



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Qualitätsmängel und Regelungsdefizite



der
Qualitätssicherung
in der ambulanten
Pflege.

**Zusammenfassende Erläuterungen
zu einem Forschungsbericht der
FFG Forschungsgesellschaft für
Gerontologie e. V. an der Universität
Dortmund**



Einleitung	3
Der Forschungsbericht	5
I. Der Pflegeboom	7
II. Grundsätzliche Fragen	9
III. Qualitätssicherung: Geltende Regelungen Eine Zusammenstellung der gesetzlichen Grundlagen	12
IV. Wer pflegt wen? – Informationsdefizite	16
V. Die Expertensicht: Vorschläge und Verbesserungsmöglichkeiten	19
VI. Das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Befragung	23
VII. Verbesserungsvorschläge: Was kann, was soll, was muss sich ändern?	29
Stichwortverzeichnis	36



Einleitung

Die professionelle ambulante Pflege vorwiegend älterer Menschen hat sich durch die Einführung der Pflegeversicherung kräftig ausgeweitet. Ein dynamischer Pflegemarkt ist entstanden, der Wunsch nach häuslicher Pflege in den eigenen vier Wänden wird von vielen Diensten aufgegriffen.

Das System der ambulanten Pflege ist in den vergangenen Jahren so vielfältig ausgebaut und verbessert worden, dass es künftig möglich sein wird, immer mehr alte Menschen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung leben zu lassen.

Im Zusammenspiel zwischen ambulanten Diensten und dem Netzwerk der Angehörigen, freiwilligen Helferinnen und Helfern entstehen so neue Pflegearrangements. Sie setzen sich aus einer Mischung von Professionalität und angeleiteter Hilfe zusammen. Im Idealfall arbeitet der spezialisierte Pflegedienst mit in Kursen geschulten Angehörigen und anderen Diensten in der Gemeinde zusammen.

Doch bis dahin ist es noch ein Stück Weg. Zunächst gilt es vor allem die Qualität der ambulanten Dienste zu verbessern und so zu standardisieren, dass jedem „Kunden“ zu seiner Zufriedenheit geholfen wird. Dazu gehört, dass



die Dienste ihr Augenmerk auf die Angehörigen und das