellung noch nicht sehr weitreichende Schlüsse gezogen werden, doch ist zu betonen, dass die allgemeine Bestätigung von Qualitätsmängeln auch mit einer deutlich schlechteren Bewertung *aller* einzelnen Bereiche einher geht. Dieser Zusammenhang ist am stärksten für die Bewertung der Pflegedokumentation, organisatorischer Aspekte, der Pflegeplanung und der Beratung von Pflegebedürftigen sowie der Vertragsgestaltung. Zudem wird von Beschäftigten, die in ihrem Pflegedienst allgemein Mängel feststellen, auch häufiger das Vorkommen von Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen bejaht.

Als Hintergrund der Feststellung von Qualitätsmängeln durch die Beschäftigten ist darüber hinaus bedeutsam, dass die Mitarbeiterinnen mit steigendem Ausbildungsstand, absolvierter Weiterbildung und mit wachsender Berufserfahrung auch häufiger Mängel in ihrem Pflegedienst feststellen. Daneben nimmt mit prekären Arbeitsbedingungen in Form der Ableistung von Überstunden, einer steigenden Arbeitsbelastung und einer sinkenden Arbeitszufriedenheit auch die Feststellung von Qualitätsmängeln und die schlechtere Bewertung der Qualität des Pflegedienstes zu. Zwar sind hier Einflüsse rein subjektiver Beweggründe nicht auszuschließen, doch lässt sich die

Hypothese, dass sich schlechte Arbeitsbedingungen oder gar Desorganisation sowohl auf die subjektiv empfundene Arbeitszufriedenheit als auch objektiv mindernd auf die Pflegequalität auswirken, mit den vorliegenden Daten unterstützen. Denn immerhin basiert die Qualität der Pflege wie die anderer persönlicher Dienstleistungen nicht nur auf der Kompetenz, sondern erheblich auf der Motivation der Beschäftigten. Schließlich stellen Beschäftigte in Diensten von gemeinnützigen Trägern sowie in Westdeutschland häufiger Pflegemängel in ihren Diensten fest als ihre Kolleginnen in privaten gewerblichen und ostdeutschen Diensten.

Unter den Angaben bei der offen gestellten Frage nach den *wichtigsten Qualitätsmängeln* dominieren entsprechend wiederum *organisatorische* Aspekte: am häufigsten werden die mangelnde Koordination und Kommunikation im Pflegedienst, Zeitmangel, Unpünktlichkeit, die mangelnde Touren- und Einsatzplanung, Pflegeplanung und -ausführung, Personalmangel und die Pflegedokumentation genannt, also allesamt Aspekte, die zumindest zum Teil auch negative Folgen für die Pflegebedürftigen zeitigen können und die meist auch aus der Sicht der Kunden, abzulesen an den Beschwerden, eine große Bedeutung haben. Weitere Nennungen von Qualitätsmängeln beziehen sich auf die Qualifikation, Motivation und Arbeitsauffassung der Pflegekräfte.

Bei der gesondert gestellten Frage nach den *Ursachen* für die angeführten Pflegemängel wurden zum Teil wiederum ähnliche Antworten gegeben: Hier stehen an erster Stelle der Personalmangel, darauf folgt Zeitmangel, die mangelnde Kommunikation, Planung und Organisation folgt an dritter Stelle. Ferner werden Kompetenz- und Führungsmängel der Leitungen sowie der Kosten- und Wirtschaftlichkeitsdruck, aber auch die mangelnde Motivation und Konzentration sowie Qualifikation der Mitarbeiterinnen, der häufige Personalwechsel und die Personalfuktuation sowie die schlechte Bezahlung als Hintergründe von Pflegemängeln genannt.

Die Bewertung einzelner Bereiche der Pflegequalität fällt trotz der nicht seltenen Nennung von Mängeln überwiegend sehr positiv aus, jedoch zeigen sich aufschlussreiche Unterschiede: Während die unmittelbaren Pflegeleistungen fast durchgehend gut bis sehr gut eingestuft werden, zeigen sich im einzelnen auch erheblich kritischere Einschätzungen. Während die Grund- und Behandlungspflege oder die Dekubitusprophylaxe lediglich von 5-8% keine guten Noten erhält, wird die Koordination mit der Laienpflege sowie die Pflegeplanung und Organisation, die Einsatzplanung, die Pflegedokumentation und die Qualitätssicherung, aber auch die Bereitschaft zur Krisenintervention doch erheblich kritischer bewertet, wobei jeweils ein Viertel bis 30% eher schlechtere Zensuren verteilen.

Im Anschluss an diese Gesamteinschätzungen wurde jeder Bereich gesondert mittels differenzierter Items betrachtet.¹³³ Die *Beratung* von Pflegebedürftigen und Angehörigen wird von 6% der Beschäftigten als mangelhaft beurteilt. Defizite liegen demzufolge in der unzureichenden Information, der mangelnden Kostentransparenz und der fehlenden Berücksichtigung von Bedürfnissen der Klienten. Die Erstberatung wird in aller Regel auch als Hausbesuch durchgeführt. Die unverbindliche und kostenlose Beratung wird von immerhin 5% eher verneint, doch bedenkliche 16% antworten dazu mit „weiß nicht“. Noch höher, bei 20% liegt dieser Anteil bei der Frage nach schriftlichen *Kostenvoranschlägen*, was 5% der Antwortenden eher verneinen. Die spätere Einhaltung der bei der Beratung zugesicherten Leistungen bejahen nur 65% uneingeschränkt, 2% verneinen dieses eher und 10% können oder wollen sich dazu nicht festlegen und antworten mit „weiß nicht“.

Die Erstberatung ambulanter Pflegedienste dauert laut Angaben von 429 Beschäftigten im Durchschnitt knapp eine Stunde, immerhin 13% geben jedoch auch sehr kurze Beratungen von höchstens dreißig Minuten an. Bei diesem und bei einigen weiteren Items gibt es Unterschiede der Bewertungen durch die Beschäftigten je nach *Trägerschaft* der Dienste. In der Tendenz verzeichnen die Mitarbeiterinnen in gemeinnütziger Trägerschaft eine etwas geringere Dauer der Erstberatung als jene in privaten gewerblichen Diensten. Dem entspricht die Dichotomie bei der Einschätzung, dass die Beratung unverbindlich und kostenlos sowie per Hausbesuch stattfindet, wo die gemeinnützigen Dienste jeweils schlechter abschneiden. Während zwischen den Mitarbeiterinnen in *Ost- und Westdeutschland* in diesem Themenbereich keine unterschiedlichen Einschätzungen zur Beratung von Pflegebedürftigen zu verzeichnen sind, *sinkt* die Angabe der Dauer der Erstberatung mit dem zunehmenden Anteil an *Fachkräften* in den Pflegediensten, jedoch *steigt* diese mit dem zunehmenden Anteil an *Vollzeitkräften*.

Die *Auswahl* des geeigneten Pflegedienstes und die *Koordination* der an der Pflege Beteiligten stellten weitere Themen dar, zu denen differenziert Einschätzungen von den Beschäftigten in der ambulanten Pflege erfragt wurden. Danach wird die Auswahl des Pflegedienstes vor allem durch Empfehlungen von Bekannten, Hausärzten, Krankenhäusern, den Standort und Leistungs- sowie Qualitätsmerkmale bestimmt. Als weniger wichtig für die Wahl eines Pflegedienstes gelten die Religion, Trägerschaft, Empfehlung durch Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Behörden und nicht zuletzt die *Preise*, was sich auch im deutlich geringeren Anteil gültiger Antworten zu diesen Items spiegelt. Dass die Preise keine wesentliche Rolle bei der Auswahl der Pflegedienste

¹³³ Die Übereinstimmung (Korrelation) zwischen der Gesamteinschätzung der einzelnen Bereiche und jener der detaillierteren Items innerhalb zu den jeweiligen Einzelbereichen war durchgehend signifikant und recht hoch, was die Reliabilität der Ergebnisse unterstreicht.

spielen, muss angesichts der häufigen Klagen über den Kosten- und Wettbewerbsdruck doch erstaunen, zumal auch im ambulanten Bereich längst nicht alle Kosten durch Sozialleistungsträger getragen und nicht alle Preise in Kollektivverhandlungen und einheitlich festgelegt werden.

Die Unterstützung der *Wahl der geeigneten Versorgung* und die *Überleitung* in die geeignete Pflegeform bewerten lediglich 50% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst uneingeschränkt positiv, von 3% wird dieses eher verneint, der Rest stimmt dem mit Abstrichen zu oder (8%) antwortet mit „weiß nicht“. Entsprechend bejahen 36% der Pflegekräfte, dass in ihrem Pflegedienst Pflegebedürftige versorgt würden, welche eigentlich besser in andere Einrichtungen gehörten, wogegen 58% diesen kritischen Umstand völlig verneinen. Als Grund für die mögliche Fehlversorgung wird weit überwiegend der Wunsch der Pflegebedürftigen und Angehörigen angegeben. Weitere Aspekte sind finanzieller Natur, fehlende Heimplätze oder sonstige mangelnde Versorgungsangebote.

Ungeachtet dessen gilt die *Koordination* mit Angehörigen und sonstigen Laienpflegern – im Vergleich zu anderen Kooperationspartnern – fast durchweg als unproblematisch, wogegen die Zusammenarbeit mit Kranken- und Pflegekassen, MDK und sonstigen Behörden zwar noch überwiegend positiv, aber dennoch deutlich kritischer gesehen wird. Z.B. bewerten dies immerhin 16% der Beschäftigten mit eher schlechten Schulnoten von 4 bis 6. Während bei diesem Fragebereich keine signifikanten Unterschiede je nach Trägerschaft festgestellt werden konnten, fallen die Einschätzungen in Ost- und Westdeutschland zum Teil unterschiedlich aus: So wird die Fehlversorgung von Pflegebedürftigen im Osten der Republik häufiger kritisch eingeschätzt als in Westdeutschland.

Den Abschluss differenzierter schriftlicher *Leistungsverträge* bejahen über 71% der antwortenden Beschäftigten für ihren ambulanten Pflegedienst uneingeschränkt positiv; nur 2% verneinen dieses eher, allerdings antworteten 12% dazu mit „weiß nicht“. Auch die ständige Aktualisierung der Verträge wird von zwei Dritteln der Beschäftigten uneingeschränkt bestätigt, nur wenige (1,4%) verneinen dieses eher; jedoch geben auch hier knapp 10% „weiß nicht“ an. Ein ähnliches und überwiegend positives Bild ergibt sich bei der Frage nach der individuellen Gestaltung der Verträge und der Mitbestimmung durch die Pflegebedürftigen. Bei diesen Fragen zur Vertragsgestaltung gibt es keine Unterschiede zwischen den gemeinnützigen und nicht gemeinnützigen Trägerorganisationen, jedoch fällt die dahingehende Zustimmung westdeutscher Pflegekräfte geringer aus als die in Ostdeutschland. Dieses gilt jedoch nicht für die *Kündigungsfristen* von Pflegeverträgen, die durchschnittlich bei 16, im Median bei 14 Tagen liegen. Der Spitzenwert in positiver Hinsicht (aus der Sicht der Pflegebedürftigen) beträgt einen Tag, in negativer Hinsicht

liegt die Kündigungsfrist jedoch bei einem halben Jahr; immerhin 30% der Beschäftigten weisen Kündigungsfristen von 28 Tagen und mehr aus.

Weit verbreitet scheint auch die Existenz eines schriftlichen oder mündlichen *Pflegekonzeptes* oder *Leitbildes*; nur 3,3% der Beschäftigten verneinen diese Frage und 5,4% antworten mit „weiß nicht“, so dass knapp 9% sich bei ihrer Arbeit auf kein explizites Pflegekonzept oder Leitbild stützen können. Die Anwendung solcher Konzepte bestätigen dagegen nur 39% der dazu vorliegenden Antworten der Beschäftigten uneingeschränkt auf der Skala von 1 („trifft voll zu“) bis 6 („trifft gar nicht zu“), 3,4% verneinen dessen Anwendung oder wissen nicht, ob das existierende Konzept auch angewendet werde.

Die jeweilige umfassende und schriftlich niedergelegte Ermittlung und *Erfassung der Bedarfe* der Betroffenen vor Beginn der Pflege wird von knapp 40% der Beschäftigten in der ambulanten Pflege uneingeschränkt positiv beantwortet. Eher negative Einschätzungen (Werte 4-6 auf der Skala von 1-6) vergeben 5%, 13% urteilen mit einer eher kritisch einzuschätzenden Drei und 1,5% geben „weiß nicht“ an. Die methodisch kontrollierte und systematische Bestimmung des Pflegebedarfs im Rahmen eines „Assessments“ (zur Erläuterung wurden im Fragebogen eine Übersetzung und Methoden als Beispiel angegeben) beantworten sogar 44% mit „weiß nicht“, 13% übergangen die Frage, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass eine standardisierte, methodisch kontrollierte Erfassung des Pflegebedarfs offenbar in der ambulanten Pflege wenig bekannt ist und nur selten angewandt wird. Als Gründe für eine mangelnde Erfassung des jeweiligen Pflegebedarfs wird vor allem der kaum überzeugende Aspekt angegeben, dass eine solche Begutachtung erst nach längerer Zeit möglich sei, dass die Zeit für eine umfassende Begutachtung fehle und dass die dahingehend Motivation und Qualifikation der Beschäftigten nicht ausreiche. Aufgrund der geringen Zahl an Nennungen müssen diese Aussagen jedoch mit Vorsicht bewertet werden.

Darüber hinaus sind nach eigener Einschätzung nur 25% der Beschäftigten umfassend und ohne Einschränkungen über die Möglichkeiten der *Rehabilitation* und *Aktivierung* der betreuten Pflegebedürftigen informiert, 7% sehen dieses eher kritisch (Werte 4-6), ein recht großer Anteil von 24% geht mit einem gerade noch eher zustimmenden Wert von 3 (auf der Skala von 1-6) doch deutlich auf kritische Distanz und 3% wissen nicht, ob sie dahingehend informiert sind. Die insgesamt selten von den Beschäftigten angegebenen Gründe für mangelndes Wissen über die Möglichkeiten der Rehabilitation der Pflegebedürftigen werden primär in der fehlenden Weitergabe von Informationen durch Ärzte oder Krankenhäuser, im Zeitmangel, den Defiziten in der Qualifikation der Pflegekräfte und internen Kommunikation im Pflegedienst gesehen. Ähnlich kritisch fällt die Einschätzung der Beschäftigten zur Frage aus, ob jeweils die notwendigen *ärztlichen Unterlagen* für

die Pflegebedürftigen vorliegen: Dieses bejahen nur 26% ohne Abstriche, 17% sagen dagegen, dass die notwendigen medizinischen Unterlagen eher fehlten. Auch hier werden die Gründe für Mängel, soweit angegeben, überwiegend in der Kooperation mit den Ärzten gesehen.

Die Beschäftigten in gemeinnützigen Pflegediensten schätzen die Erfassung des Pflegebedarfs, die Information über die Möglichkeiten der Rehabilitation und das Vorliegen der notwendigen ärztlichen Unterlagen in ihren Diensten überwiegend kritischer ein als jene in privater gewerblicher Trägerschaft. Dahingehende unterschiedliche Bewertungen gibt es auch, wenn die Antworten in Ost- und Westdeutschland verglichen werden, wobei die Urteile der ostdeutschen Beschäftigten zum Teil deutlich positiver ausfallen als die der westdeutschen.

Die Einschätzungen der Beschäftigten zur *Pflegeplanung* fallen zwar insgesamt wiederum überwiegend positiv aus, jedoch verneinen 6% mehr oder weniger deutlich (Werte 4-6) eine laufende umfassende und dokumentierte Pflegeplanung, 13% bewerten die Frage auf der Skala von 1-6 mit einer Drei zwar gerade noch eher positiv, doch sieht dieser Anteil seinen Pflegedienst diesbezüglich doch bereits deutlich entfernt vom Ideal. Noch etwas kritischer fallen die Einschätzungen der Beschäftigten zur Frage aus, ob die jeweilige Pflegeplanung auch auf dem *aktuellen* Stand gehalten werde. Dieses bejahen 38%, ohne Abstriche zu machen, 9% verneinen dieses eher oder antworten mit „weiß nicht“, was praktisch eher einer Verneinung gleichkommt; außerdem vergeben 19% eine Wertung mit einer Drei, also keine gute Note, zumal die laufende Aktualisierung der Pflegeplanung eine Grundvoraussetzung ist. Die allerdings selten angegebenen, Gründe für dahingehende Mängel werden von den Beschäftigten im Zeit- und Qualifikationsmangel sowie der Motivation der Mitarbeiterinnen gesehen. Hinsichtlich der Existenz einer Pflegeplanung fallen die Einschätzungen in *privaten gewerblichen* und *gemeinnützigen* Pflegediensten ähnlich aus, nicht dagegen in *Ost- und Westdeutschland*, wobei die Situation in Ostdeutschland von den Beschäftigten erneut günstiger gesehen wird als in Westdeutschland. Ähnliches gilt für die Frage der ständigen Aktualisierung der Pflegeplanung.

Die laufende detaillierte schriftliche *Pflegedokumentation* bejahen für ihren Pflegedienst knapp zwei Drittel ohne jede Einschränkung, der Rest macht diesbezüglich entsprechend mehr oder weniger große Abstriche. 8% stimmen mit einem Wert von 3 auf der Skala von 1 („trifft voll zu“ bis 6, „trifft gar nicht zu“) gerade noch zu, was also bereits zumindest teilweise Ausfälle bei der Führung der Dokumentation nahe legt, 3% der Pflegekräfte meinen, dass eher *keine* entsprechende Dokumentation stattfindet und gut 5% sehen sich nicht zu einem qualifizierten Urteil in der Lage oder übergehen diese Frage. Unter der fast durchgehend sehr starken Zustimmung in bezug auf die Dokumentation einzelner Aspekte erscheint bemerkenswert, dass immerhin 8% angeben, dass eher keine Ziele, geplante Maßnahmen und Erfolgskontrollen dokumentiert werden, bei 9%

fehlen eher Bilanzen zur Flüssigkeitsaufnahme, 7% meinen, dass eher keine Lagerungspläne vorhanden seien und bei 6% wird die Aktivierung eher nicht dokumentiert.

Die *laufende Überprüfung* der Dokumentation wird von fast 10% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst verneint, 6% antworten dazu – im Ergebnis auch eher problematisch – dass sie dieses nicht wüssten und 3% lassen die Frage unbeantwortet. Die Frequenz der Überprüfung zeigt weitere Defizite: Nur von einem geringen Anteil von 8% der Beschäftigten wird zudem angegeben, dass die Kontrolle der Dokumentation täglich oder mindestens wöchentlich stattfindet, 5% der Beschäftigten nennen einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen. Von 16% der Mitarbeiterinnen wird gesagt, dass die Kontrollen nur einmal im halben Jahr und von 2% sogar, dass diese nur einmal im Jahr durchgeführt würden. Als Gründe für Mängel bei der Dokumentation werden Zeit- und Motivationsprobleme angeführt; ferner finden sich „Vergessen“ und „Schlamperei“ sowie Qualifikationsmängel, wenn auch deutlich seltener genannt, als Ursachenbeschreibung.

Bei den Fragen zur Qualität der Pflegedokumentation bestehen kaum Unterschiede zwischen den Antworten der Beschäftigten je nach der Trägerschaft (gemeinnützig oder privat gewerblich). Bedeutendere Unterschiede bestehen wiederum, zumindest für einige Teilfragen, zwischen den Einschätzungen in Ost- und Westdeutschland: So bejahen z.B. 82% der Beschäftigten in Ostdeutschland, aber nur 61% in Westdeutschland uneingeschränkt, dass laufend eine detaillierte Pflegedokumentation durchgeführt werde. Ferner fallen die Einschätzungen der meisten Einzelbereiche der Pflegedokumentation in Ostdeutschland günstiger aus als in Westdeutschland. Keine dahingehenden Unterschiede zeigen sich jedoch bei der Bewertung der laufenden Kontrolle der Pflegedokumentation.

Die Anwendung von *Pflegevisiten* zur Qualitätssicherung bejahen 42% der in der ambulanten Pflege Beschäftigten voll, 20% verneinen dieses aber eher (Werte 4-6, davon sogar 13% mit 6 = „trifft gar nicht zu“); recht hohe 9% antworten mit „weiß nicht“ und 6% lassen die Frage völlig unbeantwortet. Hinzu kommt, dass die Visiten, wenn sie denn durchgeführt werden, eher selten sind. Im Mittel finden diese einmal im Quartal statt, nur ca. 10% der Pflegekräfte sagen, dass diese regelmäßig mindestens einmal in zwei Wochen stattfänden. Bei diesen Fragen bestehen keine unterschiedliche Einschätzungen der Beschäftigten in gemeinnütziger und privater gewerblicher Trägerschaft. Gewisse, wenn auch nur leichte Differenzen zeigen sich bei der Unterscheidung der Antworten nach ihrer Herkunft aus Ost- und Westdeutschland, mit der meist etwas kritischeren Qualitätsbeurteilung in Westdeutschland. Bemerkenswerte Differenzen treten zwischen *kleineren* und *größeren* Diensten beim zeitlichen Abstand der Pflegevisiten zur Qualitätssicherung zutage. Dabei wächst mit der Größe der Pflegedienste offenbar auch der Abstand der Pflegevisiten. Ähnliches gilt für die Abstände der Kontrollen der Pflegedokumentation. Im übrigen gilt

der Zusammenhang für alle Pflegedienste, dass je seltener die Kontrollen der Pflegedokumentation stattfinden, desto seltener werden auch Pflegevisiten durchgeführt.

Die „Kunden“, d.h., die Pflegebedürftigen und Angehörigen oder sonstige Laienpflegerinnen, werden offenbar nur teilweise in die Qualitätssicherung *einbezogen*: Nur 28% der Beschäftigten stimmen dem uneingeschränkt zu, 14% verneinen die Frage eher (Werte 4-6), 12% bewerten dieses zumindest nicht gut, d.h., mit einer Drei auf der Skala von 1-6 und ein erheblicher Teil lässt die Frage entweder unbeantwortet (9%) oder antwortet mit „weiß nicht“. Recht ähnlich fallen die Antworten der Beschäftigten der ambulante Pflegedienste im Hinblick auf die *Erhebung der Kundenwünsche und Zufriedenheit* aus. Hier lassen sogar 16% die Frage unbeantwortet und weitere 16% antworten auch dazu mit „weiß nicht“, was im Umkehrschluss eher die Annahme nahe legt, dass dort auch keine aktive Ermittlung von Kundenwünschen und -zufriedenheit stattfindet.

Ein zentrales Signal für die Qualität der Kundenorientierung und des ‚Ergebnisses‘ der Pflege stellt ferner das Vorkommen von Kritik und *Beschwerden* von seiten der Pflegebedürftigen dar, selbst wenn angenommen werden muss, dass – trotz des grundsätzlichen Anspruchs „der Kunde ist König“ – natürlich nicht alle Beschwerden auch begründet sein müssen. Vor diesem Hintergrund geben 57% der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten an, dass Kritik oder Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen gegenüber ihrem Dienst geäußert würden. Als Beschwerden werden im Rahmen einer offenen Fragestellung primär die Unpünktlichkeit (36% der Beschäftigten, welche Beschwerden nennen) sowie häufig wechselnde Pflegekräfte (22%) angeführt; die Kritik am Zeitmangel bei der Pflege (12%), Leistungsmängel (Sorgfalt, Unfreundlichkeit der Mitarbeiterinnen etc.) (10%) und die Antipathie gegen Pflegekräfte (9%) finden sich auf den nächsten Plätzen (der Anteile mit Nennungen von Beschwerden). Kritik am Preis-/Leistungsverhältnis wird von den Beschäftigten eher selten (7%) als Grund für Beschwerden der Kunden angegeben, ebenso wie andere Aspekte (Qualifikation des Personals, Kundenfreundlichkeit, Bürokratie, Verständlichkeit der Abrechnungen oder das falsche Geschlecht/Alter der Pflegekräfte). Wie dargestellt korreliert die Bestätigung der Existenz von Beschwerden signifikant mit der Beurteilung der Qualität des eigenen Pflegedienstes, d.h., je häufiger es Kritik und Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen gibt, desto häufiger werden auch Qualitätsmängel im Pflegedienst festgestellt und desto schlechter schneidet der Pflegedienst in der Bewertung der Mitarbeiterinnen in den einzelnen Bereichen ab.

Bei der Einschätzung des *Umgangs* des eigenen Pflegedienstes mit Kritik oder Beschwerden von seiten der Kunden stehen im Vordergrund „Gespräche und Aufklärung“, Änderungen im Personaleinsatz“, „Verbesserungen/Ausweitung der Pflege“ und „Veränderungen der Pflegeplanung“, die unter verschiedenen Items die größte Zustimmung durch die Beschäftigten erhalten (mit Mit-

telwerten von 1,4 bis 2,6; auf einer Skala von 1=trifft voll zu bis 6=trifft gar nicht zu). Umgekehrt erfahren die Items mit sozial unerwünschten Formen der Problembewältigung eine fast einhellige Ablehnung. Das heißt aber nicht, dass solche Reaktionen nicht in einigen Fällen auch vorkämen: Persönlicher Druck oder die Auflösung des Vertrages kommt als Folge von Kritik offenbar selten vor, aber immerhin von 18 und 12% der Beschäftigten werden diese Reaktionen doch als eher zutreffend eingeschätzt, 9% stimmen dem Item „persönliche Angriffe oder Verunglimpfung der Kunden“ eher zu und 12% bejahen mehr oder weniger die Angabe „keine Reaktion“ (jeweils Summen der Anteile mit Skalenwerten von 1-3).

Bei der Bewertung dieser Angaben muss jedoch bedacht werden, dass es durchaus sehr problematische und wenig angenehme Kunden geben kann. Knapp 15% der Pflegekräfte geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten selbst Opfer von *Gewalthandlungen* (physisch oder psychisch) von seiten der Pflegebedürftigen oder Angehörigen wurden. Die Häufigkeit der Übergriffe schwankt stark, von einmal pro Jahr bis zu täglichen Angriffen, der mittlere Wert (Median) liegt bei vier Tagen. Die *Formen* der Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen sind vielfältig, sie umfassen Anschreien, Beleidigungen bis hin zum Schlagen oder sonstigen tätlichen Angriffen auf die Pflegekräfte wie Beißen, Kratzen, Würgen etc. Ebenso vielfältig erscheinen die *Ursachen* für solche Vorkommnisse, wobei dazu nur wenige Angaben der Pflegekräfte vorliegen: Demenz, die Unzufriedenheit mit dem Befinden, Leid oder Schmerzen der Pflegebedürftigen sowie die Überlastung der Angehörigen sind einige wichtige genannte Aspekte.

Deutlich seltener werden demgegenüber von den Beschäftigten *schwerwiegende Pflegemängel*, Vernachlässigung oder Misshandlungen der Pflegebedürftigen durch die Pflegekräfte festgestellt: Derartiges bejahen aber doch 5% der antwortenden Beschäftigten für die letzten 12 Monate, so dass unter Anbetracht einer nicht auszuschließenden ‚Dunkelziffer‘ aufgrund des Phänomens der Beantwortung im Sinne sozialer Erwartungen der tatsächliche Wert noch deutlich höher liegen könnte. Dazu wären jedoch weitere Forschungen vonnöten, die allerdings erheblichen Schwierigkeiten unterlägen und unter Umständen mit qualitativen und tiefenanalytischen Verfahren durchgeführt werden müssten. Dagegen wird die Anwendung „*funktionaler Gewalt*“ (z.B. Fixieren, Gabe von Beruhigungsmittel) von den Pflegekräften deutlich häufiger bejaht: Dem stimmen 11 bzw. 12% (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) zu. Dabei wird deren Notwendigkeit immerhin von 16% der Beschäftigten verneint (7% können oder wollen dazu keine Angaben machen).

Der Fixierung steht die ‚*Aktivierung*‘ der Pflegebedürftigen gegenüber, was zwar lediglich von 4% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst eher verneint wird, 15% vergeben auf der Skala von 1-6 eine eher kritische Drei und 5% antworteten mit „weiß nicht“, was wiederum eher auf eine Vernei-

nung schließen lässt. Zudem geben über 12% dazu gar kein Statement ab. Ein weiterer wichtiger Aspekt, welcher der „Ergebnisqualität“ zugerechnet werden kann, ist die Vermeidung oder Behandlung von *Druckgeschwüren*: Auch dazu gibt ein großer Anteil von 22% der 533 Beschäftigten kein Votum ab, allerdings verneinen die dazu antwortenden Pflegekräfte dahingehende Maßnahmen für ihren Pflegedienst kaum, 5% der Beschäftigten wissen darüber nichts. Eine ähnlich hohe Zustimmung der Beschäftigten erreicht auch die Frage nach der Bereitstellung und Vermittlung von *Hilfsmitteln* durch ihren Pflegedienst.

Häufig *wechselnde Pflegekräfte* stellen einen wichtigen Kritikpunkt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen an den ambulanten Pflegediensten dar. Laut der Angaben der dort Beschäftigten sind im *Durchschnitt* gut vier Pflegekräfte pro Pflegefall im Einsatz, allerdings ist die Streuung der Durchschnittswerte zwischen den Diensten zwischen einer und 15 Kräften erheblich, bei Abfrage der Maximalwerte wurden in einem Extremfall sogar 30 Pflegekräfte angegeben, welche während eines Monats pro Fall im Einsatz seien. In der Regel sind für einen Pflegebedürftigen drei bis sechs Beschäftigte über den Zeitraum von einem Monat tätig. Ebenso wie die Zahl der Pflegekräfte gilt die Zahl der im Pflegedienst im Umlauf befindlichen *Haus- oder Wohnungsschlüssel* als ein Kriterium der „Ergebnisqualität“: Laut der dazu vorliegenden Angaben der Beschäftigten sind im Pflegedienst im Durchschnitt zwei, in der Regel bis zu vier Schlüssel pro Pflegefall vorrätig. Auch hier gibt es einen einsamen Extremwert von sogar 30 beim Pflegedienst vorhandenen Haus- oder Wohnungsschlüssel.

Auch für den Fragebereich der ‚Kundenorientierung und Ergebnisqualität‘ wurden Unterschiede zwischen den Diensten je nach *Trägerschaft* und regionaler Herkunft (Ost- und Westdeutschland) ermittelt: In der Tendenz geben Beschäftigte gemeinnütziger und westdeutscher Pflegedienste dazu erneut eher schlechtere Werte an als solche aus privaten gewerblichen Pflegediensten. So bejahen nur 29% der Pflegekräfte von gemeinnützigen Pflegediensten (42% in Ostdeutschland) der Frage, ob die Pflegebedürftigen und Angehörigen in die Überprüfung der Pflegequalität einbezogen würden, mit „trifft voll zu“; dieser Anteil liegt bei den privaten gewerblichen Diensten bei 46% (und in Ostdeutschland bei 42%). Eine ähnliche Dichotomie zeigt sich bei den Antworten auf die Frage nach der Erhebung von Kundenwünschen und -zufriedenheit in ihrem Pflegedienst.

Bei der Frage nach Beschwerden von seiten der Klienten zeigen sich überwiegend *keine* solchen Unterschiede zwischen den Trägertypen, allerdings tritt die Nennung von Klagen über Unpünktlichkeit oder Beschwerden über die Zeitplanung von seiten der Mitarbeiterinnen gemeinnütziger Pflegedienste etwas häufiger auf als von seiten der Kolleginnen in den privaten gewerblichen Betrieben. Ferner schätzen die Mitarbeiterinnen von privaten gewerblichen Diensten ihren Dienst als etwas kundenfreundlicher im Umgang mit Beschwerden ein als jene von gemeinnützigen Trä-

gern. Darüber hinaus ist bei den gemeinnützigen Pflegediensten offenbar eine deutlich größere Anzahl von Pflegekräften pro Pflegebedürftigem im Einsatz, als dies bei den privaten gewerblichen Diensten der Fall ist, während sich dieses bei der Zahl der im Pflegedienst vorrätigen Haus- und Wohnungsschlüssel eher umgekehrt verhält: Hier schneiden die gemeinnützigen Dienste etwas besser ab als die von privaten gewerblichen Trägern. Geradezu diametral ist der Unterschied der Nennungen von Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und Angehörigen über den eigenen Pflegedienst in Ost- und Westdeutschland: Hier sagen gut zwei Drittel der westdeutschen Pflegekräfte, dass es eine solche Kritik gäbe, während 57% der ostdeutschen Kolleginnen dieses verneinen. Dagegen wird der Umgang mit Kritik und Beschwerden in Ost- und Westdeutschland offenbar ähnlich gehalten.

Einige interessante Differenzen treten auch bei der Auswertung der Antworten der Beschäftigten im Bereich der Fragen zur Kundenorientierung und Ergebnisqualität hinsichtlich der *Größe* der Pflegedienste auf: So nimmt mit der zunehmenden Größe der Pflegedienste auch die Häufigkeit von Kritik und Beschwerden von seiten der Klienten offenbar signifikant *zu*, wobei insbesondere die Unpünktlichkeit von Beschäftigten in größeren Pflegediensten deutlich häufiger als Problem genannt wird als von denjenigen in kleineren Diensten. Und auch im *Umgang* mit den Beschwerden treten bemerkenswerte Unterschiede zwischen größeren und kleineren Diensten zutage: Demnach scheinen laut der Einschätzungen der dort Beschäftigten die größeren Pflegedienste einerseits eher weniger per Gespräch und Aufklärung sowie durch Änderungen im Personaleinsatz auf die Klienten zuzugehen, andererseits scheinen diese auch seltener mit persönlichem Druck zu reagieren. Schließlich sind in größeren Pflegediensten anscheinend im Durchschnitt deutlich mehr Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem im Einsatz als in kleineren Organisationen.

Die Wichtigkeit *organisatorischer* Merkmale für die Qualität der ambulanten Pflege wurde durch die vorliegenden Ergebnisse insgesamt nachhaltig unterstrichen. Ein *Konzept zur Einsatzplanung*, so die Einschätzungen der Beschäftigten in der ambulanten Pflege, fehlt laut 11% der dazu antwortenden Mitarbeiterinnen. Hinzu kommt, dass 14% nichts von einem solchen Konzept wissen. Darüber hinaus fehlt laut 16% der Beschäftigten ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen, 8,4% antworten auch dazu mit „weiß nicht“. Neben der Einsatzplanung und der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen stellen regelmäßige Dienstbesprechungen wichtige Instrumente dar, um die flexibel zu organisierende Arbeit eines Pflegedienstes gut zu steuern. Nur 3% der Mitarbeiterinnen in der ambulanten Pflege geben an, dass überhaupt keine Dienstbesprechungen stattfänden, 4% lassen die Frage unbeantwortet. Die mittlere Frequenz der Besprechungen liegt bei einmal pro Woche, 20% der Pflegekräfte berichten jedoch über einen höchstens vierzehntägi-

gen Turnus und bei einem Viertel der Beschäftigten finden diese nur einmal im Monat statt. Die Dauer der Besprechungen liegt im Mittel bei 1,5 bis 2,5 Stunden.

Darüber hinaus wurden bestimmte organisatorische Aspekte mit einer differenzierten Bewertungsskala (1-6) abgefragt. Die besten Werte erhielt hier das Item, ob Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt würden, was nur 2,5% eher verneinen und 13,3% mit einer Drei bewerten, was aber doch eine gewisse Kritik und Distanz von der Idealnote 1 beinhaltet. Die konkrete Frage nach dem selbständigen Einsatz von Hilfskräften in der Pflege wird gleichwohl von 61% und der selbständige Einsatz von Hilfskräften in der Behandlungspflege von 27% eher bejaht (Werte 1-3). Trotz dieser gewissen Diskrepanz bei den Antworten zu den genannten Items sind die Antworten dieser relativ ähnlich zielenden Fragen im übrigen hoch signifikant korreliert. Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Klienten bewerten 6,4% eher schlecht (Noten 4-6) und 21% nur mit einer Drei. Recht ähnlich wird die Einsatzplanung von den Mitarbeiterinnen eingeschätzt: Hier vergeben 22% eine Drei und 5% Noten von 4-6. Im Prinzip analog liegen die Werte zur Beurteilung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen, wozu 21% eine Drei und 8% Noten von 4-6 vergeben. Entsprechend sind die Einschätzungen der Beschäftigten zu den verschiedenen organisatorischen Items hoch signifikant korreliert, d.h., je besser oder schlechter die Bewertung eines einzelnen Items, desto besser oder schlechter fällt auch die der anderen aus und umgekehrt.

Schließlich bestehen auch bei den Fragen zur Bewertung der Organisation des Pflegedienstes leichte Differenzen je nach *Trägerschaft* und *regionaler* Zugehörigkeit der Dienste. So wird von den Beschäftigten in gemeinnützigen eher häufiger als von jenen in privaten gewerblichen Pflegediensten bejaht, dass ein *Konzept* zur Einsatzplanung existiere, wobei sich deren *Beurteilung* jedoch zwischen den beiden Gruppen nicht unterscheidet. Auch die Durchführung von Dienstbesprechungen findet offenbar in privaten gewerblichen Diensten eher seltener statt als bei jenen in gemeinnütziger Trägerschaft, wobei sich jedoch weder der Turnus noch die Dauer unterscheiden. Ferner fällt der Einsatz von Hilfskräften in beiden Gruppen ganz leicht unterschiedlich aus, wobei die privaten gewerblichen Pflegedienste laut der Angaben ihrer Mitarbeiterinnen eher häufiger Hilfskräfte in der Behandlungspflege einsetzen als solche in gemeinnütziger Trägerschaft.

Auch in *Ost- und Westdeutschland* fallen die Beurteilungen einiger organisatorischer Merkmale durch die Beschäftigten in der ambulanten Pflege unterschiedlich aus. So wird die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen in Ostdeutschland eher positiver eingeschätzt als in Westdeutschland. Ähnliches gilt für die Bewertung der Einsatzplanung. Auch die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Klienten durch die Dienstplangestaltung gelten in der Sicht der Beschäftigten im Osten der Republik als besser als im Westen. Dagegen werden Hilfskräfte laut der Einschätzung

gen der Beschäftigten in Ostdeutschland etwas häufiger auch selbständig in der Pflege eingesetzt, als dies im Westen der Fall ist.

Weitere Unterschiede treten auf, wenn die *Größe* der Pflegedienste einbezogen wird: So gibt es in größeren Diensten erwartungsgemäß häufiger ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen als in kleineren Organisationen. Übrigens geht insgesamt die Bejahung der Existenz eines Konzeptes zur Einarbeitung auch mit der Tendenz zur besseren Bewertung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen durch die Beschäftigten einher. Ähnliches gilt für den Zusammenhang zwischen der Bejahung der Existenz eines Konzeptes zur Einsatzplanung und der Bewertung der Einsatzplanung durch die Beschäftigten insgesamt. Die Bewertung der Einsatzplanung fällt wiederum in größeren Pflegediensten durch die Mitarbeiterinnen schlechter aus als in kleineren. Auch die Frage, ob die Dienstplangestaltung die Berücksichtigung individueller Kundenpräferenzen und -bedürfnisse zulasse, wird von den Beschäftigten in größeren Pflegediensten schlechter beurteilt als in kleineren Organisationen. Ferner bewerten die Beschäftigten in größeren Pflegediensten die Frage nach der Verwendung der Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eher bejahen als die Beschäftigten in kleineren Diensten. Abschließend sei erwähnt, dass auch je nach *Fachkräfteanteile* der Dienste zum Teil unterschiedliche Bewertungen organisatorischer Merkmale auftreten: So gilt die Tendenz, dass mit zunehmendem Anteil an Fachkräften die Beschäftigten einige organisatorische Merkmale positiver einschätzen als Mitarbeiter in Diensten mit geringerem Fachkräfteanteil. Dies gilt wie erwartet insbesondere für Fragen, ob die Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden und ob Hilfskräfte selbständig in der Pflege tätig seien. Während das erste Item von den Diensten mit hohem Fachkräfteanteilen eher bejaht wird, wird das zweite eher verneint als von jenen Beschäftigten in Pflegediensten mit geringem Fachkräfteanteil. Auch Dienstbesprechungen finden in Pflegediensten mit hohem Fachkräfteanteil häufiger statt als in solchen mit weniger Fachkräften. Darüber hinaus gibt es leichte Tendenzen, die jedoch statistisch im Grenzbereich liegen, dass sowohl die Einsatz- als auch Dienstplanung von den Mitarbeiterinnen in Diensten mit höherem Fachkräfteanteil eher besser beurteilt werden als von jenen mit geringem Fachkräfteanteil.



5 Zusammenfassung

5.1 Zielsetzung und Methodik

5.1.1 Zielsetzung

Die professionelle ambulante Pflege vorwiegend älterer Menschen erfuhr durch die Einführung der Pflegeversicherung eine kräftige Ausweitung und wachsende Bedeutung. Seitdem hat sich ein dynamischer Pflegemarkt entwickelt, der durch den demographischen, sozialen und kulturellen Wandel zusätzliche Impulse erhält. Mit dem raschen Ausbau der ambulanten Pflege wurde auch die Problematik der Qualitätssicherung offenkundig. Die dahingehend allerdings noch recht jungen und kaum entwickelten Aktivitäten wurden durch die Pflegeversicherung angestoßen, hinzu kam die wachsende öffentliche Aufmerksamkeit sowie dadurch zutage tretende „Pflegeskandale“, so dass das Thema eine enorme Brisanz aufweist. Diese wird durch die systematische Einschränkung der Konsumentensouveränität von Pflegebedürftigen noch verstärkt. Unter den Bedingungen asymmetrischer Information und einer unzureichenden Markttransparenz entscheiden zudem in der Regel Stellvertreter – meist Angehörige – zu einem Großteil über Wohl und Wehe von Pflegebedürftigen, was im häuslichen Bereich in der Regel aber unter Ausschluss der Öffentlichkeit geschieht.

Die Messung und Überprüfung sowie systematische Sicherung der Pflegequalität ist in Deutschland vergleichsweise wenig entwickelt. Vergleichbare großflächige und analytisch tiefgreifende empirische Befunde, wie sie insbesondere für die USA berichtet werden können, liegen hier nicht vor. Neben einigen methodisch oft zweifelhaften Befragungen der Klientel gibt es bisher nur wenige Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK, der bis Ende 1999 weniger als 15% aller Dienste immerhin einmal seit Inkrafttreten des Pflege-VG im Jahr 1995 geprüft hat; von denen ist allerdings wiederum der Hauptteil in Baden-Württemberg angesiedelt, welches als einziges Bundesland *alle* Pflegedienste ein- oder mehrmals geprüft hat. Da nur aus einigen Bundesländern differenzierte Berichte zu Qualitätsprüfungen vorliegen, sind für ganze Landstriche von dieser Seite offenbar noch keine fundierten Aussagen zum aktuellen Stand der Qualität in der ambulanten Pflege möglich. Zudem muss bei den Berichten des MDK bedacht werden, dass diese in Diensten der Finanziers (Pflegekassen) stehen und somit grundsätzlich nicht unbedingt den Ansprüchen wissenschaftlicher Objektivität genügen können. Hinzu kommen als empirische Informationen ebenso nur vereinzelte Befunde zu Abrechnungsmanipulationen und zur Gewalt und sowie Dekubitus in der Pflege. Ein zentraler Mangel in Deutschland stellt insgesamt dar, dass die durchaus zahlreich zu verzeichnenden einzelnen Bemühungen um Qualitätsverbesserungen nicht im größeren Stil wissenschaftlich und methodisch kontrolliert stattfinden und entsprechend dokumentiert und publiziert wären, sondern ad hoc aus der Praxis entwickelt sowie auf einem unübersichtlichen und auch durch ökonomische Interessen beeinflussten Markt (Consulting) für die Praxis gehandelt werden, so dass eher subjektive Erfahrungsberichte in einschlägigen Praxismagazinen denn objektive Erkenntnisse in wissenschaftlichen Organen zu finden sind.

Das Ziel der vorliegenden Studie war deshalb, das bedeutende, bisher aber unzureichend erforschte Feld der Qualität der professionellen ambulanten Pflege näher zu beleuchten, um systematisierte Informationen darüber zu erhalten, welche Mängel und Mißstände bei der professionellen Betreuung vorwiegend äl-

terer pflegebedürftiger Menschen auftreten. Ein zweiter Fokus richtete sich auf die Analyse grundsätzlicher Strukturmängel im Hinblick auf die Reichweite bestehender Regelungen und Möglichkeiten der Qualitätssicherung.

5.1.2 Methodik

Die angesichts der dürtigen Forschungslage primär *explorativ* und *deskriptiv* angelegte Untersuchung gliedert sich in eine *Literaturanalyse*, 21 *Experteninterviews*¹ in vier ausgewählten Regionen (je zwei Großstädte in Ost- und Westdeutschland, davon eine größere und eine kleinere) und eine anonyme standardisierte *schriftliche Befragung von Pflegekräften* (n=533) in ganz Deutschland.

Die Auswahl der Pflegedienste für die schriftliche Befragung von Pflegekräften stellte im Kern eine in Bezug auf die Gesamtbevölkerung nach Bundesländern geschichtete repräsentative Zufallsstichprobe von 1.000 angeschriebenen Diensten dar. Zwar war nur ein geringer Rücklauf von ca. 10% der kontaktierten Dienste zu verzeichnen, so dass Verzerrungen in der Stichprobe grundsätzlich nicht auszuschließen sind. Jedoch gibt es folgende Gründe, Schlüsse aus der realisierten Stichprobe (533 Beschäftigte, 107 Dienste) auf die Grundgesamtheit, d.h. eine Verallgemeinerung, in begrenztem Maße zuzulassen: Erstens handelt es sich um eine sehr große Stichprobe. Zweitens zeigen zentrale Strukturmerkmale der Stichprobe im Vergleich zu Daten anderer groß angelegter Untersuchungen relativ ähnliche Verteilungen und Zusammensetzungen. Drittens handelt es sich beim Erhebungsinstrument um einen anspruchsvollen Fragebogen, so dass es sich bei der vorliegenden Stichprobe eher um eine Auswahl qualitativ anspruchsvoller Dienste handeln könnte, was auch vor dem Hintergrund der Fragestellung naheliegt. Das heißt aber, dass mit den in der vorliegenden Untersuchung festgestellten Qualitätsmängeln, wenn überhaupt, eher eine *Unter-* als eine Überschätzung (im Vergleich zur allgemeinen Situation) verbunden sein dürfte. Diese Hypothese wird untermauert durch die angegebenen Gründe der Nichtteilnahme (primär wurden genannt: Zeitmangel, Personalmangel, Arbeitsüberlastung) als auch durch den Umstand, dass in der vorliegenden Stichprobe Dienste mit einem im Durchschnitt eher leicht höheren Fachkräfteanteil vertreten sind. Zudem muss ungeachtet solcher Überlegungen betont werden, dass die in der Untersuchung häufig auftretenden extremen *Signifikanzniveaus* mit einer äußerst geringen Irrtumswahrscheinlichkeit (für den Schluss auf die Grundgesamtheit, d.h. die Verallgemeinerung der Aussagen) von oft weit unter 0,1% eine große Sicherheitstoleranz bieten. D.h. dass selbst bei einer leichten Verzerrung der Stichprobe durch eine nicht ausschließende systematische Auswahl eher besserer Dienste und Mitarbeiterinnen Schlüsse auf die Grundgesamtheit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit immer noch im zuverlässigen Bereich liegen dürften.

Im folgenden sollen die Ergebnisse der drei Module gesondert zusammengefasst und im Hinblick auf mögliche gesetzliche Strukturveränderungen bewertet werden. Dabei ist zu beachten, dass diese Darstellungen notgedrungen stark verkürzt sind und differenzierte Ergebnisse und Hintergründe der ausführlichen Fassung des Berichtes entnommen werden können. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Studie eben *explorativ* angelegt war, dass hier primär *deskriptive* Auswertungen erfolgten und dass die Vielzahl

¹ Ausgewählt wurden sog. ‚Multiplikatoren‘ von Benutzern ambulanter Dienste, d.h. Fachleute der sozialen Praxis, die, so die Annahme, aufgrund ihrer zentralen Position im hier interessierenden sozialen Feld über gebündelte Informationen bezüglich der Qualität und den damit verbundenen Problemen in der ambulanten Pflege verfügen. Dazu gehörten insbesondere Vertreter von Pflegekassen, MDK, Kommunalverwaltungen, Beratungsstellen für Pflegebedürftige und Angehörige sowie Vertreter von Selbsthilfegruppen und des Verbraucherschutzes.

der vorliegenden Ergebnisse noch weitere darauf aufbauende vertiefende Analysen ermöglichen, was im hier vorgesehenen Rahmen der Untersuchung nicht möglich war.

5.2 Literaturstudie

Die international vergleichend angelegte Literaturstudie zeigt einen großen *Forschungsbedarf*. Bisher liegt keine Darstellung der Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege der europäischen oder OECD-Länder vor, was in den mittlerweile zahlreichen, meist europäisch vergleichenden, ökonomisch, juristisch oder politologisch orientierten Überblicken zur Pflegepolitik in der Regel noch nicht einmal als *Thema* erwähnt wird. Diese beschränken sich auf grundlegende Informationen über Bevölkerung, soziologische Rahmendaten, die Darstellung von Nachfrage und Angebot sowie Institutionen, Finanzierung und Organisationen der Pflege, ohne die Qualitätssicherung differenziert abzuhandeln. Eine zentrale Schwierigkeit des internationalen Vergleichs stellt ferner die heterogene, kaum vollständig überschaubare und mit nationalen Eigenheiten sowie Traditionen versehene Organisation des Pflegesektors dar, ein Problem, das oft durch separat angelegte Länderstudien umgangen wird.

Als *Gemeinsamkeit* lässt sich im großen und ganzen für die OECD-Länder beobachten, dass seit einigen Jahren der Problemdruck (Altenbevölkerung, Zahl der Pflegebedürftigen), die dahingehenden sozialpolitischen Aktivitäten und die Zahl der unterschiedlichsten sozialen Dienste stark zunahmen. Ferner wurden auch die Bemühungen um Kostenbegrenzung und Qualitätssicherung intensiviert, die im Rahmen größerer Reformen der sozialen Sicherungssysteme angesiedelt sind. Diese zielen generell auf eine Belebung durch Wettbewerb und Märkte, Stärkung der privaten oder nicht staatlichen Organisationen und der Position der Konsumenten. Weiter wird entsprechend den Wünschen der Klienten – und aus Kostengründen – die Unterstützung der häuslichen Pflege favorisiert, teilweise einher gehend mit dem Versuch, die traditionell dominierende in Institutionen erbrachte Pflege abzubauen. Letzteres scheint jedoch nur in Dänemark gelungen zu sein. Ob der Ausbau der häuslichen Pflege tatsächlich insgesamt auch Kosten einsparen kann, gilt vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen noch nicht als gesichert. Vorreiter und Vorbilder sowohl hinsichtlich der Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen als auch der Versorgungsniveaus im Bereich ambulanter Pflege sind einerseits die nördlichen europäischen Staaten sowie die Niederlande und Österreich, aber auch die OECD-Staaten Kanada, Australien sowie nicht zuletzt die USA.

Zentrale Maßnahmen der Qualitätssicherung umfassen dort die Regulierung der Zulassung und Zertifizierung, die staatliche Aufsicht und ständige Qualitätskontrolle (auch mittels differenzierter Qualitäts- und Leistungsvereinbarungen), die Anforderung von Eigenberichten sowie die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätsentwicklung (z.B. in den Niederlanden). Ferner ist v.a. in den USA die laufende flächendeckende Erfassung und Messung sowie *Veröffentlichung* aller qualitätsrelevanter Daten und Berichte vorgesehen. Flankierende koordinierende und beratende Maßnahmen im Rahmen von ‚managed care‘ werden v.a. in den Niederlanden, USA und Großbritannien eingesetzt. Weitere Maßnahmen zielen auf die Stärkung der Mitsprache und Selbstbestimmung von Betroffenen, z.B. in den Niederlanden und Großbritannien. Schließlich geht Dänemark sehr weit mit einem präventiven Aufsuchen älterer Menschen in deren Wohnung.

Ein weiterer Schwerpunkt der Literaturstudie bezog sich auf *empirische Befunde* zur Qualität der Pflege im ambulanten Sektor. Ein auch dafür wichtiger Aspekt stellen die *Hintergründe* der häuslichen Pflegearrangements dar. Ausschlaggebend für die Auswahl oder Entscheidung zur Pflegeform, so die international recht einhelligen Befunde, ist zunächst der oft selbstverständliche und nicht in Frage stehende Wunsch – aber auch damit einher gehend die soziale und moralische Verpflichtung – den Lebenspartner und Familienangehörige zu pflegen (dabei sind in Deutschland derzeit ca. 80% der Pflegepersonen Frauen). Hinzu kommt die Skepsis und Zurückhaltung gegenüber einer Pflege durch Fremde in der eigenen persönlichen Umgebung, weshalb auch nur eine Minderheit von Betroffenen im professionellen Pflegedienst überhaupt eine Entlastung sieht. Der Nachweis, dass ambulante häusliche Pflege die Sterblichkeit, die ADL-Kompetenzen oder die Heimeinweisung positiv beeinflusst, konnte übrigens empirisch bisher auch nicht eindeutig erbracht werden. Zudem wiesen selbst bestimmte Pflegearrangements, d.h. von den Klienten direkt angestellte Pflegekräfte (*'consumer directed model'*), eine bessere Performance auf als die Pflege mittels klassischer professioneller Pflegedienste.

Weitere wichtige Prädiktoren der häuslichen Pflege und der Wahl der Pflegeform ist der Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen und das Vorhandensein informeller Unterstützung, so befinden sich nur noch wenige alleinlebende und sehr schwer Pflegebedürftige in der eigenen häuslichen Umgebung. Entsprechend spielen im Rahmen der häuslichen Pflegearrangements aus der Sicht der Klienten fachliche Aspekte sowie differenzierte Aspekte des Pflegeangebots (der professionellen Pflege) selbst offenbar nur eine eher nachgeordnete und persönliche Beziehungen sowie die Kontinuität und Zuverlässigkeit eine dominierende Rolle. Ein interessanter Aspekt für die Qualität der professionellen Pflege aus der Sicht der Laienpflege stellt dar, dass die generell immense – mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit steigende – psychische und physische Belastung durch die Pflege offenbar kaum durch professionelle Pflege gemildert wird. Infolge von Belastung kommt es andererseits häufiger zu Krankheiten der Pflegeperson, aber auch zu aggressiven Verhaltensweisen gegenüber der Pflegeperson, so dass hier Verbesserungen im Rahmen von Care und Case Management oder durch die Beratung von Pflegepersonen angedeutet erscheinen. Infolge der fortschreitenden Rationalisierung und Ökonomisierung gesellschaftlicher Beziehungen, wie sie auch in der Pflegeversicherung zum Ausdruck kommen, könnten diese Einstellungen allerdings weiter zugunsten einer Ausweitung professioneller Pflegearrangements tendieren. Allerdings sind diesbezügliche Projektionen, welche auch am sozialen und kulturellen Wandel (Zunahme der Zahl Alleinlebender und Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit) ansetzen, mit einer großen Unsicherheit behaftet.

Die empirischen Befunde zur Pflegequalität im engeren Sinne beziehen sich mehrheitlich (auch international) immer noch auf den stationären Bereich und hier oft auf die Akutmedizin. Am weitesten sind diesbezüglich die Forschungen in den USA vorangeschritten, nicht zuletzt dank der gesetzlich verordneten Datensammlung (z.B. Minimal Data Set) und dem verbreiteten ständigen und veröffentlichten Assessment. Dadurch wurde es möglich, die Pflegequalität auch unter Orientierung am *'outcome'* zu messen, also nicht nur unter Heranziehen von Struktur- und Prozessdimensionen wie dem Anteil an eingesetzten Fachkräften oder der Führung einer Pflegedokumentation, sondern aufgrund *vergleichender* Messungen der Entwicklung körperlicher und gesundheitlicher Beeinträchtigungen (z.B. anhand von ADL-Skalen). Befunde aus dem stationären Sektor zeigen unerwartet widersprüchliche Resultate hinsichtlich des Zusammenhangs von eingesetztem professionellen Pflegepersonal und outcome-Variablen, darunter auch *'adverse Effekte'* (z.B. Auftreten und Verschlechterung von Druckgeschwüren, Fixierungen, Katheterverwendung, Medikamentenfehlern oder Krankenhauseinweisungen). Während einige Untersuchungen positive Effekte

einer günstigen Betreuungsrelation (Pflegepersonal pro Patient) auf ‚adverse Effekte‘ oder die Sterberate (jeweils mit sinkenden Anteilen) fanden, konnten andere keine dahingehenden Auswirkungen feststellen. Dagegen fanden wiederum einzelne Forschungen, dass Training und Weiterbildung von Pflegerinnen oder die intensive Rehabilitation von Patienten die Sterberate der Patienten senke.

Auch hinsichtlich des Zusammenhangs der körperlichen Beeinträchtigung (auch Demenz oder psychische Beeinträchtigung) von Bewohnern und Qualitätsmängeln gibt es widersprüchliche Resultate, wobei die Tendenz zu sein scheint, dass demente und schwer pflegebedürftige Personen auch eine eher schlechtere Pflege erhalten und dass hier häufiger Mängel auftreten als bei leichteren Fällen. Ebenso scheint bestätigt, dass in Einrichtungen mit einem hohen Anteil sozial schlechter gestellter Patienten auch häufiger Pflegemängel aufzufinden sind. Außerdem scheint der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Auftretens von Druckgeschwüren und allgemeinen Qualitätsmängeln eher gesichert, womit ein zentraler Indikator für die Pflegequalität verbunden ist. Ein Problem stellt allerdings grundsätzlich dar, dass schwere Qualitätsmängel und leicht zu registrierende, sichtbare Probleme wie Druckgeschwüre, entsprechend leicht festzustellen sind, während andere vielleicht eher übersehen werden. Zudem sind die Befunde unterschiedlicher Prüfer nicht immer gleich, was allerdings durch Training verbessert werden kann.

Darüber hinaus scheinen die Zusammenhänge zwischen organisatorischen Merkmalen und dem Auftreten von Qualitätsproblemen nicht eindeutig. Dieses gilt auch für die Effekte von managed care, die laut einigen Untersuchungen positiv (weniger Heimeinweisungen, höhere Zufriedenheit der Klienten), in anderen dagegen auch negativ (geringere Zufriedenheit, mehr Dekubitus bei den Klienten) sind. Eher gesichert dürfte sein, dass größere Einrichtungen häufiger Qualitätsmängel aufweisen als kleinere und dass staatlich kontrollierte Einrichtungen eine bessere Performance zeigen als unkontrollierte. Dagegen sind die Befunde zur Trägerschaft (profitorientierte oder gemeinnützige) in bezug auf die Pflegequalität nicht eindeutig.

Eindeutig scheint dagegen zu sein, dass es generell sehr große Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen gibt, so dass nicht ohne weiteres von einem guten Standard ausgegangen werden kann, der sich ‚automatisch‘ via Professionalität und Selbstkontrolle einstellt. Z.B. lag die Prävalenz von Dekubitus (Grad 1-4) in einer groß angelegten amerikanischen Untersuchung beim schlechtesten Viertel der Einrichtungen bei immerhin 22%, beim besten Viertel nur bei 3%. Ähnliche immense Unterschiede zwischen den Einrichtungen traten auch beim verfehlten Gebrauch von Antipsychotica und bei der Inzidenz von Verschlechterungen der ADL auf, was beim schlechteren Quartil immerhin bei 29-67% der Fälle, bei den besseren Einrichtungen dagegen nur bei 2-9% der Fälle auftrat.

Die Rate schwerer Pflegemängel, welche eindeutig negative Auswirkungen auf die Patienten zeitigen, liegt verschiedenen internationalen Untersuchungen zufolge im ambulanten Bereich bei ca. 5-15% wobei in etwa der Hälfte der Fälle überhaupt Mängel festgestellt wurden. Am häufigsten (33% aller Fälle) waren laut einer amerikanischen Untersuchung Abweichungen zwischen dem tatsächlichen Bedarf und der geleisteten Pflege zu finden, in 20% der Fälle war die Dokumentation von Gesundheitsproblemen mangelhaft, so wurde noch nicht einmal die Hälfte an kardiovaskulären Problemen erkannt, und in immerhin 10% erfolgte keine unverzügliche Reaktion auf akute Probleme. Eine besondere Häufung an Problemen war generell bei der wachsenden Komplexität, ferner bei der Pflege von Diabetes-Fällen und bei instabilem Gesundheitszustand der Fälle zu finden. Aus einer taiwanesischen Erhebung wird u.a. berichtet, dass 30% der Dienste keine regelmäßigen Kontrollen der Pflegedokumentation, die Hälfte keine regelmäßigen Fallbesprechungen und 38% keine standardisierte Qualitätsüberwachung durchführten.

Auch die wenigen bisher vorliegenden Messungen und Überprüfungen der Pflegequalität in *Deutschland* beziehen sich erneut hauptsächlich auf den stationären Bereich. Im ambulanten Sektor wurden vom MDK bis Ende 1999 erst ca. 13% aller Dienste geprüft, wovon die meisten in Baden-Württemberg angesiedelt sind, so dass aus einigen Ländern noch kaum Informationen vom MDK dazu vorliegen. In den bisher vorliegenden Auswertungen finden sich fast durchgängig Mängel in der Pflegedokumentation und beim Pflegeprozess, was nur bei etwa einem Drittel der Dienste unproblematisch sei. Hier werden Gewohnheiten oder Ressourcen der Patienten nicht erfasst, Pflegeziele fehlen, Eintragungen werden im voraus oder im nachhinein vorgenommen, Pflegeberichte und -ziele fehlen oder werden nicht aktualisiert usw. Pflegevisiten werden selten systematisch und regelmäßig zur Qualitätssicherung durchgeführt. Informationen über gesetzliche Grundlagen und die Pflegeberatungen sind bei ca. 20% ungenügend und auch Pflegeverträge zeigen sich mangelhaft. Es fehlt, so der MDK, an der fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte, Weiterbildungen wurden nur von ca. der Hälfte der Kräfte absolviert, auch von Leitungen, womit schließlich auch die Anforderungen nach § 80 SGB XI nicht erfüllt sind. Noch unbestimmt sind die bisherigen empirischen Befunde hinsichtlich des Dunkelfeldes der Prävalenz von Gewaltanwendungen gegenüber Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege, die nach bisherigen Erkenntnissen bei mindestens 5-14% liegen dürfte; ähnlich hoch dürfte wiederum die Prävalenz von Dekubitus liegen.

Etwas weiter vorangeschritten ist die Ermittlung der *Sicht der Patienten* oder Betroffenen, die mit Anschlag aus den USA in jüngster Zeit auch in Deutschland häufiger ermittelt wird. Allerdings sind die dabei aufgeworfenen *methodischen Probleme* nicht unerheblich, da die Antworten insbesondere älterer und pflegebedürftiger (z.T. dementer) Menschen zum Befinden, zur Zufriedenheit und zur Einschätzung der Pflegequalität zum Teil sehr problematisch zu bewerten sind, weil sie insbesondere großen (positiven) Verzerrungen durch soziale Erwartungen und Beziehungen unterliegen können. Ein ‚Anschwärzen‘ des eigenen Pflegedienstes wird von älteren Menschen bei Befragungen, gerade gegenüber offiziellen Stellen, selbst bei schlimmen Zuständen oft vermieden. Entsprechend sind daraus resultierende hohe globale Zustimmungswerte und positive Sichtweisen nur mit großer Vorsicht zu bewerten und auch geringe Abweichungen sowie Kritik um so ernster zu nehmen. So kann es durchaus sein, dass, so eine amerikanische Untersuchung, zwar 90% und mehr der Klienten einerseits eine hohe Zufriedenheit und andererseits 15-20% auch äußerst schwerwiegende Mängel (Unpünktlichkeit, Leistungsausfälle ohne Information, Beschimpfungen bis hin zu körperlichen Misshandlungen) angeben. Zudem muss das Urteil der Klienten über die Pflegequalität nicht dem von Case und Care Managern entsprechen.

Ein wichtiger qualitätsrelevanter Bereich stellt das Gefühl der *Arbeitsbelastung* der Beschäftigten dar. Die dazu vorliegenden empirischen Befunde unterliegen zunächst einigen methodischen Problemen und Zweifel an der Zuverlässigkeit der Aussagen, so dass auch diesbezüglich ein großer Forschungsbedarf – auch hinsichtlich der Veränderungen infolge des Pflege-VG – besteht. Die wenigen vorliegenden Studien zeigen, dass bei einer relativ zu anderen Berufen insgesamt recht hohen Arbeitsbelastung in der Pflege im ambulanten Bereich eine vergleichsweise weniger kritische Situation vorliegt, wobei sich die körperliche Belastung nur leicht erhöht gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung zeigt. Allerdings berichtet knapp die Hälfte der Beschäftigten über die hohe psychische Belastung aufgrund der Konfrontation mit Sterben und Demenz der Pflegebedürftigen. Ebenso reklamieren ähnliche Anteile von Pflegekräften dahingehende *Ausbildungsdefizite*, die sich allerdings auch auf allgemeine Kompetenzen (Gesprächsführung, Beratung) beziehen. Nicht unerheblich ist auch das Ausmaß der Überstunden, welche im Durchschnitt einer Studie bei ca. 10 Stunden pro Monat, nach den hier vorliegenden Daten im Mittel bei 5 Stunden pro Monat liegen. Nur 23% der Beschäftigten in der ambulanten Pflege, nach den hier vorliegenden Ergebnissen 33%,

gaben an, keine Überstunden zu leisten. Die in der Literatur zu findenden Angaben über eine infolge der Arbeitsüberlastung und mangelnden Ausbildung sehr kurze *Verweildauer im Pflegeberuf* (von fünf bis zehn Jahren) konnte mit den hier vorliegenden Daten nicht bestätigt werden; allerdings sind diesbezüglich methodische Probleme aufgrund einer u.U. positiven Auswahl in Rechnung zu stellen; Berücksichtigt werden muss jedoch auch, dass der ambulante Bereich immerhin der primäre Wunschbereich bei Wechselabsichten der Pflegekräfte ist. Zudem sind die bekannten Studien aufgrund einer oft unterschätzten Fluktuation *ohne* Berufsaufgabe, d.h. der nur temporären Ausstiege (etwa aufgrund von Schwangerschaften) ebenso mit einer großen Unsicherheit behaftet, so dass auch diesbezüglich noch Forschungsbedarf besteht.

5.3 Expertenbefragung

Laut der durchgeführten Intensivinterviews mit ‚Multiplikatoren‘ in vier ausgewählten Regionen finden sich in allen Fragebereichen mehr oder weniger ausgeprägte Qualitätsdefizite bei der professionellen ambulanten Pflege. Ein besonders problematischer Bereich scheint die nicht ausreichende *Transparenz* im Pflegemarkt und die oft eher unzureichende *Beratung* von Pflegebedürftigen und Angehörigen darzustellen, was angesichts der sehr stark eingeschränkten Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen zusätzliche Brisanz erhält und häufig mit der Forderung nach einer rechtlichen Verbesserung und stärkeren Regulierung (z.B. durch die Vorgabe von Standards) der Beratung im Pflegemarkt verbunden wird. Erschwerend sei, dass die komplizierten Regelungen des Leistungsrechts für die Betroffenen nur zum Teil zu verstehen seien. Ein großes Problem stellt ferner dar, dass sich auch Pflegekräfte gerade in bezug auf die Beratung oft überfordert fühlen, dass die zur Erstberatung verwendete Zeit häufig nur knapp bemessen ist (siehe unten) und dass ein von den Experten immer wieder betonter Einfluss ökonomischer Interessen der Pflegedienste zu verzeichnen sei. Grundsätzlich wurden auch für den Bereich der Beratung die Anreize des herrschenden Abrechnungssystems via Leistungsmodule als problematisch erachtet, welche den umfangreichen Abruf programmierter Leistungen (sowie einer später möglichst schnellen Ableistung derselben) anstelle einer differenzierten Orientierung am jeweiligen Bedarf verstärkten. Aber auch weil die Pflegekassen einer gemischten Interessenlage unterliegen und auch nicht alle Pflegebedürftigen von diesen erreicht werden (z.B. nicht Versicherte), wird die Forderung nach einer unabhängigen Verbraucherberatung, wie sie z.B. im Landespflegegesetz von Nordrhein-Westfalen zumindest gesetzlich vorgegeben wurde (vgl. Eifert et al. 1999a), ergänzend zur bereits im SGB XI enthaltenen Regelung angeregt. Damit könnten auch Verknüpfungen zu weiteren sozialen Diensten und Beratungsangeboten auf der *kommunalen* Ebene hergestellt werden. Solche Überlegungen beziehen sich prinzipiell auch auf die *Beratungs- und Kontroll-einsätze* nach § 37 SGB XI, wobei diesbezüglich von den befragten Experten erneut die ökonomischen Interessen der Pflegedienste als Problem ausgemacht wurden.

Ebenso werden gravierende Mängel und entsprechende Anregungen für gesetzliche Regelungen von den befragten Multiplikatoren in bezug auf die Praxis der *Pflegeverträge* geltend gemacht. Diese seien, sofern sie überhaupt vorlägen, einerseits häufig wenig transparent mit viel ‚Kleingedrucktem‘ und insgesamt nicht unbedingt den jeweiligen spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechend. Zwar gibt es dazu von seiten des Verbraucherschutzes sowie im Rahmen der allgemeinen Geschäftsbedingungen Vorgaben und gerichtliche Prüfungsmöglichkeiten, ungeachtet dessen wurde von einigen befragten ‚Multiplikatoren‘ aber

das Vorbild der Heimverträge bemüht, verbunden mit dem Vorschlag, eine ähnliche Regelung auch im ambulanten Pflegebereich einzuführen.

Ein weiteres mit der Beratung in Verbindung stehendes Problem stellt die *Auswahl* und *Koordination* der jeweils geeigneten Pflegeformen und –dienste oder Versorgungseinrichtungen sowie die dabei notwendigen *Übergänge* (z.B. zwischen Krankenhaus und Rehabilitation oder die Entlassung nach Hause) dar. Auch diesbezüglich weisen – ansonsten bei den Expertenbefragungen kaum zu verzeichnende – *regionale Unterschiede* in die Richtung, dass rechtliche Rahmenbedingungen, wie sie z.B. in Nordrhein-Westfalen per Landespflegegesetz verordnet wurden (z.B. Beratung, Pflegekonferenzen), ihre positive Wirkung für Betroffene zeigen (siehe auch: Eifert et al. 1999a). Die Wichtigkeit flankierender gesetzlicher Rahmenbedingungen wird auch durch die Einschätzungen der Experten hinsichtlich der Praxis der Auswahl und Koordination verschiedener Versorgungsangebote unterstrichen, welche offenbar zu einem großen Teil zufällig und ad hoc vorgenommen wird und weniger durch rationale Kriterien (z.B. Preis und Leistung), vielmehr stark durch Habitus, Traditionen und ‚Nahellegendes‘ geprägt ist. Erschwerend kommen hier nicht immer im Einklang befindliche unterschiedliche Kalküle und Strukturen (Recht, Finanzen, Organisation etc.) der verschiedenen Organisationen, Institutionen und Leistungssysteme hinzu, die nicht unbedingt zum Wohle der Betroffenen ineinander greifen und zusammenarbeiten (wie bei der Rehabilitation und Pflege) und für diese kaum vollständig zu durchschauen sind. Dies wäre z.B. bei der Problematik der Rehabilitation durch eine oft geforderte institutionelle Harmonisierung und Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung zu beheben (vgl. Hallesches Memorandum, Behrens/Rothgang 2000).

Auch bei der *Begutachtung* des Pflegebedarfs wurde durch die befragten Multiplikatoren zunächst die bekannte Kritik der strengen gesetzlichen Rahmenbedingungen des Leistungsrechts des Pflege-VG bemüht. Aber auch die recht hohe, wenngleich als rückläufig erlebte Varianz, die lange Dauer von Verfahren, der Zeitmangel bei der Begutachtung durch den MDK, die ungenügende Einbeziehung von Hausärzten, Pflegekräften oder sonstigen Beteiligten des Umfeldes von Pflegebedürftigen und andere methodische Defizite (z.B. Problem der Selbstauskünfte, Streubreite der gesundheitlichen Disposition) wurden wiederholt angesprochen. Daraus resultierend gehen Vorschläge in die Richtung einer stärkeren Kontrolle der Einschätzungen des Pflegebedarfs, z.B. durch Hausärzte oder Pflegekräfte, aber auch einer Verpflichtung einer stärkeren Kooperation. Noch kritischer wurde diesbezüglich erneut die Rolle der *Pflegedienste* gesehen, deren *Erfassung* des *Pflegebedarfs* und *Pflegeplanung* überwiegend als wenig differenziert und mangelhaft eingeschätzt wurde. Mängel, etwa beim Erkennen und Fördern von Rehabilitation, wurden teilweise wiederum auf ökonomische Interessen (so droht bei erfolgreicher Rehabilitation der mögliche Verlust eines Kunden), aber auch auf die mangelnde *Qualifikation* von Pflegekräften zurückgeführt. Erneut wurde auch für die Erfassung des Pflegebedarfs und die Pflegeplanung die Forderung nach einer Festlegung verbindlicher Standards laut für Pflegeziele und Pflegeplanungen.

Wenn schon die Erfassung des Pflegebedarfs und die Pflegeplanung häufig im Stile von ‚0-8-15‘ geschieht, gilt dieses erst recht für die *Pflegedokumentation*, was als einer der Bereiche mit Qualitätsmängeln in der ambulanten Pflege ausgemacht wurde. Auch hier sei neben dem Totalausfall das pauschale und wenig aussagekräftige Abhaken von Leistungsmodulen zu beklagen. So werde die ständige differenzierte Darstellung gesundheitlicher Beeinträchtigungen, von Problembereichen, einzelner Maßnahmen (Lagerung, Flüssigkeitsbilanzen) und Verbesserungen oft nicht sorgfältig verfolgt. Gründe wurden primär bei der mangelnden Motivation und Einsicht in die Notwendigkeit der ‚bürokratischen Schreibearbeit‘ sowie der ungenügenden tatsächlichen (unabhängig von der formellen) Qualifikation der Pflegekräfte gesehen.

In diesem Zusammenhang spielt zudem die noch nicht sehr lange währende Praxis und Übung eine Rolle. Auch hier wurde, allerdings nur vereinzelt, eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen in die Richtung einer stärkeren *Kontrolle* empfohlen, wobei erneut das Vorbild der *Heimaufsicht* bemhrt wurde.

Die Notwendigkeit stärkerer Kontrollen und das mögliche Instrument einer analog zum stationären Sektor im ambulanten Bereich installierten hoheitlichen Aufsicht wurde von den befragten Experten erst recht im Zusammenhang der als durchweg mangelhaft eingeschätzten externen und internen Maßnahmen der *Qualitätssicherung* genannt. Die oben dazu ausgefhrteten Aussagen der Befragten lassen sich zum Motto zusammenfassen, dass diesbezüglich zwar viel geredet, jedoch viel zu wenig praktiziert werde, denn die weit überwiegende Mehrheit der Pflegedienste wurde bisher weder extern noch intern methodisch und fachlich zuverlässig geprüft. Erst eine externe unabhängige und objektive Kontrolle mit drohenden Sanktionen bringe die Pflegedienste jedoch auf den Weg einer anspruchsvollen Qualitätssicherung. Deshalb wird von den Befragten häufig mit Bedauern auf das – im ambulanten Bereich fehlende – Instrument einer *staatlichen Kontrolle* und *Aufsicht* verwiesen, zumal die Unterschiede bei den Maßnahmen der internen Qualitätssicherung der Pflegedienste als äußerst groß wahrgenommen werden. Die Ausweitung staatlicher Kontroll- und Sanktionsmittel wird von verschiedenen befragten Experten, auch von Vertretern von Pflegekassen und Kommunalverwaltungen, begrüßt, wobei konkret auch ein *Aufsichtsgesetz* für ambulante Dienste gefordert wurde. Die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes ergebe sich einerseits aus der Unzulänglichkeit bisheriger Maßnahmen der Qualitätssicherung und andererseits aus der Tatsache, dass nicht alle ambulant versorgte Pflegebedürftige durch Pflegekassen und MDK auch erreicht würden.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Kontrollinstrumente werden von den Befragten vor allem zwei Anforderungen genannt: die *ständige*, in möglichst *kurzen* Abständen und *unangemeldete*, also unerwartet auftauchende Kontrolle. Ferner müsste der Gesetzgeber, so der Vorschlag verschiedener befragter Multiplikatoren, auch eine „personelle Mindestausstattung, bezogen auf die Kundenzahl und die Schwere der Pflegefälle“ festlegen. Dieses sei auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass ohne eine gewisse Mindestzahl an Fachpersonal eine Pflege rund um die Uhr, z.B. von einem Dienst mit zwei Kräften, nicht zu leisten sei.

Eine weitere zu hörende Forderung war die Stärkung der Verpflichtung zum Nachweis der ständigen *Qualitätsentwicklung*, wobei internationale Vorbilder (Niederlande und Großbritannien) bemhrt werden, wo eine regelmäßige Überprüfung der Professionalität stattfinde und ein Zwang sowie Anreiz zur professionellen Weiterbildung entstehe. Eine wichtige Voraussetzung dafür sei jedoch auch die Entwicklung von Qualitätskriterien im fachlichen Konsens und die Gewährleistung finanzieller Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung. Inwiefern die Marktbedingungen allerdings ein qualitativ anspruchsvolles Agieren der Pflegedienste und entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung zulassen, kann hier auf der Basis der durchgefhrteten Befragungen nicht gesagt werden. Erinnerung sei aber laut Befragungen von Pflegedienstlichen an Folgendes: Während 60% der Dienste Klagen über nicht kostendeckende Vergütungen führten, planten 34% Kapazitätsausweitungen in den nächsten drei Jahren, nur 21% verneinten eine künftige Ausweitung (Schneekloth / Müller 2000: 118-120).

Die mögliche Koexistenz von Finanzknappheit sowie Zeitmangel auf der einen *und* mangelnder Effizienz sowie Effektivität auf der anderen Seite spiegelt auch das Bild der Beschwerden, d.h. die *Ergebnisqualität* aus der Sicht der Kunden oder Betroffenen laut der Einschätzungen der befragten Multiplikatoren wider. Die ökonomischen Rahmenbedingungen können insofern auch als Herausforderung gelten, denen sich Pflegedienste je nach Qualifikation und Qualität unterschiedlich erfolgreich stellen. Der Umstand, dass

nach dem Urteil der befragten Experten zufolge die weit überwiegende Mehrzahl der Pflegedienste die Sicht der Patienten oder die Wünsche der Kunden kaum systematisch, sondern eher ad hoc im Rahmen der täglichen Arbeit, überspitzt ausgedrückt, also ‚nebenbei‘ ermittelt, passt insofern zu dem am häufigsten genannten Grund für Beschwerden, der mangelnden Bedürfnisorientierung, der fehlenden Zuwendung, Beratung, Freundlichkeit oder Motivation von Pflegekräften oder -diensten. Danach folgen Zeitmangel, Unpünktlichkeit oder die fehlende Einhaltung von Zeiten; Personalwechsel oder die Fluktuation des Personals, Abrechnungsmängel und die unzureichende Qualifikation des Personals sind weitere Bereiche, worauf sich laut der durchgeführten Befragungen die Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen vorwiegend beziehen. Erst am Schluss dieser Mängelliste stehen ausgefallene oder unzureichende Leistungen oder gar adverse Effekte im Sinne einer ‚gefährlichen‘ Pflege. Doch auch hier fehlten Konzepte und Standards, die Patientenzufriedenheit oder die Qualität aus der Sicht der Patienten zuverlässig zu messen und zu beurteilen, was erneut weiteren Forschungsbedarf begründet. Noch unwägbarer als die von älteren, insbesondere gegenüber offiziellen Stellen oder Behörden, eher zurückhaltend geäußerten Beschwerden, ist das auch aufgrund fehlender Kontrollen weitgehend im Dunkeln liegende Feld *schwerwiegender Pflegemängel*. So wird zwar das Vorkommen schwerer Pflegemängel, z.B. Decubitus, bejaht, doch meist mit dem Hinweis, dass so etwas nicht so häufig sei und dass eben, etwa bei Gewalt, vieles im Verborgenen bleibe, was wiederum bei Alleinlebenden in verschärftem Maße bedrohlich werden könne.

Die Kontrolle wird auch bei der, von den Befragten fast durchgehend als vernachlässigt eingeschätzten, *Aktivierung* von Pflegebedürftigen für zu gering erachtet. Darüber hinaus fehlten hier für die Pflegedienste völlig die finanziellen Rahmenbedingungen, um die Aktivierung (d.h. mit der Folge eines möglichen Verlust des Pflegebedarfs und damit für den Pflegedienst des Kunden) entweder zu belohnen oder mittels Vergütung der damit verbundenen längeren Pflegezeiten zu ermöglichen. Das Wirken bürokratischer und finanzieller Rahmenbedingungen zeigt sich, wenn man der wohl überwiegend scheiternden Aktivierung die überwiegend funktionierende Bereitstellung von Hilfsmitteln gegenüber stellt. Die objektiv und materiell kontrollierbare Bereitstellung eines Hilfsmittels kann bürokratisch sehr gut, die Anleitung oder gar Unterlassung als Leistung oder eher diffuse Aufgaben wie Reden, Zuwendung etc. können dagegen bürokratisch eher schlecht gesteuert werden.

Die im großen und ganzen gute bis sehr gute *Versorgungsdichte* zeigt aber durchaus die positiven Anreize der durch die Pflegeversicherung bereitgestellten enormen Finanzmittel bezüglich der Pflegeinfrastruktur, so dass die ständige Sicherstellung der Versorgung aus dieser Sicht wohl kein Problem darstellt. Insofern, so die Einschätzungen der befragten Experten, spiele ungeachtet der Rahmenbedingungen die unterschiedliche *Organisation* der Dienste eine entscheidende Rolle bei der Gewährleistung einer kontinuierlichen hohen Qualität der Pflege. Zwar sind die Meinungen der befragten Experten hinsichtlich der Verlässlichkeit der Pflegeeinsätze eher gespalten, doch sind – bei seltenem Ausfall von Leistungen – sowohl die Pünktlichkeit, aber noch mehr die Personalfuktuation Problembereiche in der ambulanten Pflege. Als schwierige Rahmenbedingungen müssen unter anderem das Berufsfeld der Pflege als häufig temporäre Beschäftigung, die damit verbundene Fluktuation, der ‚geräumte‘ Arbeitsmarkt, die dennoch geringe Bezahlung der Pflegekräfte und die große Arbeitsbelastung genannt werden. Angesichts des hohen Zeitaufwandes und des zur Eile motivierenden Abrechnungssystems entstehen zusätzliche Anforderungen an die Organisation und Einsatzplanung, d.h. insbesondere die Leitung der Dienste, was im negativen Fall sehr schädlich für die Motivation und infolgedessen für die Ergebnisqualität der Pflege sein kann.

5.4 Befragung von Beschäftigten

5.4.1 Strukturmerkmale von Pflegediensten und Beschäftigten

Bedeutsam auch für die Beurteilung der Qualität der Pflegedienste ist deren enorm *heterogene Struktur*. Die stark unterschiedliche *Größe* der Dienste (n=107) schwankt zwischen zwei und über hundert Beschäftigten (Vollzeitäquivalente). Trotz der im Mittel recht hohen Fachkräftequote von ca. zwei Drittel – arbeiten einige Dienste weit *überwiegend* mit Kräften *ohne* Berufsabschluss oder mit Auszubildenden, Zivildienstleistenden und Praktikanten. So liegt z.B. der Fachkräfteanteil bei 10% der Dienste unter 33%. Übrigens verfügen *größere* Dienste eher über *geringere* Anteile von Fach- und Vollzeitkräften als kleinere Einrichtungen.² Die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft sind eher größer und mit geringeren Anteilen an *Vollzeitbeschäftigten* ausgestattet als diejenigen in privater gewerblicher Trägerschaft. Zwar bestehen keine solchen Unterschiede, wenn der Fachkräfteanteil beleuchtet wird, jedoch arbeiten die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft in der Tendenz mit mehr Zivildienstleistenden als solche in privater gewerblicher Trägerschaft.

Sowohl die Daten zum Zeitpunkt der *Betriebsgründung* als auch die zur *Fluktuation* des Personals der *Pflegedienste* unterstreichen nochmals, dass die ambulante Pflege ein noch sehr junger dynamisch wachsender Sektor darstellt. Ca. 70% der Pflegedienste sind erst gut zehn Jahre am Markt tätig, und in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung wurden im Mittel vier Beschäftigte (das sind ca. 25% in Relation zur Zahl der Gesamtbeschäftigten) neu eingestellt, bei nur drei ausgeschiedenen Kräften. Trotzdem ist die *Verweildauer* der Pflegekräfte *im Beruf* – entgegen bekannten Darstellungen einer dramatisch kurzen Zeit – in der vorliegenden Stichprobe *nicht* sehr gering, wobei jedoch methodische Probleme einer möglichen positiven Auswahl berücksichtigt werden müssen: Im Mittel beträgt die *Berufserfahrung* der hier vertretenen Beschäftigten gut zehn Jahre, wovon gut drei Jahre im jetzigen Pflegedienst zugebracht wurden. Auch die mittlere Zahl der im Beruf insgesamt besetzten Stellen von drei erscheint nicht sehr erheblich, wenn das mittlere Alter der Beschäftigten von ca. 40 Jahren berücksichtigt wird. Im übrigen sind die allermeisten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege nach wie vor weiblich, nach der hier zugrunde gelegten Stichprobe zu 84%.

Etwa zwei Drittel der Pflegedienste geben an, Mitglied in einem *Berufsverband* zu sein, wobei diejenigen in privater gewerblicher Trägerschaft einen deutlich höheren Anteil aufweisen als solche in gemeinnütziger Trägerschaft. Über ein *Leitbild* verfügen nach den Angaben der Leitungen der Pflegedienste 94%. Demgegenüber kennen dieses nur 91% der dazu antwortenden Mitarbeiterinnen entweder in schriftlicher oder mündlicher Form. Dessen Anwendung bejahen 39% der Mitarbeiterinnen auf einer Skala von 1 (trifft voll zu) bis 6 (trifft gar nicht zu) uneingeschränkt positiv (1), lediglich 2% verneinen dieses eher (Werte 4-6) und 1,4% wissen nicht, ob das vorhandene Konzept oder Leitbild auch angewendet werde. Kaum eine Diskrepanz besteht dagegen bei den Antworten zur Frage nach der Existenz eines *Qualitätssiegels* oder *Zertifikates*, was jeweils 11-12% der Pflegedienste und Beschäftigten bejahen. Während die Leitungen zu mehr als 90% die Ermöglichung von *Weiterbildungen* der Mitarbeiterinnen bejahen, geben nur 52% der Beschäftigten an, dass sie auch eine solche absolviert hätten, wobei die Beschäftigten in Ostdeutschland und in gemeinnützigen Trägern dieses häufiger bejahen als in Westdeutschland und in privaten gewerblichen Diensten. Inwiefern der geringe Anteil tatsächlich absolvierter Weiterbildungen auf die mangelnde

² Zu den regionalen Unterschieden siehe unten in Kap. 5.5.

Motivation der Mitarbeiterinnen oder auf sonstige, nicht in der Verantwortung der Pflegedienste liegende, Restriktionen zurückzuführen ist, kann nicht gesagt werden. Jedoch konnte nur ein Anteil von 70% der Beschäftigten die Weiterbildung auch während der Arbeitszeit absolvieren, so dass darin zumindest ein Teil der Abweichungen begründet sein dürfte.

Fast alle Pflegedienste bieten montags bis freitags *Sprechzeiten* im Büro an, welche im Mittel bei 7 Stunden liegt, ein Viertel der Dienste ist jedoch auch lediglich vier Stunden dort anzutreffen und nur sehr wenige Dienste sind auch am Wochenende im Büro zu erreichen. Hier spielt die Größe der Dienste eine wesentliche Rolle, d.h. je *größer* der Dienst, desto umfangreicher sind die Präsenzzeiten im Büro. Außerhalb der Sprechzeiten setzen fast alle Pflegedienste Mobiltelefone, Funk, Anrufweiterleitung sowie Anrufbeantworter ein. Die Frage der täglichen Verfügbarkeit ‚rund um die Uhr‘ wird zwar von fast allen Diensten bejaht, jedoch lassen auch 13% die Frage unbeantwortet. Dass in diesen Fällen eher von einem „Nein“ auszugehen ist, zeigen die *tatsächlichen* Zeiten der Pflegeeinsätze, die in der Regel morgens zwischen 5 Uhr und 7.30 Uhr beginnen und abends zwischen ca. 19 und 23 Uhr enden. Der Anteil der Dienste, der auch *Nachteinsätze* bejaht, liegt nur bei ca. 50%, zudem erstrecken sich diese nicht auf die ganze Nacht. Diese Angaben korrespondieren mit jenen der Beschäftigten. Immerhin ein Drittel gibt zwar auch an, in den späten Abend- und Nachtstunden im Einsatz zu sein, jedoch nur 10% der Beschäftigten nennen ein Ende der Arbeitszeit nach 22 Uhr. Die Frage nach der ständigen Bereitschaft der Pflegedienste ‚rund um die Uhr‘ beantworten knapp 8% der Beschäftigten negativ, darüber hinaus läßt diese Frage ein erheblicher Anteil (8%) unbeantwortet. Zusammenfassend können also klare Defizite bei der Grundvoraussetzung der ständigen Einsatzbereitschaft ausgemacht werden.

In der Regel arbeiten die Pflegekräfte auch an Samstagen und Sonntagen, was jeweils ein Anteil von knapp 90% der Beschäftigten bejaht. *Überstunden* leisten fast zwei Drittel der in der ambulanten Pflege Beschäftigten: Diese liegen bei 90% der Pflegekräfte zwischen zwei und zehn Stunden pro Woche und wurden bei 17% *ohne* Ausgleich (Freizeit oder Bezahlung) erbracht. Die in gemeinnützigen Pflegediensten Beschäftigten leisteten etwas *häufiger* Überstunden als jene in privaten gewerblichen Diensten.

5.4.2 Arbeitszufriedenheit und -belastung

Ungeachtet zahlreicher Überstunden zeigen sich die Pflegekräfte überwiegend *zufrieden* mit ihrer Arbeit im jeweiligen Pflegedienst: Auf einer Skala mit Schulnoten von 1-6 ist nur ein geringer Anteil von 8% der gültigen Angaben eher unzufrieden (Werte von 4-6), 17% vergeben einen eher kritischen Wert von 3. Auch hier muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass der vorliegenden Stichprobe vermutlich eine eher positive Auswahl zugrunde liegen könnte. Unter den selten genannten Gründen für die Unzufriedenheit werden vor allem die psychische und körperliche Überlastung, Zeit- und Personalmangel, Überstunden, unregelmäßige Arbeitszeiten und fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten angeführt, was mittels der vorliegenden Daten nur zum Teil statistisch untermauert werden konnte. So korreliert das Gefühl der Arbeitsbelastung zwar negativ mit der Zufriedenheit, allerdings nicht sehr stark. Ferner haben weder die Tatsache noch das Ausmaß der Ableistung von Überstunden nach den vorliegenden Daten erkennbare Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, jedoch wirkt sich offenbar der Umstand, dass Überstunden nicht ausgeglichen werden, eindeutig negativ auf die Zufriedenheit aus. Keinen Effekt ließ sich im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit auch für die Variablen der Weiterbildung und Qualifikation der Mitarbeiterinnen (dieses gilt auch in bezug auf den Fachkräfteanteil in den Diensten) nachweisen.

Neben der Zufriedenheit mit der Arbeit im jeweiligen Pflegedienst wurde die *Arbeitsbelastung* von Pflegekräften erfragt: Zwei Drittel der dazu Antwortenden fühlen sich „genau richtig“ belastet, nur ein gutes Viertel fühlt sich überlastet und immerhin knapp 6% scheinen sogar nicht ausgelastet. Jedoch differieren Selbst- und Fremdeinschätzung der Arbeitsbelastung erheblich: Immerhin fast 55% der Beschäftigten schätzen die *anderen* Pflegekräfte als eher überlastet ein, wobei sich ein großer Teil erwartungsgemäß dazu kein Urteil erlaubt und mit „weiß nicht“ antwortet. Offenbar wird insbesondere die eigene Überlastung eher selten gesehen oder (anderen und sich selbst gegenüber) zugegeben, während andere Kräfte schon eher als überlastet eingestuft werden. Hier wird deutlich, dass die vorliegenden Einschätzungen der Beschäftigten generell mit Bedacht interpretiert werden müssen und keinesfalls als absolut gelten können, weil die Phänomene der sozialen Erwartung die Beantwortung stark beeinflussen. Vielmehr zeigen gerade die jeweiligen feinen Unterschiede im Vergleich der Items die entscheidenden Tendenzen. Nichtsdestotrotz korrelieren die beiden Einschätzungen noch recht deutlich positiv, d.h. diejenigen, welche sich selbst als überlastet sehen, geben in der Tendenz auch häufiger an, dass andere Pflegekräfte überlastet sind und umgekehrt.

Weitere *Hintergründe* der Einschätzungen zur *Arbeitsbelastung* lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Das Empfinden der Belastung steigt, je nachdem, ob *Überstunden* geleistet werden; ohne erkennbaren Einfluss bleibt dagegen deren Höhe, wogegen wiederum mit dem steigenden regelmäßigen *Beschäftigungsumfang* auch das Gefühl der Arbeitsbelastung ansteigt. Nicht die erwarteten Auswirkungen bringen nach den vorliegenden Einschätzungen die unterschiedlichen *Ausbildungen* im Hinblick auf die Arbeitsbelastung mit sich: Zwar weisen unausgebildete Kräfte eher häufiger Tendenzen der Überlastung auf; allerdings zeigen auch die Altenpflegerinnen eher höhere Werte und umgekehrt weisen insbesondere die Pflegehelferinnen und diejenigen mit hauswirtschaftlichen oder sozialpädagogischen Abschlüssen deutlich geringere Anzeichen der Überlastung auf als die übrigen Kräfte. Ein ähnliches Resultat wird erzielt, wenn der Fachkräfteanteil *der Dienste* herangezogen wird: Je *höher* dieser ausfällt, desto *höher* fällt auch die Überlastung der Beschäftigten aus. Schließlich steigt auch mit der wachsenden Berufserfahrung und steigendem Lebensalter das Belastungserleben im Beruf.

Bei den Angaben zum Umgang mit der Arbeitsbelastung erhalten die Items mit zu erwartenden Verhaltensformen wie „Gespräch mit Kollegen“ oder „bessere Planung des Arbeitstages“ erwartungsgemäß deutlich mehr Zustimmung als sozial unerwünschte Reaktionen. Ungeachtet dessen ergeben sich wiederum markante Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, wobei den Kolleginnen in höherem Maße auch sozial unerwünschte Verhaltensweisen als Reaktion auf Arbeitsüberlastung attestiert werden. Während z.B. anderen Pflegekräften immerhin von 45% der antwortenden Beschäftigten eine geringe Motivation und von 40% eine schlechte Laune bei der Arbeit bescheinigt wird, sehen dies bei sich nur 24% und 18% als gegeben an. Auch „in Zweifelsfällen eher krank sein“ bejahen 40% der Beschäftigten bei anderen Pflegekräften aber nur 3% für sich selbst. „Den Frust an den Pflegebedürftigen oder Kunden auslassen“ wird für andere Pflegekräfte von einem Viertel der Antworten bestätigt, jedoch nur zu 3% bei sich selbst.

5.4.3 Allgemeine Qualitätsbeurteilung und Qualitätsmängel

Die allgemeine Frage nach der Existenz von *Qualitätsmängeln* im Pflegedienst beantworten 45% der Beschäftigten positiv. Zwar können aus dieser allgemeinen Feststellung noch nicht sehr weitreichende

Schlüsse gezogen werden, doch ist zu betonen, dass die allgemeine Bestätigung von Qualitätsmängeln auch mit einer deutlich schlechteren Bewertung *aller* einzelnen Bereiche einher geht. Dieser Zusammenhang ist am stärksten für die Bewertung der Pflegedokumentation, Organisation, Pflegeplanung und Beratung von Pflegebedürftigen sowie Vertragsgestaltung. Zudem wird von Beschäftigten, die in ihrem Pflegedienst allgemein Mängel feststellen, auch häufiger das Vorkommen von Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen bejaht.

Darüber hinaus erkennen Mitarbeiterinnen mit steigendem Ausbildungsstand, absolvierter Weiterbildung und mit wachsender Berufserfahrung auch häufiger Mängel in ihrem Pflegedienst. Daneben nimmt mit prekären Arbeitsbedingungen in Form der Ableistung von Überstunden, einer steigenden Arbeitsbelastung und einer sinkenden Arbeitszufriedenheit auch die Feststellung von Qualitätsmängeln und die schlechtere Bewertung der Qualität des Pflegedienstes zu. Zwar sind hier Einflüsse rein subjektiver Beweggründe nicht auszuschließen, doch lässt sich die *Hypothese*, dass sich schlechte Arbeitsbedingungen oder gar Desorganisation sowohl auf die subjektiv empfundene Arbeitszufriedenheit als auch objektiv mindernd auf die Pflegequalität auswirken, mit den vorliegenden Daten unterstützen. Denn immerhin basiert die Qualität der Pflege wie die anderer persönlicher Dienstleistungen zu einem erheblichen Teil auf der subjektiven Einstellung der Beschäftigten.

Schließlich stellen Beschäftigte in Diensten von *gemeinnützigen* Trägern häufiger Pflegemängel in ihren Diensten fest als ihre Kolleginnen in *privaten gewerblichen* Diensten. Auch hier stellt sich zwar das Problem, dass dieser Befund u.U. auch die kritischere subjektive Einstellung der Beschäftigten reflektiert, jedoch ist zu betonen, dass dies überwiegend auch den Differenzen anderer für die Qualität bedeutsamer Merkmale entspricht, worunter auch ‚härtere Daten‘ versammelt sind.

Unter den Angaben bei der offen gestellten Frage nach den *wichtigsten Qualitätsmängeln* dominieren entsprechend wiederum *organisatorische* Aspekte: Am häufigsten werden die mangelnde Koordination und Kommunikation im Pflegedienst, Zeitmangel, Unpünktlichkeit, die mangelnde Touren- und Einsatzplanung, Pflegeplanung und -ausführung, Personalmangel und die Pflegedokumentation genannt, also allesamt Aspekte, die zumindest zum Teil auch negative Folgen für die Pflegebedürftigen zeitigen können und die meist auch aus der Sicht der Kunden, abzulesen an den Beschwerden, eine große Bedeutung haben. Weitere Nennungen von Qualitätsmängeln beziehen sich auf die Qualifikation, Motivation und Arbeitsauffassung der Pflegekräfte. Bei der gesondert gestellten Frage nach den *Ursachen* für die angeführten Pflegemängel wurden zum Teil wiederum ähnliche Antworten gegeben: Hier stehen an erster Stelle der Personalmangel, darauf folgt Zeitmangel, die mangelnde Kommunikation, Planung und Organisation folgen an dritter Stelle. Ferner werden Kompetenz- und Führungsmängel der Leitungen sowie der Kosten- und Wirtschaftlichkeitsdruck, aber auch die mangelnde Motivation, Konzentration und Qualifikation der Mitarbeiterinnen, der häufige Personalwechsel, die Personalfluktuaton und die schlechte Bezahlung als Hintergründe von Pflegemängeln genannt.

Die Bewertung einzelner Bereiche der Pflegequalität fällt trotz der nicht seltenen Nennung von Mängeln überwiegend positiv aus, jedoch zeigen sich *aufschlussreiche Unterschiede*: Während die unmittelbaren Pflegeleistungen fast durchgehend gut bis sehr gut eingestuft werden, zeigen sich bei der *Koordination mit der Laienpflege, der Pflegeplanung und -dokumentation, der Qualitätssicherung und Organisation*, aber auch bei der *Bereitschaft zur Krisenintervention* vermehrt auch erheblich kritischere Einschätzungen, wobei jeweils ein Viertel bis 30% keine guten Zensuren (Schulnoten von 3-6) verteilt.

5.4.4 Qualitätsbeurteilungen und -mängel in einzelnen Bereichen

5.4.4.1 Beratung und Vertragsgestaltung

Im Anschluss an diese Gesamteinschätzungen wurde jeder Bereich gesondert mittels differenzierter Items betrachtet. Die *Beratung* von Pflegebedürftigen und Angehörigen wird von 6% der Beschäftigten als mangelhaft beurteilt. Defizite liegen demzufolge in der unzureichenden Information, der mangelnden Kostentransparenz und der fehlenden Berücksichtigung von Bedürfnissen der Klienten. Die Erstberatung wird in aller Regel auch als Hausbesuch durchgeführt. Die unverbindliche und kostenlose Form der Beratung wird von 5% eher verneint, bedenkliche 16% antworten dazu mit „weiß nicht“. Noch höher, bei 20%, liegt dieser Anteil bei der Frage nach schriftlichen *Kostenvorschlägen*, was 5% der Antwortenden eher verneinen. Die spätere Einhaltung der bei der Beratung zugesicherten Leistungen bejahen nur 65% uneingeschränkt, 2% verneinen dieses eher und 10% können oder wollen sich dazu nicht festlegen und antworten mit „weiß nicht“. Die Erstberatung ambulanter Pflegedienste dauert im Durchschnitt knapp eine Stunde, immerhin 13% geben jedoch auch sehr kurze Beratungen von höchstens dreißig Minuten an.

Bei diesem und bei einigen weiteren Items gibt es Unterschiede der Bewertungen durch die Beschäftigten je nach *Trägerschaft* der Dienste. In der Tendenz verzeichnen die Mitarbeiterinnen in gemeinnütziger Trägerschaft eine etwas geringere Dauer der Erstberatung als jene in privaten gewerblichen Diensten. Dem entspricht die Dichotomie bei der Einschätzung, dass die Beratung unverbindlich und kostenlos sowie per Hausbesuch stattfindet, wo die gemeinnützigen Dienste jeweils schlechter abschneiden.³

Den Abschluss differenzierter schriftlicher *Leistungsverträge* bejahen zwei Drittel der antwortenden Beschäftigten für ihren ambulanten Pflegedienst uneingeschränkt positiv; 2% verneinen dieses eher, allerdings antworteten 12% dazu mit „weiß nicht“. Und auch die laufende *Aktualisierung* der Verträge wird nur von zwei Dritteln der Beschäftigten uneingeschränkt bestätigt, nur wenige (1,4%) verneinen dieses eher; jedoch geben auch hier knapp 10% „weiß nicht“ an. Ein ähnliches und überwiegend positives Bild ergibt sich bei der Frage nach der individuellen Gestaltung der Verträge und der Mitbestimmung durch die Pflegebedürftigen.

Bei diesen Fragen zur Vertragsgestaltung gibt es keine Unterschiede zwischen den gemeinnützigen und nicht gemeinnützigen Trägerorganisationen. Dieses gilt jedoch nicht für die *Kündigungsfristen* von Pflegeverträgen, die durchschnittlich bei 16, im Median bei 14 Tagen liegen; der Spitzenwert in positiver Hinsicht (aus der Sicht der Pflegebedürftigen) beträgt einen Tag, in negativer Hinsicht liegt die Kündigungsfrist jedoch bei einem halben Jahr; immerhin 30% der Beschäftigten weisen Kündigungsfristen von 28 Tagen und mehr aus.

5.4.4.2 Auswahl und Koordination der Versorgung

Die *Auswahl* des Pflegedienstes wird laut Angaben der dort Beschäftigten vor allem durch Empfehlungen von Bekannten, Hausärzten und Krankenhäusern, den Standort und von Leistungs- sowie Qualitätsmerkmalen bestimmt. Als weniger wichtig für die Wahl eines Pflegedienstes gelten die Religion, Trägerschaft, Empfehlungen durch Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Behörden und nicht zuletzt die *Preise*,

³ Auch *sinkt* die Dauer der Erstberatung mit dem zunehmenden Anteil an *Fachkräften* in den Pflegediensten, jedoch *steigt* diese mit dem zunehmenden Anteil an *Vollzeitkräften*, ein unerwarteter Befund, der weiter untersucht werden müsste.

was sich auch im deutlich geringeren Anteil gültiger Antworten zu diesen Items spiegelt. Dass die Preise keine wesentliche Rolle bei der Auswahl der Pflegedienste spielen, muss angesichts der häufigen Klagen über den Kosten- und Wettbewerbsdruck doch erstaunen, zumal auch im ambulanten Bereich nicht alle Kosten durch Sozialleistungsträger getragen und nicht alle Preise in Kollektivverhandlungen und einheitlich festgelegt werden.

Die Unterstützung der *Wahl der geeigneten Versorgung* und die *Überleitung* in die geeignete Pflegeform bewerten lediglich 50% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst uneingeschränkt positiv, von 3% wird dieses eher verneint, der Rest stimmt dem mit Abstrichen zu oder antwortet mit „weiß nicht“ (8%). Entsprechend bejahen 36% der Pflegekräfte, dass in ihrem Pflegedienst Pflegebedürftige versorgt würden, welche eigentlich besser in andere Einrichtungen gehörten, wogegen 58% diesen Umstand völlig verneinen. Als Grund für die mögliche Fehlversorgung wird weit überwiegend der Wunsch der Pflegebedürftigen und Angehörigen angegeben. Weitere Aspekte sind finanzieller Natur, fehlende Heimplätze oder sonstige mangelnde Versorgungsangebote.

Ungeachtet dessen gilt die *Koordination* mit Angehörigen und sonstigen Laienpflegern fast durchweg als unproblematisch, wogegen die Zusammenarbeit mit Kranken- und Pflegekassen, MDK und sonstigen Behörden zwar noch überwiegend positiv, aber dennoch deutlich kritischer gesehen wird. Z.B. bewerten dies immerhin 16% der Beschäftigten mit eher schlechten Schulnoten von 4 bis 6.

5.4.4.3 Erfassung des Pflegebedarfs

Die jeweilige umfassende und schriftlich niedergelegte Ermittlung und *Erfassung der Bedarfe* der Betroffenen vor Beginn der Pflege wird von knapp 40% der Beschäftigten in der ambulanten Pflege uneingeschränkt positiv beantwortet. Eher negative Einschätzungen (Werte 4-6 auf der Skala von 1-6) vergeben 5%, 13% urteilen mit einer bereits kritisch einzuschätzenden Drei und 1,5% geben „weiß nicht“ an. Die methodisch kontrollierte und systematische Bestimmung des Pflegebedarfs im Rahmen eines „Assessments“ (zur Erläuterung wurden im Fragebogen eine Übersetzung und Methoden als Beispiel angegeben) beantworten sogar 44% mit „weiß nicht“, 13% übergangen die Frage, woraus der Schluss gezogen werden kann, dass eine standardisierte, methodisch kontrollierte Erfassung des Pflegebedarfs offenbar in der ambulanten Pflege wenig bekannt ist und nur selten angewandt wird.

Als Gründe für eine mangelnde Erfassung des jeweiligen Pflegebedarfs wird vor allem der insgesamt kaum überzeugende Aspekt angegeben, dass eine solche Begutachtung erst nach längerer Zeit möglich sei, dass die Zeit für eine umfassende Begutachtung fehle und dass die dahingehende Motivation und Qualifikation der Beschäftigten nicht ausreiche. Aufgrund der geringen Zahl an Nennungen müssen diese Aussagen jedoch mit Vorsicht bewertet werden. Darüber hinaus sind nach eigener Einschätzung nur 25% der Beschäftigten umfassend und ohne Einschränkungen über die Möglichkeiten der *Rehabilitation* und *Aktivierung* der betreuten Pflegebedürftigen informiert, 7% sehen dieses eher kritisch (Werte 4-6), ein recht großer Anteil von 24% geht mit einem gerade noch eher zustimmenden Wert von 3 (auf der Skala von 1-6) doch deutlich auf kritische Distanz und 3% wissen nicht, ob sie dahingehend informiert sind.

Die insgesamt selten von den Beschäftigten angegebenen Gründe für mangelndes Wissen über die Möglichkeiten der Rehabilitation der Pflegebedürftigen werden primär in der fehlenden Weitergabe von Informationen durch Ärzte oder Krankenhäuser, im Zeitmangel, den Defiziten in der Qualifikation der Pflegekräfte und bei der internen Kommunikation im Pflegedienst gesehen. Ähnlich kritisch fällt die Einschätzung

der Beschäftigten zur Frage aus, ob jeweils die notwendigen *ärztlichen Unterlagen* für die Pflegebedürftigen vorliegen: Dieses bejahen nur 26% ohne Abstriche, 17% sagen dagegen, dass die diese eher fehlten. Auch hier werden die Gründe für Mängel, soweit angegeben, überwiegend in der Kooperation mit den Ärzten gesehen.

Die Beschäftigten in *gemeinnützigen* Pflegediensten schätzen die Erfassung des Pflegebedarfs, die Information über die Möglichkeiten der Rehabilitation und das Vorliegen der notwendigen ärztlichen Unterlagen in ihren Diensten überwiegend kritischer ein als jene in *privater gewerblicher* Trägerschaft. Keine Auswirkungen auf die Einschätzungen der Beschäftigten zur Erfassung des Pflegebedarfs zeigen nach den vorliegenden Daten dagegen die Variablen Fachkraftquote und Größe der Pflegedienste.

5.4.4.4 Pflegeplanung

Die Einschätzungen der Beschäftigten zur *Pflegeplanung* fallen zwar insgesamt wiederum überwiegend positiv aus, jedoch verneinen 6% mehr oder weniger deutlich (Werte 4-6) eine laufende, umfassende und dokumentierte Pflegeplanung, 13% bewerten die Frage auf der Skala von 1-6 mit einer Drei, d.h. dieser Anteil sieht diesbezüglich seinen Pflegedienst doch bereits deutlich entfernt vom Ideal. Die laufende Aktualisierung der Pflegeplanung bejahen nur 38%, ohne Abstriche zu machen, 9% verneinen dieses eher oder antworten mit „weiß nicht“, was praktisch eher einer Verneinung gleichkommt; außerdem vergeben 19% eine Wertung mit einer Drei, also keine gute Note, zumal die laufende Aktualisierung der Pflegeplanung eine Grundvoraussetzung ist.

Die allerdings selten angegebenen, Gründe für dahingehende Mängel werden von den Beschäftigten im Zeit- und Qualifikationsmangel sowie der Motivation der Mitarbeiterinnen gesehen. Hinsichtlich der Existenz einer Pflegeplanung fallen die Einschätzungen in *privaten gewerblichen* und *gemeinnützigen* Pflegediensten ähnlich aus. Ähnliches gilt für die Frage der ständigen Aktualisierung der Pflegeplanung. Wiederum ohne Auswirkungen auf die Bewertungen blieb nach den vorliegenden Ergebnissen die Variable des Fachkräfteanteils und der Größe der Dienste.

5.4.4.5 Pflegedokumentation

Die laufende detaillierte *Pflegedokumentation* bejahen für ihren Pflegedienst knapp zwei Drittel ohne jede Einschränkung, der Rest macht diesbezüglich entsprechend mehr oder weniger große Abstriche: 8% stimmen mit einem Wert von 3 auf der Skala von 1 („trifft voll zu“ bis 6, „trifft gar nicht zu“) gerade noch zu, was also bereits zumindest teilweise Ausfälle bei der Führung der Dokumentation nahelegt, 3% der Pflegekräfte meinen, dass eher *keine* entsprechende Dokumentation stattfindet und gut 5% sehen sich nicht zu einem qualifizierten Urteil in der Lage oder übergehen diese Frage. Trotz einer fast durchgehend sehr starken Zustimmung in bezug auf die Dokumentation einzelner Aspekte erscheint bemerkenswert, dass immerhin 8% angeben, es würden eher keine Ziele, geplante Maßnahmen und Erfolgskontrollen dokumentiert, bei 9% fehlen eher Bilanzen zur Flüssigkeitsaufnahme, 7% meinen, es seien eher keine Lageplanspläne vorhanden und bei 6% wird die Aktivierung eher nicht dokumentiert.

Die *laufende Überprüfung* der Dokumentation wird von fast 10% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst verneint, 6% antworten dazu – im Ergebnis auch eher problematisch – dass sie dieses nicht wüßten und 3% lassen die Frage unbeantwortet. Die *Frequenz* der Überprüfung zeigt weitere Defizite: Nur von einem

geringen Anteil von 8% der Beschäftigten wird angegeben, dass die Kontrolle der Dokumentation täglich oder mindestens wöchentlich stattfindet, 5% der Beschäftigten nennen einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen. Von 16% der Mitarbeiterinnen wird gesagt, dass die Kontrollen der Dokumentation nur einmal im halben Jahr und von 2% sogar, dass diese nur einmal im Jahr durchgeführt würden.

Als Gründe für Mängel bei der Dokumentation werden Zeit- und Motivationsprobleme angeführt; ferner finden sich „Vergessen“ und „Schlamperei“ sowie Qualifikationsmängel, wenn auch deutlich seltener genannt, als Ursachenbeschreibung. Bei den Fragen zur Qualität der Pflegedokumentation bestehen kaum Unterschiede zwischen den Antworten der Beschäftigten je nach der Trägerschaft (gemeinnützig oder privat gewerblich). Gleiches gilt für die Variablen Größe und Anteil eingesetzter Fachkräfte der Dienste.

5.4.4.6 Qualitätssicherung und Ergebnisqualität

Die Anwendung von *Pflegevisiten* zur Qualitätssicherung verneinen 20% eher (Werte 4-6, davon sogar 13% mit 6 = „trifft gar nicht zu“); ein recht hoher Anteil von 9% antwortet mit „weiß nicht“ und 6% lassen die Frage völlig unbeantwortet. Hinzu kommt, dass die Visiten, wenn sie denn durchgeführt werden, eher selten sind. Im Mittel finden diese einmal im Quartal statt, nur ca. 10% der Pflegekräfte sagen, dass diese regelmäßig mindestens einmal in zwei Wochen stattfänden.

Bemerkenswerte Differenzen treten zwischen *kleineren* und *größeren* Diensten beim zeitlichen Abstand der Pflegevisiten zur Qualitätssicherung zutage.⁴ Dabei wächst mit der Größe der Pflegedienste offenbar auch der Abstand der Pflegevisiten. Ähnliches gilt für die Abstände der Kontrollen der Pflegedokumentation. Im übrigen gilt für alle Pflegedienste: je seltener die Kontrollen der Pflegedokumentation stattfinden, desto seltener werden auch Pflegevisiten durchgeführt. Schließlich ergeben sich keine statistischen Zusammenhänge zwischen den Zeitabständen der Qualitätskontrollen und dem *Fachkräfteanteil* oder dem Anteil an *Vollzeitkräften* der Dienste.

Die „*Kunden*“, d.h. die Pflegebedürftigen und Angehörigen oder sonstige Laienpflegerinnen, werden offenbar nur teilweise in die Qualitätssicherung *einbezogen*: Nur 28% der Beschäftigten stimmen dem uneingeschränkt zu, 14% verneinen die Frage eher (Werte 4-6), 12% bewerten dieses zumindest nicht gut, d.h. mit einer Drei auf der Skala von 1-6 und ein erheblicher Teil lässt die Frage entweder gänzlich unbeantwortet (9%) oder antwortet mit „weiß nicht“. Recht ähnlich fallen die Antworten der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste im Hinblick auf die *Erhebung der Kundenwünsche* und *Zufriedenheit* aus. Hier lassen sogar 16% die Frage unbeantwortet und weitere 16% antworten auch dazu mit „weiß nicht“, was im Umkehrschluss eher die Annahme nahe legt, dass dort auch keine aktive Ermittlung von Kundenwünschen und -zufriedenheit stattfindet.

Ein zentrales Signal für die Qualität der Kundenorientierung und des ‚Ergebnisses‘ der Pflege stellt das Vorkommen von Kritik und *Beschwerden* von seiten der Pflegebedürftigen dar, selbst wenn angenommen werden muss, dass natürlich nicht alle Beschwerden auch begründet sein müssen. 57% der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten bejahen das Vorkommen von Kritik oder Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen gegenüber ihrem Dienst. Genannt werden im Rahmen einer offenen Fragestellung primär die Unpünktlichkeit (36% der Beschäftigten, welche Beschwerden nennen) und häufig

⁴ Bei diesen Fragen bestehen keine unterschiedlichen Einschätzungen der Beschäftigten in gemeinnütziger und privater gewerblicher Trägerschaft.

wechselnde Pflegekräfte (22%); Zeitmangel bei der Pflege (12%), Leistungsmängel (Sorgfalt, Unfreundlichkeit der Mitarbeiterinnen etc.) (10%) und die Antipathie gegen Pflegekräfte (9%) finden sich auf den nächsten Plätzen (der Anteile mit Nennungen von Beschwerden). Kritik am Preis-/Leistungsverhältnis wird von den Beschäftigten eher selten (7%) als Grund für Beschwerden der Kunden angegeben, ebenso wie andere Aspekte (Qualifikation des Personals, Kundenfreundlichkeit/Bürokratie des Dienstes, Verständlichkeit der Abrechnungen oder das falsche Geschlecht / Alter der Pflegekräfte). Wie dargestellt korreliert die Bestätigung der Existenz von Beschwerden signifikant mit der Beurteilung der Qualität des eigenen Pflegedienstes, d.h. je häufiger es Kritik und Beschwerden von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen gibt, desto häufiger werden auch Qualitätsmängel im Pflegedienst festgestellt und desto schlechter schneidet der Pflegedienst in der Bewertung der Mitarbeiterinnen in den einzelnen Bereichen ab.

Bei der Einschätzung des *Umgangs* des eigenen Pflegedienstes mit Kritik oder Beschwerden von seiten der Kunden stehen im Vordergrund „Gespräche und Aufklärung“, „Änderungen im Personaleinsatz“, „Verbesserungen/Ausweitung der Pflege“ und „Veränderungen der Pflegeplanung“, die unter verschiedenen Items die größte Zustimmung durch die Beschäftigten erhalten (mit Mittelwerten von 1,4 bis 2,6; auf einer Skala von 1=trifft voll zu bis 6=trifft gar nicht zu). Umgekehrt erfahren die Items mit sozial unerwünschten Formen der Problembewältigung eine weit überwiegende Ablehnung. Das heißt aber nicht, dass solche Reaktionen nicht in einigen Fällen auch vorkämen: Persönlicher Druck oder die Auflösung des Vertrages kommt als Folge von Kritik offenbar selten vor, aber immerhin von 18 und 12% der Beschäftigten werden diese Reaktionen doch als eher zutreffend eingeschätzt, 9% stimmen dem Item „persönliche Angriffe oder Verunglimpfung der Kunden“ eher zu und 12% bejahen mehr oder weniger die Angabe „keine Reaktion“ (jeweils Summen der Anteile mit Skalenwerten von 1-3).

Bei der Bewertung dieser Angaben muss jedoch bedacht werden, dass es durchaus sehr problematische und wenig angenehme Kunden geben kann. Knapp 15% der Pflegekräfte geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten selbst Opfer von *Gewalthandlungen* (physisch oder psychisch) von seiten der Pflegebedürftigen oder Angehörigen wurden. Die Häufigkeit der Übergriffe schwankt stark, von einmal pro Jahr bis zu täglichen Angriffen, der mittlere Wert (Median) der Frequenz liegt bei vier Tagen. Die *Formen* der Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen sind vielfältig, sie umfassen Anschreien, Beleidigungen bis hin zum Schlagen oder sonstigen tätlichen Angriffen auf die Pflegekräfte wie Beißen, Kratzen, Würgen etc. Ebenso vielfältig erscheinen die *Ursachen* für solche Vorkommnisse, wobei dazu nur wenige Angaben der Pflegekräfte vorliegen: Demenz, die Unzufriedenheit mit dem Befinden, Leid oder Schmerzen der Pflegebedürftigen sowie die Überlastung der Angehörigen sind einige wichtige genannte Aspekte.

Die Existenz *schwerwiegender Pflegemängel*, die Vernachlässigung oder Misshandlungen der Pflegebedürftigen werden durch die Pflegekräfte selten bejaht (von 5% der antwortenden Beschäftigten für die letzten 12 Monate), wobei unter Anbetracht einer nicht auszuschließenden „Dunkelziffer“ aufgrund des Phänomens der Beantwortung im Sinne sozialer Erwartungen der tatsächliche Wert aber deutlich höher liegen könnte. Dazu wären jedoch weitere Forschungen vonnöten, die allerdings erheblichen Schwierigkeiten unterlägen und unter Umständen mit qualitativen und tiefenanalytischen Verfahren durchgeführt werden müssten. Dagegen wird die Anwendung „*funktionaler Gewalt*“ (z.B. Fixieren, Gabe von Beruhigungsmitteln) von den Pflegekräften deutlich häufiger bejaht: Dem stimmen 11 bzw. 12% (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) zu. Dabei wird deren Notwendigkeit immerhin von 16% der Beschäftigten verneint (7% können oder wollen dazu keine Angaben machen).

Der Fixierung steht die *Aktivierung* der Pflegebedürftigen gegenüber, was von 4% der Beschäftigten für ihren Pflegedienst eher verneint wird, 15% vergeben auf der Skala von 1-6 eine eher kritische Drei und 5% antworteten mit „weiß nicht“, was wiederum eher auf eine Verneinung schließen lässt. Zudem geben über 12% dazu gar kein Statement ab. Ein weiterer wichtiger Aspekt, welcher der „Ergebnisqualität“ zugeordnet werden kann, ist die Vermeidung oder Behandlung von *Druckgeschwüren*: Auch dazu gibt ein großer Anteil von 22% der 533 Beschäftigten kein Votum ab, allerdings verneinen die dazu antwortenden Pflegekräfte dahingehende Maßnahmen für ihren Pflegedienst kaum, 5% der Beschäftigten wissen darüber aber nichts. Eine ähnlich hohe Zustimmung der Beschäftigten erreicht auch die Frage nach der Bereitstellung und Vermittlung von *Hilfsmitteln* durch ihren Pflegedienst.

Häufig *wechselnde Pflegekräfte* stellen einen wichtigen Kritikpunkt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen an den ambulanten Pflegediensten dar. Laut der Angaben der dort Beschäftigten sind im *Durchschnitt* gut vier Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem im Einsatz, allerdings ist die Streuung der Durchschnittswerte zwischen den Diensten (1-15 Kräfte) erheblich, bei Abfrage der Maximalwerte wurden in einem Extremfall sogar 30 Pflegekräfte angegeben, welche während eines Monats pro Fall im Einsatz seien.

Ebenso wie die Zahl der Pflegekräfte gilt die Zahl der im Pflegedienst im Umlauf befindlichen *Haus- oder Wohnungsschlüssel* als ein Kriterium der ‚Ergebnisqualität‘: Laut der Angaben der Beschäftigten sind im Pflegedienst im Durchschnitt zwei, in der Regel bis zu vier Schlüssel pro Pflegefall vorrätig. Auch hier gibt es einen einsamen Extremwert von sogar 30 beim Pflegedienst vorhandenen Haus- oder Wohnungsschlüssel.

In der Tendenz geben Beschäftigte gemeinnütziger Pflegedienste erneut überwiegend eher schlechtere Einschätzungen zur Kundenorientierung und Ergebnisqualität für ihren Pflegedienst ab als solche aus privaten gewerblichen Pflegediensten. Einige interessante Differenzen treten auch bei der Auswertung der Antworten der Beschäftigten hinsichtlich der *Größe* der Pflegedienste auf: So nimmt mit der zunehmenden Größe der Pflegedienste auch die Häufigkeit von Kritik und Beschwerden von seiten der Klienten signifikant zu, wobei insbesondere die Unpünktlichkeit von Beschäftigten in größeren Pflegediensten deutlich häufiger als Problem genannt wird als von denjenigen in kleineren Diensten. Schließlich sind in größeren Pflegediensten anscheinend im Durchschnitt deutlich mehr Pflegekräfte pro Pflegebedürftigem im Einsatz als in kleineren Organisationen.

5.4.4.7 Organisation

Die Wichtigkeit *organisatorischer* Merkmale für die Qualität der ambulanten Pflege wurde durch die vorliegenden Ergebnisse insgesamt nachhaltig unterstrichen. Ein *Konzept zur Einsatzplanung*, so die Einschätzungen der Beschäftigten in der ambulanten Pflege, fehlt laut 11% der dazu antwortenden Mitarbeiterinnen. Hinzu kommt, dass 14% nichts von einem solchen Konzept wissen. Darüber hinaus fehlt laut 16% der Beschäftigten ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen, 8,4% antworten auch dazu mit „weiß nicht“. Neben der Einsatzplanung und der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen stellen regelmäßige Dienstbesprechungen wichtige Instrumente dar, um die flexibel zu organisierende Arbeit eines Pflegedienstes gut zu steuern. Nur 3% der Mitarbeiterinnen in der ambulanten Pflege geben an, dass überhaupt keine Dienstbesprechungen stattfänden, 4% lassen die Frage unbeantwortet. Die mittlere Frequenz der Treffen liegt bei einmal pro Woche, 20% der Pflegekräfte berichten jedoch über einen höchstens vierzehn-

tägigen Turnus und bei einem Viertel der Beschäftigten finden diese nur einmal im Monat statt. Die Dauer der Besprechungen liegt im Mittel bei 1,5 bis 2,5 Stunden.

Darüber hinaus wurden bestimmte organisatorische Aspekte mit einer differenzierten Bewertungsskala (1-6) abgefragt. Die besten Werte erhielt hier das Item, ob Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt würden, was nur 2,5% eher verneinen und 13,3% mit einer Drei bewerten, was aber doch eine gewisse Kritik und Distanz von der Idealnote beinhaltet. Die konkrete Frage nach dem selbständigen Einsatz von Hilfskräften in der Pflege wird gleichwohl von 61% und der selbständige Einsatz von Hilfskräften in der Behandlungspflege von 27% eher bejaht (Werte 1-3). Trotz dieser gewissen Diskrepanz bei den Antworten zu den genannten Items sind die Antworten dieser relativ ähnlich zielenden Fragen im übrigen hoch signifikant korreliert. Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Klienten bewerten 6,4% eher schlecht (Noten 4-6) und 21% nur mit einer Drei. Recht ähnlich wird die Einsatzplanung von den Mitarbeiterinnen eingeschätzt: Hier vergeben 22% eine Drei und 5% Noten von 4-6. Im Prinzip analog liegen die Werte zur Beurteilung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen, wozu 21% eine Drei und 8% Noten von 4-6 vergeben. Entsprechend sind die Einschätzungen der Beschäftigten zu den verschiedenen organisatorischen Items hoch signifikant korreliert, d.h. je besser oder schlechter die Bewertung eines einzelnen Items, desto besser oder schlechter fällt auch die der anderen aus und umgekehrt.

Schließlich bestehen auch bei den Fragen zur Bewertung der Organisation des Pflegedienstes leichte Differenzen je nach *Trägerschaft* der Dienste. So wird von den Beschäftigten in gemeinnützigen Pflegediensten eher häufiger als von jenen in privaten gewerblichen bejaht, dass ein *Konzept* zur Einsatzplanung existiere, wobei sich deren *Beurteilung* jedoch zwischen den beiden Gruppen nicht unterscheidet. Auch die Durchführung von Dienstbesprechungen findet offenbar in privaten gewerblichen Diensten eher seltener statt als bei jenen in gemeinnütziger Trägerschaft, wobei sich jedoch weder der Turnus noch die Dauer unterscheiden. Ferner fällt der Einsatz von Hilfskräften in beiden Gruppen ganz leicht unterschiedlich aus, wobei die privaten gewerblichen Pflegedienste laut der Angaben ihrer Mitarbeiterinnen eher häufiger Hilfskräfte in der Behandlungspflege einsetzen als solche in gemeinnütziger Trägerschaft.

Weitere Unterschiede treten auf, wenn die *Größe* der Pflegedienste einbezogen wird: So gibt es in größeren Diensten erwartungsgemäß häufiger ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen als in kleineren Organisationen. Übrigens geht insgesamt die Existenz eines Konzeptes zur Einarbeitung auch mit der Tendenz zur besseren Bewertung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen durch die Beschäftigten einher. Ähnliches gilt für den Zusammenhang zwischen der Existenz eines Konzeptes zur Einsatzplanung und der Bewertung der Einsatzplanung durch die Beschäftigten insgesamt. Die Bewertung der Einsatzplanung fällt in größeren Pflegediensten durch die Mitarbeiterinnen jedoch schlechter aus als in kleineren. Auch die Frage, ob die Dienstpläne die Berücksichtigung individueller Kundenpräferenzen und -bedürfnisse erlaubten, wird von den Beschäftigten in größeren Pflegediensten schlechter beurteilt als in kleineren Organisationen. Dagegen bewerten die Beschäftigten in größeren Pflegediensten die Frage nach der Verwendung der Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation positiver als die Beschäftigten in kleineren Diensten. Schließlich sei erwähnt, dass auch je nach *Fachkräfteanteile* der Dienste zum Teil unterschiedliche Bewertungen organisatorischer Merkmale auftreten: So gilt die Tendenz, dass mit zunehmendem Anteil an Fachkräften die Beschäftigten einige organisatorische Merkmale positiver einschätzen als Mitarbeiterinnen in Diensten mit geringerem Fachkräfteanteil, womit dieser Befund quer zu den meisten übrigen liegt, bei denen der Fachkräfteanteil in der Regel nicht die erwarteten Unterschiede der Einschätzungen von Qualitätsmerkmalen durch die Mitarbeiterinnen lieferte.

5.5 Zusammenfassende Betrachtung unterschiedlicher Ergebnisse in Ost- und Westdeutschland

Im folgenden sollen die aufgezeigten regionalen Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland gesondert zusammengefasst werden, wobei Variablen mit ähnlichen Tendenzen weitgehend unberücksichtigt bleiben. Die in jeweils zwei Regionen in Ost- und Westdeutschland (eine größere, eine kleinere Großstadt) durchgeführten *Interviews* mit 21 *Experten* des sozialen Feldes ließen im großen und ganzen kaum Unterschiede der Einschätzungen in den beiden Landesteilen erkennen, zudem wären solche Differenzen aufgrund der geringen Fallzahl mit Vorsicht zu bewerten. Eine auffällige Differenz besteht jedoch darin, dass es in der Tendenz in Westdeutschland etwas leichter war, Gesprächspartner zu rekrutieren, wobei insbesondere in Ostdeutschland eher seltener Gespräche mit Selbsthilfegruppen durchgeführt werden konnten, vor allem weil solche dort entweder nicht existierten oder nicht bekannt waren. Ein regionaler Unterschied war bei den Ergebnissen auch insofern zu verzeichnen, als bestimmte Landesgesetzgebungen, wie die Regelung in Nordrhein-Westfalen zur Beratung und zur Verbesserung der Kooperation und Kooperation (Pflegekonzferenzen, Maßnahmen zur Verbesserung des Übergangs zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege), offenbar ihre positive Wirkung zeigen.⁵ Diese in breiter angelegten Untersuchungen zu testende Hypothese wurde daraus abgeleitet, dass in dieser Region die ansonsten von den Experten aus den anderen Regionen diesbezüglich angesprochenen Probleme nicht benannt oder verneint wurden.

Deutlichere Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland traten dagegen bei der Befragung von Pflegekräften (N=533) und –diensten (N=107) und deren Einschätzungen zur Pflegequalität auf. Zunächst sind die Dienste im Westen in der zentralen Tendenz erwartungsgemäß älter.⁶ Die Pflegedienste in Westdeutschland sind im Mittel etwas größer (11 Beschäftigte, umgerechnet auf Vollzeitäquivalente) als in Ostdeutschland, wo der Median bei 10 Kräften liegt. Gravierender fallen die Diskrepanzen beim Anteil der Vollzeitkräfte aus, wo der mittlere Wert im Westen nur bei 21%, im Osten bei 43% liegt. Keine dahingehenden Unterschiede bestehen dagegen hinsichtlich des Fachkräfteanteils. Während die Leitungen der Dienste gleichermaßen fast durchgehend die Ermöglichung von Weiterbildungen ihrer Mitarbeiterinnen bejahen, bestätigen nur 50% der Pflegekräfte im Westen und 60% im Osten, dass sie auch eine Weiterbildung absolviert haben, obwohl 74% der westdeutschen und nur 61% der ostdeutschen Beschäftigten ihre Weiterbildung während der Arbeitszeit absolvieren konnten. Der Anteil der Pflegekräfte, die in den Abend- und Nachtstunden arbeiten, ist in Westdeutschland mit 35% gegenüber 31% in Ostdeutschland etwas höher. Überstunden leisteten im Westen der Republik 67%, im Osten dagegen 56% der Beschäftigten. Die Beschäftigten in Westdeutschland zeigen sich in der zentralen Tendenz als etwas unzufriedener mit ihrer Arbeit im Pflegedienst als ihre ostdeutschen Kollegen. Ähnliche leichte Unterschiede treten

⁵ Die Wirkungen unterschiedlicher Landespflegegesetze auf die Sozialhilfe zeigen Roth/Rothgang 2001, im Hinblick auf die Pflegeinfrastruktur siehe Roth 2002 (i.V.).

⁶ Entsprechend ist die Berufserfahrung und die Zahl der in der Karriere bereits besetzten Stellen der westdeutschen Pflegekräfte umfangreicher als derjenigen in Ostdeutschland. Berichtet wird hier lediglich über die Werte der zentralen Tendenz, d.h. in der Regel über den Median oder mittleren Wert.

bei der Einschätzung der eigenen Arbeitsbelastung auf: So fühlen sich knapp 30% der Beschäftigten in Westdeutschland, dagegen nur 18% in Ostdeutschland, überlastet.

Auch sehen die westdeutschen Pflegekräfte die Pflegequalität in ihren Diensten kritischer, 50% nennen Qualitätsmängel, was nur 28% der Kollegen in Ostdeutschland für ihren Pflegedienst konstatieren. Diese Dichotomie spiegelt sich zwar überwiegend auch in den differenzierteren Einschätzungen der Pflegequalität, jedoch nicht in allen Bereichen und es gibt auch dem entgegengesetzte Bewertungen. So bejahen in Westdeutschland lediglich 36% der Beschäftigten eine Fehlversorgung von Pflegebedürftigen, während dieser Anteil in Ostdeutschland 49% beträgt. Auf die Frage nach der Existenz detaillierter Leistungsverträge fällt jedoch wiederum die dahingehende Zustimmung der Beschäftigten in Westdeutschland geringer aus als in Ostdeutschland. Dann meinen die Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste in Westdeutschland in der Tendenz eher seltener, dass die Verträge auch bei Bedarf umgehend angepasst würden und schätzen die Möglichkeit der Pflegebedürftigen, die Vertragsinhalte mit zu bestimmen, kritischer ein.

Die umfassende Ermittlung der Bedürfnisse und Bedarfe ihrer Pflegebedürftigen bejahen in Westdeutschland lediglich 35%, aber 60% der Beschäftigten in Ostdeutschland uneingeschränkt; umgekehrt geben in Ostdeutschland lediglich 9% eher kritische Einschätzungen ab, wogegen diese Werte von 20% der westdeutschen Beschäftigten angekreuzt wurden. Eine Diskrepanz zwischen den Bewertungen der Beschäftigten in Ost- und Westdeutschland tritt ebenso bei der Frage auf, ob die notwendigen ärztlichen Unterlagen für die Pflegebedürftigen jeweils vorliegen: Während diese Sicht in Westdeutschland lediglich 22% der Beschäftigten uneingeschränkt bejahen, sind dies in Ostdeutschland 43%; entsprechend ist das Verhältnis bei der überwiegenden Verneinung dieser Frage umgekehrt. Der Existenz einer umfassenden, laufenden und differenzierten Pflegeplanung stimmen erneut im Westen nur 43% der Pflegekräfte im Osten dagegen 62% uneingeschränkt zu; entsprechend nehmen 19% der Mitarbeiterinnen in Westdeutschland eher kritischere Positionen ein, von ihren Kolleginnen in Ostdeutschland dagegen sind dies nur 8%. Ähnlich fallen erwartungsgemäß die Differenzen zwischen Ost- und Westdeutschland bei der Bewertung der Frage der ständigen Aktualisierung der Pflegeplanung aus. Die laufende detaillierte Pflegedokumentation bejahen in Westdeutschland 61% der Beschäftigten uneingeschränkt, im Osten sind dies sogar 82%. Diese Differenzen sind jedoch nicht bei den Antworten auf die Frage nach der laufenden Kontrolle der Pflegedokumentation festzustellen. Allerdings bestehen wiederum überwiegend solche Unterschiede in der Einschätzung der meisten Einzelbereiche der Pflegedokumentation zwischen den ost- und westdeutschen Pflegekräften, bei einer eher kritischeren Beurteilung der eigenen Pflegedienste in Westdeutschland.

Ferner stimmten 31% der Pflegekräfte in Westdeutschland 42% in Ostdeutschland der Frage uneingeschränkt zu, ob die Kunden in die Überprüfung der Pflegequalität einbezogen werden, umgekehrt vergeben diesbezüglich nur 18% in Ost- und 35% in Westdeutschland eher kritische Einschätzungen. Die Erhebung von Kundenwünschen und -zufriedenheit beantworten 31% der westdeutschen Beschäftigten und 50% der ostdeutschen Kollegen für ihren Pflegedienst mit „trifft voll zu“. Ähnliches gilt für die Durchführung „aktivierender Pflege“, dem lediglich 33% in Westdeutschland, aber 46% der Mitarbeiterinnen in Ostdeutschland uneingeschränkt beipflichten. Geradezu diametral ist der Unterschied der Nennungen von Kritik und Beschwerden der Pflegebedürftigen und Angehörigen über den eigenen Pflegedienst: Hier sagen gut zwei Drittel der westdeutschen Pflegekräfte, dass es eine solche Kritik gäbe, während dieses 57% der ostdeutschen Kolleginnen verneinen. Der Umgang mit Kritik und Beschwerden ist jedoch in Ost- und

Westdeutschland laut der Einschätzungen der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten überwiegend ähnlich.

Auch die Organisation der Pflegedienste wird von den Pflegekräften in Ost- und Westdeutschland zum Teil sehr unterschiedlich bewertet. Nicht extrem, aber doch spürbar, sind die Differenzen bei der Beurteilung der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen: Dazu vergeben in Westdeutschland 32%, in Ostdeutschland aber nur 18% der Beschäftigten eher kritische Noten. Ähnlich unterschiedlich wird die Einsatzplanung und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Klienten durch die Dienstplangestaltung gesehen. Während die Unterschiede bei der Einschätzung, ob die Pflegekräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt werden, im Grenzbereich der Signifikanz liegen, fallen diese bei der Frage nach dem selbständigen Einsatz von Hilfskräften in der Pflege erneut signifikant aus, allerdings mit einer *höheren* Zustimmung in Ostdeutschland: Hier meinen nur 26% der Beschäftigten im Westen Deutschlands und 38% im Osten der Republik, dass dieses „voll zutreffe“. Eindeutig kritischer wird schließlich wieder in Westdeutschland die Ausstattung des Pflegedienstes mit Räumen und Sachmitteln gesehen: Hier vergeben 36% schlechtere Noten, im Osten macht dieser Anteil nur 18% aus.

Zur *Bewertung* der unterschiedlichen Qualitätsbeurteilungen in Ost- und Westdeutschland wird auf den ausführlichen Bericht verwiesen und betont, dass die aufgezeigten Differenzen in weiteren Untersuchungen und unter Einbezug kontrollierender Variablen näher untersucht werden müssten. So kann das Durchschlagen anderer Variablen und allgemeiner oder subjektiver Befindlichkeiten, etwa eine u.U. grundsätzlich stärker ausgeprägte Kritikbereitschaft in Westdeutschland und die stärkere Beantwortung im Sinne sozialer Erwartungen in Ostdeutschland nicht ausgeschlossen werden. Jedoch ist zu betonen, dass es sowohl gegensätzliche als auch gleichgerichtete Bewertungen der Pflegedienste durch die Pflegekräfte in Ost- und Westdeutschland bei verschiedenen Items gibt. Außerdem muss betont werden, dass die Ergebnisse einer im Osten der Republik von den Pflegekräften eher besser bewerteten Pflegequalität auch vor dem Hintergrund anderer Variablen und Befunde plausibel scheinen, die hier nur kurz angerissen werden können. So sind die Pflegedienste in Ostdeutschland kleiner, überwiegend in privater gewerblicher Trägerschaft, erst seit kürzerer Zeit am Markt und mit mehr Vollzeitkräften ausgestattet. Auch werden sowohl größere als auch die in gemeinnütziger Trägerschaft befindlichen Dienste von ihren Beschäftigten überwiegend kritischer beurteilt als kleinere und privatwirtschaftliche Dienste. Darüber hinaus weisen westdeutsche, größere und in gemeinnütziger Trägerschaft befindliche Dienste häufiger auch bei ‚härteren Daten‘ mehr oder weniger deutlich schlechtere Werte auf als kleinere oder in privater gewerblicher Trägerschaft befindliche Dienste, so z.B. bei der Anzahl der pro Pflegebedürftigen eingesetzten Pflegekräfte.⁷ Auch sind die Zeitabstände der Kontrolle der Pflegedokumentation und von Visiten v.a. bei größeren Diensten deutlich länger und die Dauer der Beratung ist bei gewerblichen Diensten signifikant umfangreicher als bei gemeinnützigen.

⁷ Dieses gilt auch, allerdings nur auf einem Signifikanzniveau, d.h. einer Irrtumswahrscheinlichkeit, von <10% für die Ost-West-Differenz, wonach die Dienste in Ostdeutschland eher weniger Pflegekräfte pro Pflegebedürftigen einsetzen.

5.6 Thesen zur Weiterentwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten empirischen Befunde, den vorhandenen Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege und internationalen Erfahrungen sollen abschließend einige Thesen zur möglichen Weiterentwicklung gesetzlicher Rahmenbedingungen aufgezeigt werden. Im übrigen wird dazu auch auf das „Hallesche Memorandum“ der Sektionen Medizinsoziologie und Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) zur Reform der Pflegeversicherung verwiesen (Behrens/Rothgang 2000).

- 1) Angesichts des defizitären Forschungsstandes erscheint die Weiterführung und Ausweitung national und international vergleichender empirischer Forschungen zum Stand der Qualität und Qualitätssicherung und die Verstärkung der Wirkungsforschung in der ambulanten Pflege von überragender und vordringlicher Bedeutung. Eine Hauptaufgabe dieser Forschung stellt die Entwicklung entsprechender Indikatoren und Kriterien der Pflegequalität im fachwissenschaftlichen Konsens dar.
- 2) *Qualitätsberichterstattung*: In diesem Zusammenhang wäre in Anlehnung an das Vorbild der USA die
 - a) laufende Erhebung umfassender qualitätsrelevanter Daten für alle Pflegedienste sowie die
 - b) Auswertung und *Veröffentlichung* differenzierter Qualitätsberichte (inkl. von Preisvergleichen) für alle Pflegedienste eine unverzichtbare Basis auch für die noch nicht abgeschlossene Entwicklung von Qualitätsstandards. In diesem Sinne wäre auch der infolge des PQsG formulierte § 115 Abs. 1 des SGB XI, letzter Satz, dahingehend zu ändern.
 - c) Die Auswertung und Veröffentlichung im Rahmen der Qualitätsberichterstattung könnte im Interesse der wissenschaftlichen Objektivität durch *unabhängige*, staatlich zugelassene, *Qualitätsagenturen* oder Sachverständige in Anlehnung an das und Koordinierung mit dem PQsG erfolgen.
 - d) Der Medizinische Dienst der Krankenkassen sollte darüber hinaus seine Daten und Erfahrungen diesen Qualitätsagenturen zur Verfügung stellen und mit diesen kooperieren. Die vorliegenden Daten und Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK (in bezug auf die jeweiligen Dienste) sollten hier einbezogen werden.
 - e) Zu prüfen wäre (um Doppelarbeit zu vermeiden), inwiefern die mit dem PQsG anfallenden Erkenntnisse und Befunde, insbesondere die Leistungs- und Qualitätsnachweise und -prüfungen, für die Qualitätsberichterstattung ausreichen, was allerdings angesichts der Dringlichkeit der Lage nicht zu erheblichen Verzögerungen der Qualitätsberichterstattung führen dürfte.
- 3) Die Stärkung des *Verbraucherschutzes* und Unterstützung der Marktkräfte (Stichwort: Qualitätswettbewerb) erscheint vor dem Hintergrund schwacher, weil pflegebedürftiger und abhängiger, Konsumenten und den aufgezeigten Mängeln dringend angeraten. Grundlegend erscheinen dafür
 - a) eben die Verbesserung und Ausweitung der Qualitätsberichterstattung,
 - b) die Ausweitung der *unabhängigen* Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen (auch der nicht versicherten Personen) und

- c) die stärkere Einbindung der Klienten und deren Wünsche sowohl bei der Pflegeplanung, im Pflegeprozess als auch bei der Qualitätssicherung.
- 4) Flankierend dazu sollten die Instrumente einer umfassenden staatlich verantworteten Qualitätskontrolle (auch im Interesse von nicht versicherten Personen) weiterentwickelt werden. Dieses erscheint vor dem Hintergrund der aufgezeigten Mängel als auch des diesbezüglich immer noch vorhandenen großen Dunkelfeldes sowie nicht zuletzt angesichts des offenkundigen Zusammenhangs zwischen Qualität und Kontrolle angezeigt. Dazu scheint die Weiterentwicklung folgender Instrumente angeraten, die nicht allein auf Kontrolle, sondern auch auf die Stärkung der Koordination und Kooperation setzen:
 - a) Die Stärkung staatlicher Aufsicht (auch für Betroffene und Leistungen, welche nicht von der Kranken- und Pflegeversicherung abgedeckt sind), d.h.
 - i) die Sanktionierung (im Rahmen eines abgestuften Systems von Auflagen bis zum Entzug des Versorgungsvertrages und umfassenden Haftung bei wiederholten schweren Mängeln) auffällig schlechter und
 - ii) Belohnung auffällig guter Dienste (durch Gütesiegel und Prämien) (z.B. bei besonders zahlreichen Rehabilitationserfolgen, Verbesserungen bei ADL oder guter Morbiditätsquoten) auf der Basis der ständigen Qualitätsberichterstattung.
 - iii) Auch hier wäre eine enge Abstimmung und Koordination mit den durch das SGB XI mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen zu wahren.
- 5) Die Koordination von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch:
 - a) Wissenschaftlich begleitete großflächige Erprobung von Care und Case Management
 - b) Die Qualitätssicherung und -entwicklung durch Qualitäts- und Pflegekonferenzen (mit Teilnahmeverpflichtung der an der Pflege Beteiligten) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.
 - i) Diese hätten als zentrale Aufgabe die Verknüpfung zwischen Qualitätsberichterstattung, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung begleitend zu koordinieren und zu überwachen.
 - ii) Ferner sollten in diesen Gremien – in Zusammenarbeit mit den Qualitätsagenturen und Wissenschaft und Forschung – Qualitätskriterien und -standards weiterentwickelt und ein Konsens darüber hergestellt werden.
 - c) Im übrigen erscheint die Lösung von Koordinationsproblemen in der Versorgung dringend angeraten. Dazu müßte insbesondere
 - i) eine Vereinigung von Kranken- und Pflegeversicherung, mindestens aber die Harmonisierung von Finanzausgleich und Wettbewerbsstrukturen von Kranken- und Pflegeversicherung erreicht werden.
- 6) Schließlich erscheint angesichts der im Zusammenhang mit Qualitätsmängeln in der ambulanten Pflege immer wieder deutlich werdenden Qualifikationsmängel – trotz sehr hohen durchschnittlichen Anteilen des Einsatzes *formell* qualifizierter Personen (Fachkräfte) – Verbesserungen und eine Vereinheitlichung der *Ausbildungen* für Pflegeberufe (unter Mitwirkung der Qualitäts- und Pflegekonferenzen sowie der Qualitätsagenturen) angezeigt.

- a) In diesem Zusammenhang ist auch die Ausweitung und die Gewährleistung der Kontinuität der Weiterbildung der Pflegekräfte anzustreben. Auch hier wäre flankierend eine Kombination von Auflagen und finanziellen Anreizen in Form von Belohnungen zu erwägen, um den Anteil der absolvierten Weiterbildungen in der Pflege weiter zu erhöhen.



6 Literatur

- Adler, C./Gunzelmann, T./Machold, C./Schumacher, J./Wilz, G., (1996):**
Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 2, S. 143-149.
- Adolph, H./Görres, S., (1997):**
Umsetzungsbarrieren im Wissenstransfer innovativer Pflegekonzepte. Ergebnisse einer Untersuchung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 2, S. 100-108.
- Ahrens, Antje, (1998):**
Das Qualitätshandbuch des "Diakonie-Siegels": Qualität in der Pflege, in: Diakonisches Werk Hamburg (Hg.), Schritte zum Diakoniesiegel: Projektbericht des Hamburger Diakonie-Siegel, Haburg, S. 54-58.
- Alber, Jens/Schöllkopf, Martin, (1999):**
Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa, G+B Verlag Fakultas, Amsterdam.
- Alten- und Pflegezentrum Main-Kinzig-Kreis, (Hg.) (1998):**
Altenhilfe - Geschäft oder Nächstenliebe? Dokumentation der Hessischen Altenpflegetage 1998, Baumann Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach.
- AOK Niedersachsen, (1998):**
Gute Noten für Pflegedienste? Ergebnisse der Versichertenumfrage zur ambulanten Pflege vom Sommer 1998.
- Applebaum, Robert A./Straker, J.K./Geron, S.M., (2000):**
Assessing Satisfaction in Health and Long-Term Care: Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers, Springer, New-York.
- Arling, Greg/Karon, Sarita L./Sainfort, Francois/Zimmerman, David R./Ross, Richard, (1997):**
Risk adjustment of nursing home quality indicators, in: The Gerontologist, Vol. 37, No. 6, S. 757-766.
- Aust, Birgit, (1994):**
Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Baartmans, Paul C. M./ Geng, Veronika, (2000):**
Qualität nach Maß: Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen, Huber, Bern.
- Bandemer von, Stephan/Born, Andreas/Bußmann, Ulrike, (1998):**
Daten, die Strukturen verändern können. Beschäftigte in Pflegediensten beurteilen ihren Arbeitsplatz, in: Häusliche Pflege 1/1998, S. 39-44.
- Bandemer von, Stephan/Born, Andreas/Bußmann, Ulrike/Eickmeier, Heinz/Weigel, Roland, (1999):**
Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Praxis (Projektbericht des Instituts Arbeit und Technik, Bd. 1999-05), Gelsenkirchen.
- Barth, Myriam, (1999):**
Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege, Urban & Fischer, München, Jena.
- Barthelme, G./Garms-Homolová, V./Polak, U., (1999a):**
Belastungen in der häuslichen Pflege, in: Schmidt, R./Entzian, H./Giercke, K.-I./Klie, Th. (Hg.), Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit. Bd. 1, Mabuse, Frankfurt am Main, S. 262-267.
- Barthelme, G./Garms-Homolová, V./Polak, U., (1999b):**
Häusliche Pflege im Prozeß des Wandels – Arbeitsteilung und Belastungsfaktoren, in: Forschungsverbünde in der Deutschen Gesellschaft Public Health (Hg.), Public Health Forschung in Deutschland, Hans Huber, Bern, S. 262-267.
- Bartholomeyczik, Sabine, (1998):**
Pflegestandards, in: Alten- und Pflegezentrum Main-Kinzig-Kreis (Hg.), Altenhilfe - Geschäft oder Nächstenliebe? Dokumentation der Hessischen Altenpflegetage 1998, Baumann Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach, S. 36-43.

Bartholomeyczik, Sabine, (1999):

Anforderungen an die Qualität von Pflege und an die Qualifikation von Pflegenden, in: BMFSFJ (Hg.), Selbstbestimmung in Einrichtungen. Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des BMFSFJ am 22. und 23. März 1999 in Leipzig, Bundesverlag, Berlin, S. 31-37.

Becker, Gabriele/Klempner, David/Vogt, Sabine, (2000):

Präventiv handeln. Das Bremer Qualitätssiegel -- ein neuartiges Zertifizierungsverfahren für ambulante Pflegedienste, in: www.altenhilfe.de/cfscrip...hiv_art_data.

Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara, (1997):

Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (hrsgg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung), Bertelsmann, Bielefeld.

Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara, (1998):

Altenpflege - Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation der Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (hrsgg. durch Bundesinstitut für Berufsbildung), Bertelsmann, Bielefeld.

Behrens, Johann/Rothgang, Heinz, (2000):

Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H.12, S. 1089-1097.

Benjamin, A. E/Matthias, R./Franke, T.M., (2000):

Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home, in: Health Services Research, Vol. 35, No. 1, S. 351-66.

Berger, Gerhard, (1997):

Externes Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege - das Instrument SIESTA, in: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2/2000, S. 113-119.

Berger, Gerhard/Gerngroß-Haas, Gabriele, (1997):

Wo liegen die Stärken und Schwächen? Von der Qualitätsdiagnose zur Qualitätssicherung, in: *Altenheim* 3/1997, S. 28-39.

Berlowitz, Dan R./Halpern, Jay, (1997):

Evaluating and improving pressure ulcer care: the VA experience with administrative data, in: *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol. 23, No. 8, S. 424-433.

Besendorfer, Andrea/Göschel, Irmgard/Senftleben, Barbara, (1996):

Gütekriterien für die Pflege. Pflegestandards als Instrument zur Qualitätssicherung, in: *Altenpflege* 7/1996, S. 458-460.

Bienstein, Christel, (2001):

Dekubits: Umsetzung des Pflegestandards in die Pflegepraxis, in: www.hsm-bonn.de/Schriften/Dekubitus.htm.

Binstock, Robert H., (1999):

Long-term care at the turn of the century, in: *The Gerontologist*, Vol. 39, No. 3, S. 368-373.

Binstock, Robert H./ Cluff, Leighton E., (Hg.) (2000):

Home care advances: essential research and policy issues, Springer, New York.

Birke, Tina/Nehmzow, Ralf, (2000):

Altenheime -- es gibt noch mehr Hilferufe, in: www.abendblatt.net/contents/ha/lokales/html/240800/1724OLD0.htm.

Blaudszun, Annette, (2000):

Pflege im Spannungsfeld des Gesundheitssystems, Kohlhammer, Stuttgart.

Blinkert, Baldo/Klie, Thomas, (1999):

Pflege im sozialen Wandel: eine Untersuchung über die Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger (Eine Untersuchung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg; FIFAS, Freiburger Institut für Angewandte Sozialwissenschaft e.V.), Vincentz, Hannover.

Blinkert, Baldo/Klie, Thomas, (2000):

Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus: Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität, in: *Sozialer Fortschritt* 10/2000, S. 237-245.

Blinkert, Baldo/Klie, Thomas, (2001):

Zukünftige Entwicklungen des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags, Berlin.

Blonski, Harald, (1998):

Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen, Brigitte Kunz, Hagen.

Blosser-Reisen, L., (1995):

Angebote der Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland und der europäische Binnenmarkt, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28. Jg., H. 3, S. 207-215.

Blum, Karl, (1997):

Patientenorientierte Qualitätssicherung -- Patientenbefragungen als Beitrag zum Total Quality Management im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt 9+10/1997, S. 231-237.

Blume, Gabi, (2000):

Qualitätsmessung: Ansätze und Grenzen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10/2000, S. 217-219.

Boeger, Annette/Pickartz, Andrea, (2001):

Bewältigungsstrategien bei pflegenden Angehörigen, in: Report Psychologie 4/2001, S. 234-340.

Bölicke, Claus, (2001):

Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen, in: Pflege Aktuell 2/2001, S. 96-99.

Bonnekoh, Ursula, (1994):

Selbstbewußt und kompetent handeln. Das Selbstbild des Pflegepersonals und dessen Einfluß auf die Pflegequalität, in: Altenpflege 5/1994, S. 297-298.

Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter - "Handeln statt Mißhandeln", (1999):

Jahresbericht 1999, Selbstverlag, Bonn.

Bortz, Jürgen, (1989):

Statistik für Sozialwissenschaftler (3. Aufl.), Berlin u.a., Springer.

Bradley, Maryjane G./Thompson, Nancy R., (2000):

Quality management integration in long-term care: guidelines for excellence, Health Professions Press, Baltimore.

Brandenburg, H./Zimprich, D., (1995):

Lebenssituationen im Alter und die Nutzung der sozialen Dienste -- ein empirischer Beitrag aus der Studie "Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter", in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., H. 4, S. 237-246.

Bräutigam, Martin/Menke, Marion/Frost, N./Schirmer, D., (1997):

Entwicklungstendenzen der Ausbildungsnachfrage, des Ausbildungsangebotes und der Beschäftigungsperspektiven ausgewählter pflegerischer Berufe in Nordrhein-Westfalen. Unveröffentlichter Forschungsbericht. (hrsgg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW), Düsseldorf.

Bravo, Gina/De Wals, Philippe/Dubois, Marie-France/Charpentier, Michèle, (1999):

Correlates of care quality in long-term care facilities: a multilevel analysis, in: Journal of Gerontology, Vol. 54 B, No. 3, S. 180-188.

Bredow, Udo/Fischer, Doris/Hoiker, Helga/Rosstauscher, Grete/Safian, Kerstin, (1994):

Qualitätsentwicklung in ambulanten Diensten. Anleitungen, Praxisberichte, Ideen, Vincentz, Hannover.

Brendebach, Christine M., (2000):

Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Band 6, Chudeck-Druck, Bornheim-Secktem.

Brickner, Philip W., (2000):

Farewell (editorial), in: Care Management Journals, Vol. 2, No. 1, S. 2-4.

Brocklehurst, John/Dickinson, Edward/Windsor, Joy, (1998):

Sequential audits of geriatric care: measuring change in structure and process and the contribution of clinical audit, in: Journal of the Royal College of Physicians of London, Vol. 32, No. 6, S. 564-567.

Brönstrup, Carsten, (2000):

Klaus-Dirk Henke im Interview: "Wir müssen Gesundheit als Wachstumsmarkt begreifen", in: <http://195.170.124.152/archiv/2000/08/27/ak-wi-ma-9152.html> (Tagesspiegel online).

Brosius, Felix, (1998):

SPSS 8.0: Professionelle Statistik unter Windows, Bonn, MTP-Verlag GmbH.

Brüggemann, Jürgen, (1997):

Wir wollen beraten - nicht ausschließlich kontrollieren! Das neue MDK-Konzept zur Qualitätsprüfung in den ambulanten Diensten, in: Häusliche Pflege 4/1997
www.altenhilfe.de/cfscripts/hp_archiv_art_detta.CFM?hptestneu_ID=41.

Brüggemann, Jürgen, (1999):

Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation, in: Forum Sozialstation 8/1999, S. 40-43.

Brunner, Anne/Wildner, Manfred/Fischer, Richela/Ludwig, Maria-Sabine/Meyer, Nicole/Crispin, Alexander/Weitkunat, Rolf, (2000):

Patientenrechte in vier deutschsprachigen europäischen Regionen, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8. Jg., H. 3, S. 273-286.

Brunner, Thomas, (Hg.) (1999):

Gewalt im Alter. Formen und Ursachen lebenslagespezifischer Gewaltpotentiale, Vektor-Verlag, Graftschaft.

Buhmann, Regine, (2000):

"Vollkommen fix und fertig" -- Stressberuf Altenpflege, in: Altenpflege 1/2000, S. 42-46.

Bulger, Susan/Feldmeier, Cynthia, (1998):

Developing standards and quality measurements for case management practice, in: Journal of Case Management, Vol. 7, No. 3, S. 99-104.

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., (2000a):

Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, in: Sozialer Fortschritt 2+3/2000, S. 61-67.

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., (2000b):

Akkreditierungsrat soll Qualität prüfen. Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, in: Forum Sozialstation 4/2000, S. 10-11.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), (Hg.) (1998):

Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BT-Drs. 1036/97).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hg.) (1985):

Qualitätsmanagement und Care-Management in der ambulanten Pflege, Nürnberg.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hg.) (1999):

Selbstbestimmung in Einrichtungen. Qualitätsentwicklung und Dienstleistungen in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des BMFSFJ am 22. und 23. März in Leipzig.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2001a):

Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 13.07.2001 (BT-Drs. 14/6308).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (Hg.) (2001b):

Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.

Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V., (2000):

Bundesknappschaft überlässt Patienten die Sicherstellung für häusliche Krankenpflege, in: www.verbaende.com/news/ges_text.php3?2+2487 (Bundesreferat ambulante Dienste, Hamburg; www.bpa.de).

Burau, Viola, (1998):

The politics of internal boundaries -- a comparative analysis of community nursing in Britain and Germany, in: Hellberg, I./Saks, M./Benoit, C. (Hg.), Professional identities in transition. Cross-cultural dimensions, Almqvist & Wiksell International, Södertälje, S. 239-253.

Burmeister, Jürgen, (1997):

Vom "Bayerischen Weg" zur Pflegeversicherung. Die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes-Häusliche Pflege -- eine Implementationsstudie, Shaker, Aachen.

Busch, Bärbel, (1996):

Auswirkungen der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich, in: Geriatrie Praxis 11/1996, S. 26-29.

Cambois, Emmanuelle/Robine, Jean-Marie, (1996):

An international comparison of trends in disability-free life expectancy, in: Eisen, Roland/Sloan, Frank A. (Hg.), Long-term care: Economic issues and policy solutions, Kluwer Academic Publishers, Boston u.a., S. 11-23.

- Carell, Angela, (1999):**
Gewalt gegen ältere Menschen – Ein Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand, Vektor-Verlag, Graftschaff.
- Cassel, Christiane K., (2000):**
Geriatrics for the 3rd millennium, in: Wiener Klinische Wochenschrift, 112. Jg., H. 9, S. 386-393.
- Centre for Policy on Ageing, (Hg.) (1997):**
Achieving a better home life: establishing and maintaining quality in continuing care for older people. (CPA Reports 2), London.
- Challis, David/Traske, Karen, (1997):**
Community care, in: Mayer, Peter P./Dickinson, Edward J./Sandler, Martin (Hg.), Quality care for elderly people, Chapman & Hall Medical, London u.a., S. 97-116.
- Chappell, N.L., (1994):**
Home care research: what does it tell us?, in: The Gerontologist, Vol. 34, No. 1, S. 116-120.
- Chen, Mei-Yen, (1999):**
The Effectiveness of Health Promoting Counseling to Family Caregivers, in: Public Health Nursing, Vol. 16, No. 2, S. 125-132.
- Chiu, Lian/Pai, Lu/ Shyu, Woei-Cherng, (1997):**
Factors determining family caregiver's satisfaction with home care in the Taipei metropolitan area, in: Chung-Hua I Hsueh Tsa Chih (Chinese Medical Journal), Vol. 59, No. 1, S. 28-36.
- Cofer, Jennifer I., (2000):**
Continuous quality improvement for long-term care, Opus Kommunikationen, Marblehead.
- Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla, (Hg.) (2000):**
Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York.
- Cohen-Mansfield, Jiska/Noelker, Linda, (2000):**
Nursing staff satisfaction in long-term care: an overview, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 52-75.
- Coleman, B., (2000):**
Assuring the quality of home care: the challenge of involving the consumer, in: www.research.aasp.org.
- Comijs, Hannie C./Pot, Anne M./Smit, Johannes H./Bouter, Lex M./Jonker, Cees, (1998):**
Elder abuse in the community: prevalence and consequences, in: Journal of the American geriatrics Society, Vol. 46, No. 7, S. 885-888.
- Cook, Albert/Klein, Barbara, (1997):**
Bewohner sehen vieles anders, in: Altenheim 12/1997, S. 16-25.
- Coons, Dorothy H./Mace, Nancy, (1996):**
Quality of life in long-term care, Haworth Press, New York.
- Crawford, J. Mac, (2000):**
Trends in the use of satisfaction surveys in long-term care and in-house versus consulting-firm questionnaire administration, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 101-121.
- Daatland, Svein O., (1999):**
Similarities and Contrasts in Scandinavian Care Policies, in: Naegele, Gerhard/Schütz, Rudolf-M. (Hg.), Sozialgerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 408-424.
- Dane, Thomas, (1996):**
Auf Heller und Pfennig, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 10/1996, S. 274-277.
- Dane, Thomas/Schmoecker, Mary, (1994):**
Praxisbeispiele der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe, KDA, Köln, S. 326-337.
- Dangel, Bärbel/Korporal, Johannes, (2000):**
Konzept und Relevanz der Qualitätssicherung in der sozialen Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für die Professionalisierung der Pflege, in: Sozialer Fortschritt 10/2000, S. 246-253.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel, (1999):**
Qualitätssicherung und Pflege. Konzepte, Methoden, Institutionalisierung, E.B.-Verlag, Hamburg.

Degenholtz, Howard/Kane, Rosalie/Kivnick, Helen Q., (1997):

Care-related preferences and values of elderly community-based LTC consumers: Can case managers learn what's important to clients?, in: *The Gerontologist*, Vol. 37, No. 6, S. 767-776.

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), (1996):

Professionelle Pflege alter Menschen. Positionspapier des Fachbereichs IV der DGGG.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., (2000):

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, in: *Pflege Aktuell* 12/2000, S. 685-686.

Deutscher Bundestag, (2000):

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink et al., Fraktion der CDU/CSU (BT-Drs. 14/3444), Zukunft der sozialen Pflegeversicherung, Drs. 14/3592.

Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, (Hg.) (1998):

Demographischer Wandel: Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., (2000):

Sinnlose Überregulierung treibt Kosten in die Höhe statt Pflegequalität zu verbessern, in: www.verbaende.com/news/ges_text.php3?2+2568 (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, (1996):

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege, in: *NDV* 1/1996, S. 1-2.

Diakonisches Werk Hamburg, (1998):

Schritte zum Diakonie-Siegel. Projektbericht des Hamburger Diakonie-Siegel: Qualität in der Pflege, Hamburg.

Diwan, S./Berger, C./Ivy, C., (1996):

Supervision and quality assurance in long-term-care case management, in: *Journal of Case Management*, 5. Jg., H. 2, S. 65-71.

Döhner, Hanneli, (1998):

Care- und Case-Management durch das Modell PAGT in Hamburg, in: Schmidt-Ohlemann, Matthias/Zippel, Christian/Blumenthal, Wolfgang/Fichtner, Hans Joachim (Hg.), *Ambulante wohnortnahe Rehabilitation*, Univ.-Verlag, Ulm, S. 195-202.

Döhner, Hanneli/Schick, Birgit, (Hg.) (1996):

Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung, Lit, Hamburg.

Domscheit, Stefan/Wingenfeld, Klaus, (1996):

Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen -- Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.

Domscheit, Stefan/Wingenfeld, Klaus, (1997):

Unterschiede in der Begutachtungspraxis bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern in Nordrhein-Westfalen. Explorative Studie im Rahmen des Projektes "Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen", Universität Bielefeld.

Donabedian, A., (1996):

Evaluating the quality of medical care, in: *Milbank Memorial Found Quarterly* 2/1966, S. 166-206.

Douma, Eva, (1999):

Das Spiel gewinnen. SGB XI-Einzelverhandlungen: Pokern oder sich in die Karten sehen lassen, in: *Forum Sozialstation* 8/1999, S. 20-27.

Doyle, Colleen/Dudgeon, Paul, (1999):

Welche Faktoren beeinflussen den Arbeitsplatzwechsel in Altenpflegeheimen? Eine Untersuchung in Melbourne (Australien), in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 240-248.

Dücker, Barbara, (1998):

Pflegequalität aus der Sicht älterer Menschen, in: Blonski, Harald (Hg.), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege*, Brigitte Kunz, Hagen, S. 199-211.

Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter, (1997):

Beratung nach § 4 PfG NW: Erste Evaluationsergebnisse, in: Asam, W.H./Altmann, U./Lutz-Gräber, Ch./Petroff, U. (Hg.), Beratung nach dem Landespflegegesetz NRW. Ein Verfahrenshandbuch mit Beispielen aus der kommunalen Praxis (Institut für Kommunale Sozialforschung und Sozialpolitik gem. e.V. (IKOS), Schriftenreihe des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Selbstverlag, Düsseldorf, S. 237-252.

Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter, (1999a):

Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen -- PFG NW). Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MASSKS). LT-Drs. 1311 vom 06.06.2000, Düsseldorf.

Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (1999b):

Die Umsetzung der Pflegeversicherung in den Bundesländern im Vergleich (Bericht über eine Fachtagung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund, und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen am 10. und 11. Dezember 1998 in Köln), in: NDV 8/1999, S. 259-266.

Eisen, Roland/Mager, Hans-Christian, (1996):

Long-Term-Care -- An Inter- and Intragenerational Decision Model, in: Eisen, Roland/Sloan, Frank A. (Hg.), Long-Term-Care: Economic Issues and Policy Solutions, Kluwer, Norwell/MA, S. 251-284.

Eisen, Roland/Mager, Hans-Christian, (Hg.) (1999):

Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Leske + Budrich, Opladen.

Eisen, Roland/Sloan, Frank A., (Hg.) (1996):

Long-term care: economic issues and policy solutions, Kluwer Academic Publishers, Boston.

Ellis, Roger/Whittington, Dorothy, (1998):

Quality assurance in social care: an introductory workbook, Arnold, London.

Endo, H., (1997):

Home care problems of new long-term care insurance in Japan, in: Japanese Journal of Geriatrics, Vol. 34., No. 12, S. 987-989.

Eng, Catherine/Pedulla, James/Eleazer, Paul/McCann, Robert/Fox, Norris, (1997):

Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing, in: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 45., No. 2, S. 223-232.

Engel, Michael, (2000):

Die Überprüfung der Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gem. § 80 SGB XI, in: www.bad-ev.de/ueberpruefung.html.

Engels, D./Friedrich, W., (1996):

Die Personalsituation in der stationären und ambulanten Altenhilfe im Bereich der alten Bundesländer (Analyse des Otto-Blume-Institutes für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik im Auftrag des Kuratoriums Deutsche Altershilfe), in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.), Personalsituation in der Altenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ, Kohlhammer, Stuttgart, S. 1-34.

Engels, Dietrich, (1996a):

Entlastung der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung (SGB XI) (Gutachten des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit), ISG, Köln.

Entzian, Hildegard, (1998):

Helfen wollen reicht nicht. Dreh- und Angelpunkt beruflicher Pflege ist die Steuerung des Pflegeprozesses, in: Forum Sozialstation 12/1998, S. 44-48.

Entzian, Hildegard, (1999):

Auf der Suche nach dem Pflegeziel. Im Berufsalltag fehlen häufig Richtung und Maßstab, in: Forum Sozialstation 10/1999, S. 22-26.

Entzian, Hildegard/Klie, Thomas, (1996):

Professionalisierung der Pflege älterer Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 6, S. 404-410.

Ernst, Ina/Szameitat, Ute, (1998):

Herausforderungen und Belastungen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Diakoniestationen, in: Evangelische Impulse 5/1998, S. 15-16.

Evers, Adalbert / Zandern, Gerard H., van der, (1993):

Better care for dependent people living at home, Netherlands Institute of Gerontology, Bunnik.

Evers, Adalbert/Leichsring, Kai/Strümpel, Charlotte, (Hg.) (1995):

Klientenrechte. Sozialpolitische Steuerung der Qualität von Hilfe und Pflege im Alter, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien.

Evers, Adalbert/Rauch, Ulrich, (1997):

Geldleistungen in der Pflegeversicherung: Motive und Mittelverwendung bei Personen, die im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes die Geldleistungsalternativen in Anspruch nehmen (Pilotstudie, Unveröffentlichtes Manuskript, Justus-Liebig-Univ. Gießen, FB 19), Gießen.

Ewers, Michael, (1997):

Case Management in der klinischen Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5. Jg., H. 4, S. 309-322.

Ewers, Michael/Schaeffer, Doris, (1998):

Qualitätsentwicklung in der Pflege, in: Michel-Fabian, Rudolf (Hg.), Qualitätsentwicklung in der Pflege und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster, S. 5-21.

Ewers, Michael/Schaeffer, Doris, (Hg.) (2000):

Case Management in Theorie und Praxis, Huber, Bern, Göttingen.

Faber, Carmen /Hanoune, Iris/Bluemcke, Karen, (1998):

Qualitätssicherung: Prozessstandards in der ambulanten Pflege, in: Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hg.), Arbeitshilfe des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes; Landesverband Nordrhein-Westfalen, Bd.2, Paritätische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am Main.

Fabian, A.K., (1999):

Tag der ambulanten Pflege: Zeit ist Geld, Beziehung ist Qualität, in: Pflege Zeitschrift 9/1999, S. 614-615.

Faltin, Thomas, (2000):

Streit um häusliche Pflege, in: www.stuttgarter-zeitung.de/dcl/html/news-stz/20000829loka0003.shtml.

Fazzone, Patricia A./Barloon, Linda F./McConnell, Susan J./Chitty, Julie A., (2000):

Personal Safety, Violence and Home Health, in: Public Health Nursing, Vol. 17, No. 1, S. 43-52.

Feder, J./Lambrew, J./Huckaby, M., (1997):

Medicaid and long-term care for the elderly: implications of restructuring, in: Milbank Quarterly, Vol. 75, No. 4, S. 425-459.

Feldmeier-Berens, Ursula/Sitte, Martina, (1999):

Rahmenempfehlung verbessert die Qualität, in: Gesundheit und Gesellschaft 11/1999, S. 14-15.

Fenichel, Volker/Brandenburg, Hermann, (1999):

Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 24-40.

Fernandez, Virginia Ann, (1997):

Häusliche Pflege, Huber, Bern.

Fieber, Andreas, (1997a):

Pflegesicherung im Vereinigten Königreich. PfiEG-Forschungsbericht Nr. 11, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Frankfurt am Main.

Fieber, Andreas, (1997b):

Pflegesicherung in der Republik Irland. PfiEG-Forschungsberichte Nr. 12, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Frankfurt am Main.

Flügel, K., (1996):

Pflegeforschung in der Altenpflege. Eine Literaturstudie auf der Grundlage von zwei wissenschaftlichen Fachzeitschriften, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 6, S. 397-403.

Foley, Lisa A., (2001):

Care management: Policy considerations for original medicare, in: http://research.aarp.org/health/ib38_care_1.html.

Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik, (Hg.) (1999):

Qualitätssicherung in der Pflege, Eigenverlag, Bonn.

Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft Public Health, (Hg.) (1999):

Public Health Forschung in Deutschland, Hans Huber, Bern.

Forster, A./Young J./Langhorne, P. for the Day Hospital Group, (2000):

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care, in: The Cochrane Library, Issue 4, S. 1-15.

Förster, Helmut/Nottenkämper, Barbara, (1996):

Sozialvisite als Instrument der ambulant-stationären Verzahnung bei Pflegebedürftigkeit, in: Medizinische Klinik 11/1996, S. 723-724.

Fortinsky, Richard H./Madigan, Elizabeth A., (1997):

Home care resource consumption and patient outcomes: What are the relationships?, in: Home Health Care Services Quarterly 16/1997, S. 55-73.

Fowler, Emily/MacRae, Susan/Stern, Amy/Harrison, Teresa/Gerteis, Margaret/Walker, Jan/Edgman-Levitan, Susan/Ruga, Wayne, (1999):

The built environment as a component of quality care: understanding and including the patients perspective, in: The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 25, No. 7, S. 352-362.

Frantz, Rita A., (1997):

Measuring prevalence and incidence of pressure ulcers, in: Advances in Wound Care, Vol.10, No. 1, S. 21-24.

Freedman, Jay A./Cook, Cynthia A./Robinson, Tom/Kinney, Eleanor D., (1995):

Collaborative QI in community-based long term care, in: The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 21, No. 12, S. 701-710.

Fretschner, Rainer/Hilbert, Josef/Rohleder, Christiane/Roth, Günter/Wismar, Matthias/Wörz, Markus/Erbrich, Malte, (2001):

Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Forschungsbericht im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund.

Funk, Ulrike, (1997):

Qualitätssicherung in der kundenorientierten Pflege, Kohlhammer, Stuttgart.

Fussek, Claus, (1997a):

"Chronik eines Erdbebens". In München sind skandalöse Zustände in Pflegeheimen ans Tageslicht gekommen, in: Altenpflege 7/1997, S. 18-19.

Fussek, Claus, (1997b):

"Manchmal kann ich einfach nicht mehr - dann...". Ein Tabu: Ursachen für Gewalt und Mißhandlungen in der häuslichen Pflege, in: Häusliche Pflege 1/1997; www.altenhilfe.de/cfscrip...hiv_art_detata.CFM?hptestneu_ID=27.

Fussek, Claus, (1999):

"Entsetzt und erschüttert". Einmal mehr macht ein Pflegeskandal in München überregional Schlagzeilen, in: Altenpflege 5/1999, S. 18-19.

Gabanyi, Monika, (1997):

Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung (BASYS-Institut), BASYS, Augsburg.

Galias, Delores L., (1996):

Quality assessment and assurance: for long term care nursing facilities, Briggs Corporation, Des Moines, Iowa.

Galow, Brigitte, (1998):

Pflegedokumentation. Informationsmedium mit zentraler Bedeutung, in: www.altenhilfe.de/cfscrip/hp_archiv_art_detata.CFM?hptestneu_ID=278.

Garms-Homolová, Vjenka, (1996a):

Kooperation zwischen Ärztinnen / Ärzten und Pflege in der ambulanten Versorgung - Erfahrungen und Probleme, in: Döhner, H./Schick, B. (Hg.), Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung, Lit, Hamburg, S. 39-48.

Garms-Homolová, Vjenka, (1996b):

Miteinander lernen. Perspektiven der Kooperation zwischen Ärzten / Ärztinnen und ambulanten Pflegediensten, in: Häusliche Pflege 2/1996, S. 106-108.

Garms-Homolová, Vjenka, (1996c):

Total Quality Management und die Qualitätsdiskussion in Pflege und Medizin in Deutschland, in: Tews, H.P./Klie, Th./Schütz, R. (Hg.), Altern und Politik, Bibliomed, Melsungen, S. 227-236.

Garms-Homolová, Vjenka, (1998):

Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege. Erste Erfahrungen mit dem RAI HC-System in Deutschland und Österreich, in: Pflegen ambulant 2/1998, S. 18-20.

Garms-Homolová, Vjenka, (1999):

Resident Assessment Instrument und Pflegediagnosen - zwei konkurrierende oder sich ergänzende Instrumente der professionellen Pflege?, in: Kollak, Ingrid/Georg, Margret (Hg.), Pflegediagnosen: Was leisten sie - was leisten sie nicht?, Mabuse, Frankfurt am Main, S. 59-66.

Garms-Homolová, Vjenka/Gilgen, R., (Hg.) (2000):

Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation, Hans Huber, Bern u.a..

Garms-Homolová, Vjenka/Niehörster, Gabriele, (1997):

Pflegedokumentation. Auswählen und erfolgreich anwenden in Pflegeeinrichtungen, Vincentz, Hannover.

Garms-Homolová, Vjenka/Schaeffer, Doris, (Hg.) (1998):

Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung, Ullstein-Medical, Wiebaden.

Gaugler, Joseph E./Zarit, Steven H., (2001):

The Effectiveness of Adult Day Services for Disabled Older People, in: Journal of Aging and Social Policy, Vol 12, No. 2, S. 23-47.

Geron, Scott M./Smith, Kevin/Tennstedt, Sharon/Jette, Alan/Chassler, Deborah/Kasten, Linda, (2000):

The Home Care Satisfaction Measure: A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults With Home Care Services, in: Journal of Gerontology: Social Sciences, Vol. 55 B, No. 5, S. 259-270.

Gerste, Bettina/Rehbein, Isabel, (1998):

Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick (Wissenschaftliches Institut der AOK), WidO, Bonn.

Gesundheitsamt Bremen, (Hg.) (2000):

Bremer Qualitäts-Siegel für ambulante Pflegedienste, Bremen.

Giebing, Hannie/ Francois-Kettner, Heidi/Roes, Martina/Mar, Heather, (1997):

Pflegerische Qualitätssicherung: Konzept, Methode, Praxis, Eicanos, Bocholt.

Giese, Reinhard, (2000):

Die große Mehrheit betreut die Angehörigen nach wie vor selbst. Betroffene ziehen eine positive Bilanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse eines Forschungsprojektes, in: Frankfurter Rundschau vom 30.07.2000.

Giese, Reinhard/Wiegel, Dieter, (2000):

Die häusliche Pflege und die Wirksamkeit von SGB XI - Gesetzliche Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegehaushalte, in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H. 12, S. 1023-1047.

Gilgen, R./Garms-Homolová, V., (1995):

Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege - Eine Übersicht, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28. Jg., H. 1, S. 25-28.

Gilgen, Ruedi/Weiss, Ursula, (1998):

Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Eine Übersicht, in: Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Hg.), Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer, Stuttgart, S. 239-246.

Gill, Winfried/Mantey, Waltraud, (1997):

Die Sozialvisite: Mehr als eine Pflegeüberleitung, in: Pflege Aktuell 6/1997, S. 376-380.

Gillick, M.R./Mendes, M.L., (1996):

Medical care in old age: what do nurses in long-term care consider appropriate?, in: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 44, No. 11, S. 1322-1325.

Gitschmann, Peter, (1997a):

Verbraucherschutz und Qualitätssicherung: Im Zentrum des Pflegeversicherungssystems rumort es -- Hamburg und die Folgen, in: Forum Sozialstation 6/1997, S. 18-22.

Göpfert-Divivier, Werner/Lauer, Heike, (2001):

Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege, Saarbrücken, Hannover.

Göpfert-Divivier, Werner/Robitzsch, Moniaka/Schweikart, Rudolf, (1999):

"Qualitätsmanagement" und "Care-Management" in der ambulanten Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 173, Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln.

Göpfert-Divivier, Werner/Robitzsch, Monika, (1999):

Neue Qualitätsbegriffe. Pflege als Dienstleistung, in: Forum Sozialstation 12/1999, S. 26-27.

Görge, Thomas, (1999):

Erscheinungsformen und Bedingungen von Aggression und Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Brunner, Thomas (Hg.), Gewalt im Alter. Formen und Ursachen lebenslagespezifischer Gewaltpotentiale, Vektor-Verlag, Grafenschaft, S. 57-101.

Görge, Thomas, (2000):

Belastungen, Konflikte und Gewalt in stationären Altenhilfeeinrichtungen -- Ergebnisse einer Befragung von Pflegekräften. Vortrag zur DGGG-Jahrestagung 2000 am 19.09.00 in Nürnberg.

Görres, Stefan, (1996a):

Gesundheit und Krankheit im Alter. Defizite und Perspektiven in der Versorgungsforschung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 5, S. 375-381.

Görres, Stefan, (1996b):

Qualitätssicherung und standardisierte Verfahren -- eine kritische Auseinandersetzung, in: Pflege, 9. Jg., H. 4, S. 300-306.

Görres, Stefan/Friesacher H., (1998):

Pflegewissenschaft in Deutschland -- Gegenwärtiger Stand der Entwicklungsperspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg, H. 3, S. 157-169.

Görres, Stefan/Hinz, Markus, (2000):

Zwischenbericht zur Evaluation des Informationsbüros und Pflegebeschwerdestelle, Veröffentlichung der Universität Bremen, Bremen.

Gräfel, Elmar, (1998a):

Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden, Verlag Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach.

Gräfel, Elmar, (1998b):

Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 1, S. 52-56.

Gräfel, Elmar, (1998c):

Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 1, S. 57-62.

Gräfel, Elmar, (2000):

Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 13. Jg., H. 2, S. 85-94.

Green, Jill Hoggard, (1989):

Long-Term Home Care Research, in: Nursing & Health Care, Vol. 10, No. 3, S. 139-144.

Grieshaber, Uschi, (1997):

Verbraucherschutz in Nordrhein-Westfalen - Denkanstöße zur Qualitätssicherung, in: Forum Sozialstation 12/1997, S. 14-16.

Grieshaber, Uschi, (1998):

Gewalt gegen Alte hat viele Gesichter, in: Forum Sozialstation 12/1998, S. 18-20.

Grieshaber, Uschi, (1999a):

Pflegedienste im Blick der Verbraucher. Main-Kinzig-Kreis präsentiert Projektkonzept und Leitfaden für Pflegekunden, in: Forum Sozialstation 8/1999, S. 36-39.

Grieshaber, Uschi, (1999b):

Ohne Qualitätsmanagement geht es nicht. Friedrich-Ebert-Stiftung diskutiert Qualitätssicherung, in: Forum Sozialstation 8/1999, S. 14-16.

Grieshaber, Uschi, (1999c):

"Die Kosten-Nutzen-Diskussion hat ein unerträgliches Ausmaß angenommen". FORUM-Interview mit Claus Füsseck über Qualität und Menschenwürde in der Pflege, in: Forum Sozialstation 4/1999, S. 15-17.

Grieshaber, Uschi, (1999d):

IKKs Meisterklasse. Innungskrankenkassen (IKK) untersuchen Qualität und Wirtschaftlichkeit am Beispiel von drei Pflegediensten, in: Forum Sozialstation 12/1999, S. 22.

Grieshaber, Uschi, (2000a):

Gegen Druck. Dekubitus: Prophylaxe nach Standard, in: Forum Sozialstation 4/2000, S. 14-19.

Grieshaber, Uschi, (2000b):

Kunden und Qualität. Im Vergleich: Pflegequalität durch die deutsche Pflegeversicherung und durch das niederländische personengebundene Budget, in: Forum Sozialstation 10/2000, S. 22-24.

Grieshaber, Uschi, (2000c):

Pflege quer gedacht. BuKo-Pflegekongress in Stolberg, in: Forum Sozialstation 6/2000, S. 12-14.

Halsig, Norbert, (1995):

Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., H. 4, S. 247-262.

Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (1999):

Das gemeinsame Ziel: Verbesserung der Pflege durch mehr Information und einfachere Beschwerdemöglichkeiten, in: www.hamburg.de/behoerden/p...ldungen/1999/juni/w26/mi/news.htm.

Hans-Weinberger-Akademie e.V., (Hg.) (1998):

Qualität in der häuslichen Pflege durch Kundenmacht. Erfahrungen und Folgerungen nach 1000 Tagen Pflegeversicherung, Verlag der Hans-Weinberger-Akademie, München.

Hansen, Eckhard, (1997):

Qualitätsaspekte sozialer Dienstleistungen zwischen Professionalisierung und Konsumentenorientierung. Qualitätsdiskurse in Großbritannien und Deutschland, in: Zeitschrift für Sozialreform, 43. Jg., H. 1, S. 1-28.

Harrington, Charlene/Zimmerman, David/Karon, Sarita L./Robinson, James/Butel, Patricia, (2000):

Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, in: Journal of Gerontology, Vol. 55 B, No. 5, S. 278-287.

Hartmann, Hildegard, (1999):

Ins Schwarze getroffen. Auftakt eines DRK-Projekts zum Qualitätsmanagement, in: Forum Sozialstation 10/1999, S. 27-29.

Häußler-Sczegan, Monika, (1999):

Selbstbestimmung in Einrichtungen, Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 22. und 23. März 1999 in Leipzig, Berlin.

Havens, Betty, (1999):

Home-based and long-term care: home care issues and Evidence, WHO, Geneva.

Heck, Klaus, (2000):

Mythos "aktivierende Pflege", in: Altenheim 10/2000, S. 34-37.

Heiber, Andreas, (1997):

Dreiecksverhältnis. Bewußter Umgang mit dem Verhältnis von Zeit, Geld und Qualität in der häuslichen Pflege, in: Häusliche Pflege 4/1997; www.altenhilfe.de/cfsript...hiv_art_detta.CFM?hptestneu_ID=44.

Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C., (1999):

Dekubitus - Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, Hamburg.

Heinemann, A./Lockemann, U./Matschke, J./Tsokos, M./Püschel, K., (2000):

Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125. Jg., Heft 3, S. 45-51.

Heinze, Rolf G./Naeege, Gerhard/Strünck, Ch., (1996):

Soziale Dienste unter Modernisierungsdruck: Neue Bedarfe und Entwicklungstrends im Altenbereich, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, S. 45-50.

Hennecke-Court, Mathias, (1998):

Qualitätsbeauftragter - kein Job so nebenher. Qualitätsmanagement als strategische Entscheidung eines Unternehmens, in: Forum Sozialstation 6/1998, S. 20-23.

Henry, Suzanne B./Holzemer, William L., (1997):

Achievement of appropriate self-care. Does care delivery system make a difference?, in: Medical Care, Vol. 35, No. 11, S. 33-40.

Herd, Jürgen et al., (2000):

Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege, HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH, Wiesbaden.

Herweck, Rudolf, (1994):

Probleme der externen Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Versorgung, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), Qualitätsgelaitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe, KDA, Köln, S. 54-58.

Hilbert, Anja/Gauggel, S., (1996):

Aspekte der Qualitätssicherung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation: Eine selektive und kritische Bestandsaufnahme, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9. Jg., H. 4, S. 269-276.

Hirsch, Rolf D./Brendebach, C., (1999b):

Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der "Bonner HsM-Studie", in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 6, S. 449-455.

Hirsch, Rolf D./Kranzhoff, Erhard U./Schiffhorst, Guido, (Hg.) (1999a):

Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner HsM-Studie Versorgung von Pflegeabhängigen), Bonn.

Hofer, Klaudia, (1995):

Gewalt in der häuslichen Pflege. Pflegenden Angehörige zwischen Aufopferung und Aggression, in: Gesellschaft der Freunde und Förderer der Evangelischen Fachhochschule Hannover e.V.: Reihe: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit - Hannoverische Beiträge, Druckerei der Ev. FH Hannover, Hannover.

Hoffmann, Alfred T., (1998):

Globale Trends in der Pflegeindustrie, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen, Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 21-34.

Hohmann, Jürgen, (1998):

Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Hans Huber, Bern.

Hömann, Ulrike, (1998):

Pflegequalität durchsetzen. Einflussgrößen und Gestaltungschancen aus wissenschaftlicher Sicht, in: Forum Sozialstation 10/1998, S. 40-42.

Hömann, Ulrike/Weinrich, Heidi/Gätschenberger, Gudrun, (1995):

Pflegedokumentation bereitet noch erhebliche Schwierigkeiten. Forschungsprojekt des Agnes-Krall-Instituts, in: Altenpflege 11/1995, S. 722-723.

Hömann, Ulrike/Weinrich, Heidi/Gätschenberger, Gudrun, (1997):

Neues Dokumentationssystem zur vereinfachten patientenbezogenen Umsetzung des Pflegeprozesses in ambulanter und stationärer Langzeitpflege, in: Pflege, 10. Jg., H., S. 157-163.

Hooyman, N./Kiyak, H.A., (1996):

Social Gerontology. A multidisciplinary perspective, Allyn & Bacon, Boston.

Howe, Anna L., (2000):

Rearranging the compartments: the financing and delivery of care for Australia's elderly, in: Health Affairs Vol. 19, No. 3, S. 57-71.

Huhn, Siegfried, (1998):

Neue Skala: Dekubitusrisiko erkennen. Speziell für die geriatrische Pflege entwickeltes Assessment hat sich bewährt, in: Forum Sozialstation 10/1998, S. 44-46.

Igl, Gerhard, (1995a):

Die Pflegeversicherung -- Strukturelle Auswirkungen und Konsequenzen für die Kommunen, in: Igl, Gerhard/Kühnert, Sabine/Naegele, Gerhard (Hg.), SGB XI als Herausforderung für die Kommunen (Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Bd. 4), Vincentz, Hannover, S. 9-40.

Igl, Gerhard, (1995b):

Zu einigen sozialrechtlichen und sozialpolitischen Problemen des neuen Pflegeversicherungsrechts, in: Fachinger, Uwe/Rothgang, Heinz (Hg.): Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 279-294.

Igl, Gerhard, (1998):

Neue Steuerungen im Spektrum der Gesundheits- und Pflegedienste für alte Menschen aus rechtlicher Sicht, in: Schmidt, Roland/Braun, Helmut/Giercke, Klaus Ingo/Klie, Thomas/Kohnert, Monika (Hg.), Neue Steuerungen in der Pflege- und sozialen Alten-arbeit. Beiträge zur sozialen Ge-ron-to-lo-gie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Bd. 6, Transfer, Regensburg, S. 5-24.

Ikegami, Naoki/Campbell, John, (1999):

Critical issues in long-term care policy - lessons from Japan, unveröffentl. Manuskript.

Isenberg, Thomas, (1999):

Defizite der Pflegeversicherung und Mißstände in den Pflege, in: AgV Forum 3/1999, S. 48-57.

Jakubowski, Elke/Perleth, Matthias, (1998):

Großbritannien: Qualitätsoffensive soll das Image des NHS aufpolieren, in: Gesundheit und Gesellschaft, 11/1998, S. 18-19.

Jamieson, Anne, (1999):

Pflegepolitik in der internationalen Perspektive, in: Naegele, Gerhard/Schütz, Rudolf-M. (Hg.), Sozialgerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 399-407.

Jani, Hannelore, (2000):

Das französische Pflegegeld -- oder wie anders die deutsche Pflegesicherung hätte ausfallen können, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10/2000, S. 207-211.

Jaster, Birgit, (1999):

Auf Nummer sicher. Für viele Pflegende sind Methoden zur Qualitätssicherung noch immer ein Buch mit sieben Siegeln, in: Altenpflege 7/1999, S. 34-36.

Jaster, Birgit, (2000):

Unter Druck, in: Altenpflege 1/2000, S. 21.

Jette, Alan M./Smith, Kevin W./McDermott, Susan M., (1996):

Quality of Medicare-Reimbursed Home Health Care, in: The Gerontologist, Vol. 36, No. 4, S. 492-501.

Johne, Gabriele, (1997):

Qualitätssicherung und Wettbewerb bei Pflegeleistungen. Eine ökonomische Analyse der Anreizstrukturen unter alternativen institutionellen Bedingungen, Campus, Frankfurt am Main.

Johnson, Malcolm L./Cullen, Lesley/Patsios, Demi, (1999):

Managers in long-term care: Their quality and qualities, The Policy Press, Bristol.

Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe, (Hg.) (1996):

Pflegeversicherung: Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung, Schattauer, Stuttgart u.a.

Kalisch, David W./Aman, Tetsuya/Buchele, Libbie A., (1998):

Social and health policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments, OECD, Paris.

Kämmer, Karla, (2000a):

Zwischen Wahnsinn und Chance, in: Altenpflege 5/2000, S. 22-25.

Kämmer, Karla, (2000b):

Im Dschungel der Verfahren. DIN ISO, QAP oder MUM: Bei den zahlreichen Qualitätssystemen innerhalb der Altenpflege fällt den Verantwortlichen der Überblick schwer, in: Altenpflege 7/2000, S. 24-27.

Kane, R.A./Kane, R.L./Illston, L.H./Eustis, N.N., (1994):

Perspectives on home care quality, in: Health Care Financing Review, Vol. 16, No. 1, S. 69-89.

Kane, R.L., (1995):

Improving the quality of long-term care, in: The Journal of the American Medical Association, Vol. 273, No. 17, S. 1376-1380.

Karotsch, Dieter, (1997):

Qualität ist, was der Kunde dafür hält, in: Altenpflege 8/1997, S. 36-41.

Katz, Jacqueline/Green, Eleanor, (1996):

Qualitätsmanagement. Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes, Ullstein Mosby, Wiesbaden.

Kellerhof, Marco/Stappenbeck, Jens, (2000):

Pflegerische Versorgung: Qualitätsentwicklung und Verbraucherschutz kommen in Hamburg voran, in: NDV 11/2000, S. 393-394.

Kempe, Peter/Lindner, Ingrid, (1999):

Burnout-Prophylaxe durch Balintgruppen, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 270-274.

Kesselheim, Harald, (1994):

Probleme der externen Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Pflege, in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe, KDA, Köln, S. 59-62.

Kessler, Herbert, (1996):

Nur kundenorientierte Anbieter werden überleben – Die Erfahrungen der Pflegekasse mit der Pflegeversicherung - Studie belegt positive Wirkungen des neuen Zweigs der Sozialversicherung, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 10/1996, S. 290-291.

Kieselbach, Kurt, (1998):

Gewalt gegen ältere Menschen nimmt zu, in: www.welt.de/daten/1998/08/28/0828de77516.htx.

King, Laura R., (2000):

Long-term care: an analysis of access, cost and quality, University Press of America, Lanham.

Kingson, E.R./Berkowitz, E.D., (1993):

Social security and Medicare: A policy primer, CT, Auburn House, Westport.

Kleibohm, Julika, (1998):

Ein Weg zu optimaler Pflegequalität. Der Verein Ambulante Hilfe in Paderborn über seine Zertifizierung nach der DIN ISO 9002, in: Forum Sozialstation 4/1998, S. 37-39.

Klein, Barbara/Cook, Glenda/Stalley, David, (2000):

In England mehr Punkte. Auswertung einer grenzübergreifenden Studie zur Selbstevaluation, in: Altenheim 9/2000, S. 22-26.

Klie, Thomas, (1995):

Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe - eine Einführung, in: Klie, Thomas/Lörcher, Uwe (Hg.), Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Einführung, Modelle, Maßnahmen, Freiburg, S. 9-28.

Klie, Thomas, (Hg.) (1996):

Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege, Bibliomed, Melsungen.

Klie, Thomas, (1998a):

Suche nach einem Paradigma. In der ambulanten Pflege ist nichts mehr wie es war - Rollen und Werte müssen neu bestimmt werden, in: Forum Sozialstation 2/1998, S. 38-42.

Klie, Thomas, (1998b):

Die Qualitätssicherungslandschaft in der Pflege in Deutschland - eine Skizze, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen, Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 13-20.

Klie, Thomas, (1999):

Qualität in der häuslichen Pflege. DAK Versicherten-Befragung 1999, Evangelische Fachhochschule, Freiburg.

Klie, Thomas / Lörcher, Uwe, (Hg.) (1995):

Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Einführung, Modelle, Maßnahmen. Forschungs- und Projektbericht Nr. 5 der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V., Freiburg.

Kliebsch, Ulrike/Fleischle, Bernd/Busch, Susanne/Huchler, Uwe/Pfaff, Anita/Brenner, Hermann, (2000):

Utilization of Benefits for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care in Insurance, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8. Jg., H. 1, S. 78-91.

Klostermann, M./Steinkamp, G./Tropberger, F./Werner, B., (1998):

Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 6, S. 426-437.

Knäpple, Annerose, (1998):

Regionaler Qualitätssicherungsverbund in der ambulanten Pflege, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 29. Jg., Heft 4 und 30. Jg., Nr. 1, S. 356-365.

Knäpple, Annerose, (1999):

Pflegedienste im Wettbewerb. Wie Qualität intern gesichert und nach außen nachgewiesen werden kann, in: Forum Sozialstation 10/1999, S. 42-44.

Knäpple, Annerose/Danner, Klaus-Peter, (1997):

Die Zufriedenheit der Kunden, in: Forum Sozialstation 8/1997, S. 36-39.

Knäpple, Annerose/Hiniger-Riesterer, Gabriele, (2001):

Baustein für das Qualitätsmanagement, in: Altenheim 3/2001, S. 64-68.

Knäpple, Annerose/Rümmele, Angelika/Zaberer, Claudia, (1997):

Kundenbefragung in der ambulanten Pflege. Ein Modellprojekt (hrsgg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg), Stuttgart.

Kollak, Ingrid/Georg, Margret, (Hg.) (1999):

Pflegediagnosen: Was leisten sie - was leisten sie nicht?, Mabuse, Frankfurt am Main.

Korecic, Jasenka, (1999):

Pflegestandards Altenpflege, Springer, Berlin.

Köstler, Ursula, (1997a):

Pflegesicherung in Frankreich, PfEG-Forschungsberichte Nr. 10, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

Köstler, Ursula, (1997b):

Pflegesicherung in Luxemburg, PfEG-Forschungsberichte Nr. 13, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

Kruzich, Jean M., (2000):

Correlates of nursing home satisfaction, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 76-100.

Kruzich, Jean/Cohen-Mansfield, Jiska, (2000):

Assessment of satisfaction: Summary of published scales, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 257-325.

Kuhlmei, Adelheid, (1999):

Gesundheit am Arbeitsplatz: Chancen und Risiken des Pflegealltags, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 305-312.

Kühnert, Sabine, (1996):

Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege -- Anmerkungen zur Konzeptentwicklung, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 6/1996, S. 14-20.

Kühnert, Sabine, (1999):

Strategien zur Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Altenpflege, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, S. 249-261.

Kühnert, Sabine/Gaßmann, Raphael, (1997):

Fort- und Weiterbildung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Altenpflege -- Ergebnisse einer empirischen Erhebung zur Ist-Situation und zu Veränderungsnotwendigkeiten, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 2, S. 109-115.

Kühnert, Sabine/Schnabel, Eckart, (1996):

Gegenwärtige Personalsituation und Qualifizierungserfordernisse in der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 6, S. 411-417.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (Hg.) (1996):

Spezielle Probleme der häuslichen (durch ambulante Dienste unterstützten) Pflege dementer und psychisch erkrankter älterer Menschen, KDA, Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (1999a):

Qualität in der Pflege soll verbessert werden. Gemeinsame Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und der "Aktion gegen Gewalt in der Pflege", in: www.kda.de/presse/pm130899.htm.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (1999b):

KDA: Pflegedienste und Heime brauchen mehr Fachkräfte. Missstände durch bessere Planung und Organisation beseitigen, in: Background 2/1999, S. 16-17.

Lamby, E., (1996):

Schlechte Erfahrungen mit ambulanten Pflegediensten, in: Fortschritte der Medizin 10/1996, S. 24-25.

Legband, Michael, (1999):

Pflegeskanandal: Patienten werden vernachlässigt, in: www.welt.de/daten/1999/12/15/1215hh142728.htm.

Levett, Dawn, (2001):

Die Fehler der Vergangenheit, in: Altenpflege 1/2001, S. 28-30.

Lindlahr, Karl O., (1999):

Qualitätssicherung im ambulanten Bereich aus der Sicht des Deutschen Landkreistages, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 107-112.

Loerzer, Sven, (2000):

Alte - oft bis auf die Knochen wund gelegen, in: www.pflege-2000.de/presse/sz000803.htm.

Lucassen, Mary, (2001):

Holland in Not?, in: *Altenpflege* 3/2001, S. 32-35.

Ludwig, Udo/Mascolo, Georg/Meissner, Dirk/Musall, Bettina/Niejahr, Elisabeth/Schmid, Barbara, (1999):

Exitus durch Vernachlässigung, in: www.home.t-online.de/rogahn/spiegel.htm.

Madigan, Elizabeth A./Anderson, Mary Ann, (1999):

Service Delivery Challenges of Nursing Research in Home Health Care. Focus on Research Methods, in: *Research in Nursing & Health*, 22, S. 349-353.

Mager, Hans-Christian, (1996):

Pflegeversicherung und Moral Hazard, in: *Sozialer Fortschritt* 10/96, S. 242-249.

Mager, Hans-Christian/Mangegold, Nils, (1999):

Pflegesicherung in Österreich, in: Eisen, Roland/Mager, Hans-Christian (Hg.), *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern*, Leske+Budrich, Opladen, S. 335-352.

Mai-Dorn, Heidrun, (1998):

Ein ambulanter Dienst läßt sich zertifizieren - Erfahrungen auf dem Weg zum DGfK-Gütesiegel, in: Blonski, Harald (Hg.), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen*. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 191-198.

Maisch, H., (1996):

Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29. Jg., H. 3, S. 201-205.

Mara, Cynthia M./Ziegenfuss, James T./Bentley, J.Marvin, (1999):

Commentary: methodological issues for quality management in long-term care, in: *American Journal of Medical Quality*, Vol. 14, No. 6, S. 235-241.

Markus, Katrin, (1998):

Nicht ohne den Bewohner. Kundenorientierte Qualitätsentwicklung erfordert eine stärkere Einbeziehung der HeimbewohnerInnen, in: *Altenpflege* 2/1998, S. 62-64.

Maslow, Katie, (2000):

Measuring satisfaction in long-term care: "How to?" and other more troublesome questions, in: *The Gerontologist*, Vol. 40, No. 6, S. 752-756.

Mastal, Peg, (1999):

New signposts and directions of quality in ambulatory nursing care, in: *Nursing Economics*, Vol. 17, No. 2, S. 103-104.

Mayer, Birgit, (1999):

Qualitätssicherung im ambulanten Bereich aus der Sicht des Diakonischen Werkes der EKD, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), *Qualitätssicherung in der Pflege*, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 99-106.

Mayer, Peter P./Dickinson, Edward J./Sandler, Martin, (Hg.) (1997):

Quality care for elderly people, Chapman & Hall Medical, London, New York.

MDS e.V., (Hg.) (2000):

MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege, Eigenverlag, Essen.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), (1996):

MDK-Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege, Selbstverlag.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), (1999):

Anforderungen des MDK an die Qualitätssicherung in der Pflege nach SGB XI, Arbeitsheft 1, Sieber Dialog, Jengen.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Lande Bremen, (2000):

Statistische Auswertung der Ergebnisse der bisher durchgeführten ambulanten Qualitätsprüfungen.

Mei-Yen, Chen, (1999):

The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers, in: *Public Health Nursing*, Vol. 16, No. 2, S. 125-132.

Meier-Baumgartner, H.P., (1999):

Dokumentation/Qualitätssicherung (Editorial), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 1, S. 1-2.

Meier-Baumgartner, H.P./Püschel, K., (1996):

Alter und Gewalt, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 167-168.

Meierjürgen, Rüdiger, (1997):

Case Management und Reha-Beratung, in: Arbeit und Sozialpolitik 7+ 8/1997, S. 17-24.

Meyer, Jörg Alexander, (1997):

Die Euphorie ist vorbei. Die ambulante Pflege nach der Einführung der Pflegeversicherung und vor den Einschnitten in die häusliche Krankenpflege, in: Mabuse 1+2/1997, S. 22-24.

Miller, Edward A./Weissert, William G./Chernew, Michael, (1998):

Managed care for elderly people. A compendium of findings, in: American Journal of Medical Quality, Vol. 13, No. 3, S. 127-140.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), (Hg.) (1995):

Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen. Bestandsanalyse in typischen Regionen, Düsseldorf.

Mitchell, Pamela H./Shortell, Steven M., (1997):

Adverse outcomes and variations in organization of care delivery, in: Medical Care, Vol. 35, No. 11, S. 19-32.

Mittelstaedt, Ekkehard, (2000):

Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung: Ambulante Pflegedienste lassen ihre Qualität prüfen, in: Pflegen ambulant 2/2000, S. 58-59.

Moldenhauer, Bernd, (1996a):

Assessments im Rahmen der Qualitätssicherung der Pflege, in: Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe (Hg.), Pflegeversicherung: Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung, Schattauer, Stuttgart u.a., S. 172-180.

Moldenhauer, Bernd, (1996b):

Qualitätsentwicklung - Qualitätsmanagement - Qualitätssicherung. Von der Qualitätskontrolle der Kassen zur freiwilligen Zertifizierung, in: Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe (Hg.), Pflegeversicherung: Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung, Schattauer, Stuttgart u.a., S. 158-172.

Moriarty, Jo, (2000):

Politik für eine bessere Pflege. Großbritannien bemüht sich um die Unterstützung für ältere Menschen und für Pflegenden - Der europäische Kontext im Wandel, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10/2000, S. 212-216.

Morris, John N./Hawes, Catherine/Murphy, Katharine et al./ Übersetzung ins Deutsche von Garms-Homolová,

Vjenka/Gilgen, Ruedi/Weiss, Ursula, (1996):

Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Forum, Band 28, Köln.

Morris, R./ Caro, F.G./Hanson, J.E., (1998):

Personal assistance. The future of home care, The John Hopkins University Press, Baltimore, London.

MT-Bericht, (1999):

Abpausen und "Auslitern"! Wird das Ulkus wirklich kleiner?, in: www.medical-tribune.de/020gesundheit/030mt_bericht/Ulkus.html.

Müller, Joachim F.W./Treike, Sabine, (1998):

Von der Qualitätstheorie zur Qualität der Praxis. Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Altenhilfe, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen. Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 95-120.

Müller, Klaus/Thielhorn, Ulrike, (2000):

Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten, Kohlhammer, Stuttgart.

Müller, Matthias, (1999):

Rotkäpchen und Herr Wolf vom MDK. Ein satirisch-poetischer Streifzug durch die Märchenliteratur, in: Background 3/1999, S. 26-27.

Mullner, R.M./Jewell, M.A./Mease, M.A., (1999):

Monitoring changes in home health care: a comparison of two national surveys, in: Journal of Medical Systems, Vol. 23, No. 1, S. 21-26.

Murphy, Katherine M./Morris, John N./Fries, Brant E./Zimmerman, David R., (1998):

Minimum Data Set: gegenwärtige und künftige Entwicklung in den USA, in: Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Hg.), Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer, Stuttgart, S. 285-301.

Muthny, Fritz A./Bermejo, Isaac, (1999):

Fortbildungs- und Supervisionsbedarf in der Altenpflege, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 262-269.

National Association for Home Care, (Hg.) (1998):

Official state data reveal more than doubling of home health agency closures, Author, Washington.

Neumann, Eva-Maria, (1998):

Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzkranken und Entlastungsangebote - Ergebnisse des Symposiums vom 20.09.1997 in Leipzig, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 11. Jg, H. 2, S. 49-50.

Neumann, Eva-Maria, (1999):

Arbeitsbelastungen in der Altenpflege und ihre Folgen: Entwicklungs- und Forschungsbedarf, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 287-304.

Niederfranke, Annette/Greve, Werner, (1996):

Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 169-175.

Niehörster, Gabriele/Vahrenhorst, Vjenka, (1994):

Kommentierte Bibliographie zur Pflegequalität, Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Berlin.

Noelker, Linda S./ Harel, Zev, (2001):

Linking quality of long-term care and quality of life, Springer, New York.

o.A.,

König Kunde kennenlernen. Ergebnisse einer anonymen Befragung von 271 KundInnen ambulanter Pflegedienste in Gelsenkirchen, in: www.altenhilfe.de/cfscripts/hp_archiv_art_detta.CFM?hpttestneu_ID=12.

o.A., (1998):

Was leisten Qualitätszirkel? Drei Fragen an ISPO-Geschäftsführer Werner Göpfert-Divivier, in: Forum Sozialstation 12/1998, S. 6.

o.A., (1999):

Protokoll einer MDK-Prüfung. Schlechte Noten für die Pflegedokumentation, in: Forum Sozialstation 2/1999, S. 15.

o.A., (2000a):

Senioren - abgeschoben und unter Drogen gesetzt, in: www.vdi-nachrichten.de/redaktion/akt-ausg.asp?id=3276.

o.A., (2000b):

Mangelernährung fördert das Wundliegen, in: Frankfurter Rundschau vom 22.04.2000.

o.A., (2000c):

BDA von allen guten Geistern verlassen? Miserabler Pflegedienst bekommt Gütesiegel beschert, in: Background 2/2000, S. 10.

o.A., (2000d):

Aktuelle Rechtsprechung: Dekubitus als Pflegefehler, in: Altenheim 12/2000, S. 12.

o.A., (2000e):

Neue Vergütungen in der ambulanten Pflege. Qualität in der ambulanten Pflege in Hamburg wird gestärkt, in: www.hamburg.de/Behoerden/P...dungen/200/maerz/w13/di/news.htm.

o.A., (2001):

Kunden, die ihr Herz an den Pflegedienst hängen. Ergebnisse aus dem IKK-Modellprojekt zur ambulanten Pflege, in: Forum Sozialstation 2/2001, S. 8-9.

Obst, Wolf-Dieter, (2000):

Ermittlungen um Pflegefall, in: www.stuttgarter-nachrichten.de/dc1/html/news-stn/20000822loka0011.shtml.

Olshevski, Jodi L./Katz, Anne D./Knight, Bob G., (1999):

Stress reduction for caregivers, Brunner & Mazel, Philadelphia.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), (Hg.) (1999):

A caring world. The new social policy agenda, OECD, Paris.

Pacolet, Josef/Bouten, Ria/Lanoye, Hilde/versieck, Katia, (1998):

Sozialschutz bei Pflegebedürftigkeit im Alter in den 15 EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen, Europäische Kommission, Reihe: Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, Luxemburg.

Palmer, R./ Chapman, R.H., (1997):

Quality of care for medicare beneficiaries: implications of changing health care financing mechanisms, Public Policy Institute, Washington.

Paritätische Wohlfahrtsverband, (1999):

Qualitätssicherung: Prozeßstandards in der ambulanten Pflege, Paritätische Verlagsgesellschaft mbH, Frankfurt am Main.

Paul, Walter, (1996):

Ein Puzzle aus Mängeln und Konzepten. Die Pflegevisite als Element der Qualitätssicherung, in: Altenpflege 3/1996, S. 197-201.

Pick, Peter, (1996):

Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der stationären Pflege, in: NDV 9/1996, S. 296-298.

Pick, Peter/Brüggemann, Jürgen, (2000):

Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung aus der Sicht des MDK. Unveröffentl. Manuskript, in: unveröffentl. Manuskript.

Pillinger, Jane, (2001):

Quality in social public services (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions), Dublin.

Pilzecker, Ute, (1999):

Keine Angst mehr, wenn der Prüfer kommt. Der "Fahrplan" des MDK Schleswig-Holstein, in: Häusliche Pflege 12/1999, S. 42-45.

Plück, Stefan/Giersberg, Alfred, (1998):

Pflegepersonen zu Hause schulen. Qualität systematisch beeinflussen, in: Forum Sozialstation 4/1998, S. 40.

Pöhlmann, K./Hofer, J., (1997):

Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 5, S. 381-388.

Polak, Ute/Garms-Homolová, Vjenka, (1999):

Arbeitsbelastung durch neue Anforderungen in der ambulanten Pflege, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 215-226.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, (2000a):

Bessere Versorgung Demenzkranker. Eckpunktpapier zur Förderung der Tagespflege als erster Schritt, in: Sozialpolitische Umschau, Nr. 37/2000.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, (2000b):

Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Eckpunktpapier zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, in: Sozialpolitische Umschau, Nr. 36/2000.

Prinz, Aloys, (1995):

Die Auswirkungen des Gesetzes über die Pflegeversicherung auf das Angebot an Pflegeleistungen, in: Fachinger, Uwe/Rothgang, Heinz, Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 27-53.

Pröfener, Franz, (2000):

Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe, in: NDV 11/2000, S. 394-396.

Prümmer, Monika, (1997):

"Die trinken doch nur Kaffee!" Angehörigenarbeit ist durch Vorurteile belastet. Dabei ist sie ein wichtiger Aspekt der internen Qualitätssicherung, in: Altenpflege 6/1997, S. 36-39.

Psychologische Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen der AWO Bremen, (1997):

Gewalterfahrungen in der Pflege. Dokumentation der Fachtagung vom 15. April 1997 in Bremen.

- Püschel, K./Heinemann, A./Seibel, O./Lockemann, U./Matschke, J./Seifert, D./Tsokos, M., (1999):**
Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau. Jahreserhebung 1998, Selbstverlag, Hamburg.
- Püschel, K./Meier-Baumgartner P./Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C., (1999):**
Dekubitus - Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten. Retrospektive Fallstudie in einem Kollektiv von 140 Sterbefällen des Jahres 1998 mit Dekubitus Grad III oder IV zum Todeszeitpunkt, Selbstverlag, Hamburg.
- Rantz, Marilyn J., (1998):**
Outcome based quality improvement for long-term care: using MDS, process and outcome measures, Aspen Publishers, Gaithersburg.
- Rantz, Marilyn J., (1995):**
Quality measurement in nursing: where are we now?, in: Journal of Nursing Care Quality, Vol. 9, No. 2, S. 1-7.
- Reck-Hog, Ursula/ Klink, Günter, (1998):**
Kundenorientierte Pflege: Prüfung von ambulanten Pflegediensten durch die TÜV Rheinland Gruppe, TOSU GmbH, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen., Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 171-180.
- Redmann, Jutta, (2000):**
Gewalt gegen Alte durch überforderte Pflegekräfte und Angehörige. Krisenberatungsstellen klagen über fehlende Unterstützung, in: Frankfurter Rundschau, Nr. 213/2000.
- Reinschmidt, Heidi, (2000):**
Enttäuschte Hoffnungen. Dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz fehlt es an Qualität, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10/2000, S. 204-206.
- Reschl-Rühling, Gerda, (1999):**
Erwartungen an die Ausbildung und den Beruf des Altenpflegers, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 1, S. 24-28.
- Richter, Eva, (2000):**
Prüfen ohne Beratung reicht nicht. MDS-Schelte für Qualitätsgesetz, in: Forum Sozialstation 6/2000, S. 10.
- Riekse, R.J./Holstege, H., (1996):**
Growing older in America, McGraw-Hill, New York.
- Risse, Thomas, (1996):**
Industrienormen nun auch für die Pflege?, in: Pflege Aktuell 6/1996, S. 408-411.
- Robitzsch, Monika, (1999):**
Qualitätszirkel - eine runde Sache. Soziale Organisationen: Probleme praxistauglich und effizient lösen lernen, in: Forum Sozialstation 6/1999, S. 16-21.
- Roether, Dorothea/Kunze, Heike, (1995):**
Lebenssituation alter Menschen - Ein Ost-West-Vergleich, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., H. 4, S. 263-272.
- Rosen, Amy K./Berlowitz, Dan R./Anderson, Jennifer J./Ash, Arlene S./Kazis, Lewis, E./Moskowitz, M., (1999):**
Functional status outcomes for assessment of quality in long-term care, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 11, No.1, S. 37-46.
- Rosendahl, Bernhard, (1999):**
Kommunalisierung und korporative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung. Wirkungsanalyse regionaler Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen, Lit, Münster.
- Roth, Günter, (1999a):**
Die Institution der kommunalen Sozialverwaltung: Die Entwicklung von Aufgaben, Organisation, Leitgedanken und Mythen von der Weimarer Republik bis Mitte der neunziger Jahre (Schriften zur Wirtschafts- und Socialgeschichte Bd. 56), Duncker & Humblot, Berlin.
- Roth, Günter, (1999b):**
Auflösung oder Konsolidierung korporatistischer Strukturen durch die Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 45. Jg., H. 5, S. 418-446.
- Roth, Günter, (2000a):**
Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen, in: Sozialer Fortschritt 8/2000, S. 184-192.

Roth, Günter, (2000b):

Fünf Jahre Pflegeversicherung: Die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur - Eine kommunal- und regionalpolitische Analyse, in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H. 11, S. 964-987.

Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (1999a):

Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 7. Jg., H. 4, S. 307-336.

Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (1999b):

Stop der "Preiswalze"? Führt das Pflege-Versicherungsgesetz zu einer Angleichung und Begrenzung der Heimentgelte?, in: ZeS-Arbeitspapier Nr. 11/1999 (Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen).

Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (2001):

Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34.Jg., Heft Nr. 4, S. 292-305.

Rothgang, Heinz, (1997):

Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse, Campus, Frankfurt am Main.

Rothgang, Heinz, (2000a):

Wettbewerb in der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform 5/2000, S. 423-448.

Rothgang, Heinz, (2000b):

Die Pflegeversicherung: Kernstück der Altenpflegepolitik der letzten drei Dekaden, in: Schulz-Nieswandt, Frank/Schewe, Gisela (Hg.), Sozialpolitische Trends in Deutschland in den letzten drei Dekaden. Eve-Elisabeth Schewe zum 70. Geburtstag, Duncker & Humblot, Berlin, S. 59-86.

Rothgang, Heinz, (2000c):

Pflegebedarfsplanung in Deutschland - Gegenstand, Bilanz und Perspektiven, in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H.11, S. 1003-1021.

Rothgang, Heinz, (2001):

Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestags, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgänger, Annegret, (1998):

Elemente der Strukturqualität. Die personelle und sachliche Ausstattung von ambulanten Einrichtungen nach § 80 SGB XI, in: Pflegen ambulant 5/19/98, S. 29-32.

Rückert, Willi, (1997):

Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Pflegesatzermittlung: Modell "Holland" könnte hierzulande Vorbild sein, in: Pro Alter 1/1997, S. 37-38.

Runde, Peter/Giese, Reinhard, (1999):

Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) auf die Pflegeübernahme und die Pflegeorganisation, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 4+5/1999, S. 339-362.

Runde, Peter/Giese, Reinhard/Kerschke-Risch, Pamela/Scholz, Uwe/Wiegel, Dieter, (1997):

Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Leistungsempfängern der Pflegeversicherung (hrsgg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 271), Bonn.

Runde, Peter/Giese, Reinhard/Vogt, K./Wiegel, Dieter, (1999):

Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band II: Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten, Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Hamburg.

Sackmann, Michael, (1999):

Der andere Weg zum Wohlbefinden. Eine Einrichtung in Hildesheim hat gute Erfahrungen mit dem Instrument der Zufriedenheitsplanung gemacht, in: Altenpflege 5/1999, S. 31-34.

Saito, E./Shirato, M./Kanagawa, K./Sagawa, Y./Nakamura, M., (1999):

Incidence proportion estimation, prevalence and effective visiting nurse care of pressure ulcers, in: Japanese Journal of Public Health, Vol. 46, No. 12, S. 1084-1093.

Sale, Diana, (1996):

Quality assurance: for nurses and other members of the health care team, Macmillan, Basingstoke.

Sayle, C., (1996):

Kunden zur Kritik ermuntern. Erster vom TÜV auf Kundenorientierung geprüfter Pflegedienst, in: VDAB-Journal Durchblick 3/1996, S. 3-4.

Schacke, C./Zank, S., (1998):

Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differentielle Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 5, S. 355-361.

Schaeffer, Doris, (1997):

Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5. Jg., H. 1, S. 83-95.

Schaeffer, Doris, (1999):

Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 7. Jg., H. 3, S. 233-251.

Schaper von, Angelika, (1999a):

Pflegeprozess als Meilenstein. Diakoniestationen: Niveauvolle Pflege managen., in: Forum Sozialstation 12/1999, S. 42-43.

Schaper von, Angelika, (1999b):

Qualitätssicherung im ambulanten Bereich aus der Sicht der Diakonie-Sozialstation Moers, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 113-118.

Schiffer, Paul-Jürgen, (1999):

Qualitätssicherung im ambulanten Bereich aus der Sicht des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 89-98.

Schild-Woestmeyer, Karin/Dietz, Berthold, (1998):

Schulungen auf Erfolgskurs. In Münster wird das Angebot an Pflegekursen koordiniert, in: Forum Sozialstation 12/1998, S. 40-43.

Schmid, Josef, (1996):

Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme, Opladen.

Schmidt, Manfred G., (1998):

Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Leske+Budrich, Opladen.

Schmidt, Manfred G., (1999a):

Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfaßter Länder, in: Politische Vierteljahresschrift 2/1999, S. 229-245.

Schmidt, Manfred G., (1999b):

Immer noch auf dem "mittleren Weg"? Deutschlands Politische Ökonomie am Ende des 20. Jahrhunderts (Arbeitspapier des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen Nr. 7).

Schmidt, Roland, (1996):

Neupositionierung im Konkurrenzgeflecht -- Ambulante Pflegedienste zwischen Entwicklungschancen und Überlebensrisiken - Wachsen oder weichen?, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 10/1996, S. 285-289.

Schmidt, Roland, (1998a):

Qualität in der ambulanten Pflege, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 7/1998, S. 259-263.

Schmidt, Roland, (1998b):

Qualität in der Pflege: Zwischen Vertragsrecht und Preiswettbewerb -- Besonderheiten der Qualitätssicherung im SGB XI, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 5+6/1998, S. 124-128.

Schmidt, Roland, (Hg.) (1999):

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit, Bd.1, Mabuse, Frankfurt am Main.

Schmidt, Roland, (2000):

Schöne neue Pflegewelt. Die Preisgestaltung in korporativen Strukturen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10/2000, S. 199-201.

Schmidt, Waldemar/Kauss, Thomas/Kühnert, Sabine/Naegele, Gerhard/Schnabel, Eckart, (1997):

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. Ergebnisse eines Modellprojekts, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 6, S. 430-438.

Schmidt-Birk, Annette, (1998):

Umfassendes Qualitätsmanagement im ambulanten Pflegedienst. Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen auf Grundlage der international anerkannten Normenreihe DIN EN ISO 9000ff, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen., Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 181-190.

Schmoecker, Mary, (1996):

Erste Erfahrungen mit der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich und Konsequenzen für den Handlungsbedarf und die Entwicklung des Gesamtsystems., in: Rumpflin, Theresia (Hrsg.), Leben mit der Pflegeversicherung., Frankfurt am Main, S. 31-38.

Schnabel, Eckart/Schönberg, Frauke, (1998):

Standards und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Abschlußbericht einer Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Dortmund.

Schneekloth, Ulrich, (1997):

Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 1, S. 163-172.

Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo, (2000):

Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München, Nomos, Baden-Baden.

Schnell, Rainer/Hill, Paul/Esser, Elke, (1992):

Methoden der empirischen Sozialforschung, München, Oldenbourg.

Schnelle, John F./Ouslander, Joseph G./Cruise, Patrice A., (1997):

Policy without technology: a barrier to improving nursing home care, in: The Gerontologist, Vol. 37, No. 4, S. 527-532.

Schölkopf, Martin, (1998):

Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen, in: Sozialer Fortschritt 1/1998, S. 1-9.

Schölkopf, Martin, (1999a):

Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischen Bedarfsdeckung und Marginalisierung. Eine Analyse der Expansion der Pflegedienste im Bundesländervergleich. Diss. Universität Konstanz, erscheint bei Leske + Budrich, Opladen.

Schölkopf, Martin, (1999b):

Altenpflegepolitik - an der Peripherie des Sozialstaats? Die Expansion der Pflegedienste zwischen Wohlfahrtsverbänden, Ministerialbürokratie und Parteien, in: Politische Vierteljahresschrift, 40. Jg., H. 2, S. 246-278.

Schölkopf, Martin, (1999c):

Altenpflegepolitik in Europa: Ein Vergleich sozialpolitischer Strategien zur Unterstützung pflegebedürftiger Senioren, in: Sozialer Fortschritt 11/1999, S. 282-291.

Schomburg, Ingo, (1996):

Kontinuierliche Verbesserung durch Qualitätsbeauftragte, in: Pflege Aktuell 6/1996, S. 412-415.

Schönberg, Frauke, (2000):

Entwicklung verbraucherorientierter Qualitätskriterien für die Pflege. Projekt im Auftrag der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund.

Schröder, Birgit, (2000):

Die Bedeutung von Pflegestandards in der häuslichen Pflege, in: www.thema-altenpflege.de/pinnwand/pfstandard.htm.

Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d., (1992):

Preisbildung im Gesundheitswesen, in: Andersen, Hanfried H.(Hg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Edition Sigma, Berlin, S. 111-134.

Schulin, Bertram, (1994):

Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI - Grundstrukturen und Probleme, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 10/1994, S. 433-480.

Schulte, Bernd, (1996):

Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Altenhilfe in Europa. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 132.1), Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.

Schütte, Wolfgang, (1996):

Konsumentenschutz und Qualitätssicherung durch Pflegeverträge, in: NDV 8/1996, S. 257-262.

Schwarz, A., (2000):

Erfahrungen mit Projektarbeit, in: Wierz, V.; Schwarz, A.; Gervink, S. (Hg.), Qualität in der Pflege., Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, S. 41-56.

Schwarz, Günther/Lange Simone, (2000):

Grenzen und Nischen. Wie gut können ambulante Dienste die Pflege Demenzkranker gewährleisten? Eine Studie aus Stuttgart hat erschreckende Ergebnisse zu Tage gefördert, in: Altenpflege 1/2000, S. 47-51.

Schweikart, Rudolf, (1999):

Care Management, in: Göpfert-Divivier, Werner/Robitzsch, Monika/Schweikart, Rudolf (Hg.), "Qualitätsmanagement" und "Care Management" in der ambulanten Pflege (hrsgg. Vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 76-120.

Seitz, Martin/Tews, Bernd, (1999):

Der Pflege-TÜV. bpa und TÜV Süddeutschland konzipieren Qualitätssicherungssystem, in: Häusliche Pflege 9/1999, S. 45-47.

Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E./Arnold, Angela G., (1994):

Measuring and assuring the quality of home health care, in: Health Care Financing Review, Vol. 16, S. 35-67.

Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E./Arnold, Angela G., (1997a):

Outcomes across the care continuum. Home health care, in: Medical Care, Vol. 35, No. 11, S. 115-123.

Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E./Arnold, Angela G., (1997b):

Addendum: Outcomes across the care continuum. Home health care, in: Medical Care, Vol. 35, No. 12, S. 1225-1226.

Shaughnessy, Peter W./Hittle, D.R./Powell, M.C./Schlenker, Robert E./Beaudry, J, (1997c):

Assessing the utility of risk-adjusted outcome measures for home health care, in: Center for Health Services and Policy Research (Hg.), Abstract Book; Vol. 14, Denver, S. 204-205.

Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E., (1998):

Outcome-based quality improvement in home health care: The OASIS Indicators, in: Quality Management in Health Care 7/1998, S. 58-67.

Shepherd, Geoff/Muijen, Matt/ Dean, Rachel/Cooney, Margaret, (1996):

Residential Care in Hospital and in the Community - Quality of Care and Quality of Life, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 168, No. 4, S. 448-456.

Shyu, Yea-Ing Lotus./Liao Mei-Nan/Shao, Jung-Hua/Chia-Ling Yang, (1999):

A Survey of Home Nursing Services in Taiwan, in: Public Health Nursing, Vol. 16, No. 6, S. 432-440.

Sieveking, Klaus, (Hg.) (1998):

Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Sloss, Elizabeth M./Solomon, David H./Shekelle, Pauls G./Young, Roy T. u.a., (2000):

Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults, in: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 48, No. 4, S. 363-369.

Smith, C.E., (1999):

Caregiving effectiveness in families managing complex technology at home: replication of a model, in: Nursing Research, Vol. 48, No. 3, S. 120-128.

Smith, Maureen A./Atherly, Adam J./Kane, Robert L./Pacala, James T, (1997):

Peer Review of the Quality of Care: Reliability and Sources of Variability for Outcome and Process Assessments, in: The Journal of the American Medical Association, Vol. 278, No. 19, S. 1573-1578.

Soberman, Liane R./Murray, Michael/Norton, Peter G./Maris, Barbara van, (2000):

The Domains of Satisfaction in Long-Term Care, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction Surveys in Long-Term Care, Springer, New York, S. 29-51.

Soppart, Claudia, (1999):

Qualitätssicherung in der Pflege - Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen aus der Sicht des MDK Nordrhein, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 127-134.

Sowinski, Christine, (1998):

Das große Puzzle: ein Konzept entsteht. Handbuch für Pflegedienst, in: Forum Sozialstation 10/1998, S. 18-22.

Sowinski, Christine, (1998a):

KDA-Gutachten zu Haftungsfragen löst Wirbel aus - Verhaftet zu einwandfreier Pflege, in: Forum Sozialstation 6/1998, S. 24-27.

Sowinski, Christine, (1998b):

Minimum Data Set: Voraussetzung für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Schwierigkeiten mit Pflegedokumentation, Pflegeplanung und -prozeß aus Sicht der Aus-, Fort und Weiterbildung -- Chancen für das Minimum Data Set, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Spaniol-Höfner, Petra/Gnädig, Helmut/Steiner, Peter, (1999):

Die Qualitätsprüfung des MDK. Erfahrungen und Ergebnisse aus Prüfungen in Baden-Württemberg, in: www.altenhilfe.de/cfscrip/hp_art_deta.cfm?hptestneu_ID=386.

Stadtseniorenrat der Stadt Nürnberg, (2000):

Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege. 1. Tätigkeitsbericht, Nürnberg.

Staub-Bernasconi, Silvia, (1999):

Ein fachlich begründetes Qualitätssicherungsinstrument, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 1+2/1999, S. 28-31.

Steckkönig, Ulrike, (2000):

Neues Gesetz soll die Rechte der Pflegebedürftigen stärken, in: Ärzte Zeitung Nr. 74 vom 20.04.2000, S. 7.

Steinhagen-Thiessen, Elisabeth, (Hg.) (1998):

Das Geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Stern Magazin, (1999):

Nur nicht alt werden, in: www.stern.de/magazin/deutschland/199/03/pflegedienste-1.html.

Strümpel, Charlotte/Zank, Susanne, (1994):

Zur Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in der Altenpflege: Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 7. Jg., H. 4, S. 239-252.

Stuck, A., (1998):

Präventive Hausbesuche mit geriatrischem Assessment. Internationaler Forschungsstand und praktische Zukunftsperspektiven, in: Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Hg.), Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer, Stuttgart, S. 155-168.

Stuhlmann, W./Kretschmar, Ch., (1995):

Gewalt in dyadischen Pflegebeziehungen, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., H. 1+2, S. 17-21.

Tai, Elsie, (2000):

OSHA compliance management: a guide for long-term health care facilities, Lewis Publishers, Boca Raton.

Tamiya, N./Shichita, K./Takasaki, K./Kadoishi, H./Takahashi, M./Yamahara, M., (2000):

Outcome based quality-improvement methods in visiting nursing services (VNS) in Japan: practical report and feasibility, in: Japanese Journal of Public Health, Vol. 47, No. 4, S. 350-363.

Tews, Bernd, (1999):

Qualitätssicherung im ambulanten Bereich aus der Sicht des Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 119-125.

Tews, H.P./Klie, Th./Schütz, R., (Hg.) (1996):

Altern und Politik, Bibliomed, Melsungen.

The Royal Commission on Long-Term Care, (1998):

Evidence from the Royal College of Nursing to the Royal Commission on long-term care, in: *Elderly Care* Vol. 10, No. 3, S. 6-11.

The Royal Commission on Long Term Care, (Hg.) (1999):

With respect to old age: Long term care - rights and responsibilities, in: www.official-documents.co.uk.

Tophoven, Christina, (1995):

Case-Management - Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem, in: *Sozialer Fortschritt* 7/1995, S. 162-166.

Tüshaus, Hans-Joachim, (1998):

Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, in: *Alten- und Pflegezentrum Main-Kinzig-Kreis (Hg.), Altenhilfe - Geschäft oder Nächstenliebe? Dokumentation der Hessischen Altenpflegetage 1998, Baumann Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach, S. 85-93.*

TÜV Rheinland/Berlin-Brandenburg, (o.A.):

TÜV-Prüfverfahren für ambulante Pflegedienste und Sozialstationen hat sich bewährt, in: www.thema-altenpflege.de/aktuell/presse/art107.htm.

Uman, Gwen C./Hocevar, Dennis/Urman, Harold N./Young, Roy/Hirsch, Maureen/Kohler, Susan, (2000):

Satisfaction Surveys with the Cognitively Impaired, in: *Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction Surveys in Long-Term Care, Springer, New York, S. 166-186.*

Verbraucher-Zentrale des Landes Bremen e.V., (Hg.) (2000):

Entwurf einer Charta der Pfegerechte, Bremen.

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., (1997):

Abschlußbericht zum Projekt Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege, Hamburg.

Vitt, Gabi, (1999):

Auswirkungen der Konkurrenz in der ambulanten Pflege, in: *Pflege Aktuell* 3/1999, S. 136-139.

Vollhardt, Bodo, (1999):

Was wissen wir über Gewalt in Pflegebeziehungen?, in: *Hirsch et al, Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner HsM-Studie Versorgung von Pflegeabhängigen), Bonn, S. 169-178.*

Vollmer, Rudolf J., (1994):

Externe Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege (SGB XI), in: *Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe, KDA, Köln, S. 33-48.*

Wachter-Kreder, Ursula, (1997):

Qualitätsorientierte Pflege. Pflegestandards in der ambulanten Pflege, in: *Krankenpflege Journal* 1+2/1997, S. 5-9.

Wagner, D.L./Creedon, M./Sasia, I./Neal, M., (1989):

Designing effective responses for the work place, CT, Bridgeport.

Wagner, Karin, (1998):

Pflege setzt auf Qualität, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 11/1998, S. 6.

Wagschal, Uwe, (1999):

Statistik für Politikwissenschaftler, München/Wien, Oldenbourg.

Walker, Alan/Maltby, Tony, (1997):

Ageing Europe, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

Ward-Griffin, C./McKeever, P., (2000):

Relationship between nurses and family caregivers: partners in care?, in: *Advances in Nursing Science*, Vol. 22, No. 3, S. 89-103.

Wasilewski, Rainer/Faßmann, Hendrik/Mattmüller, Ursula/Vogel, Georg, (1995):

Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie, 13, Institut für empirische Soziologie, Nürnberg.

Watson, R., (1998):

Continuing the care debate, in: *Elderly Care* Vol. 10, No. 1, S. 20-21.

Weber, Johannes, (1998):

Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege durch aufsuchende Beratungsdienste im Stadtteil, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 29. Jg., Heft 4, und 30. Jg., Nr.198/1999, S. 365-384.

Weerenbeck, Juliane/Bungter, Ulrike, (1997):

Beratung unter Dach und Fach der Pflege, in: Forum Sozialstation 4/1997, S. 48-50.

Weh, Bernhard/Sieber, Hannes, (1995):

Pflegequalität, Urban & Schwarzenberg, München.

Weiß, Thomas, (1998):

Europaweit pflegen. Der Europäische Gerichtshof und die "Europäisierung" der Pflegesicherung, in: Häusliche Pflege 5/1998, S. 44-46.

Wetzels, P./Greve, W., (1996):

Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 191-200.

Wierz, V./Schwarz, A., (2000):

Qualitätssicherung in der Pflege, in: Wierz, V.; Schwarz, A.; Gervink, S. (Hg.), Qualität in der Pflege., Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, S. 15-40.

Wierz, Volker, (2000):

Qualität in der Pflege: Beispiele aus der Praxis, Kohlhammer, Stuttgart u.a..

Wilz, G./Adler, C./Gunzelmann, T./Brähler, E., (1999):

Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit - Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 4, S. 255-265.

Wingenfeld, Klaus, (1999):

Konzepte und Maßnahmen zur Sicherstellung des Übergangs von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zur Betreuung durch Pflegeeinrichtungen (Teilstudie im Rahmen des Projektes "Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen" im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen), Eigenverlag, Düsseldorf.

Wingenfeld, Klaus/Schaeffer, Doris, (2001):

Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34. Jg., H. 2, S. 140-146.

Wittenius, Ullrich, (2000):

Dokumente zum Qualitätsmanagement - Konzept der Arbeiterwohlfahrt, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 11/2000, S. 433-435.

Zank, Susanne/Maier, Heiner, (1999):

Professionalisierung in der Altenpflege: Spezifische Trainingseffekte eines evaluierten Fortbildungsprogramms für Pflegekräfte, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 275-286.

Zank, Susanne/Schacke, Claudia, (1998):

Belastungen pflegender Angehöriger und ihre Erwartungen an gerontopsychiatrische und geriatrische Tagesstätten, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 11. Jg., H. 2, S. 87-95.

Zenz, A./Bokelmann, M./Zink, J., (1999):

Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste nach § 80 SGB XI durch den MDK Baden-Württemberg. Endbericht über die Prüfungsergebnisse im Zeitraum Juli 1997 bis August 1999.

Zietzschmann, Helga, (2000):

Konflikte am Arbeitsplatz Pflege, Schattauer, Stuttgart, New York.

Zimmer, Andreas, (1998):

Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 6, S. 417-425.

Zimmer, Andreas, (1999):

Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege: Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, S. 170-184.

Zimmer, Andreas/Barthelme, Gerinde/Ihsen, Michael/Polak, Ute, (2000):

Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland. Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Qualifizierungskonzepte für die Sozialwirtschaft (QS), Heidelberg.

Zimber, Andreas/Weyerer Siegfried, (Hg.) (1999):

Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen.

Zimber, J./Gaeth, K./Weyrer, S., (1996):

Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Altenheimbewohnern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal?, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9. Jg., H. 3, S. 167-179.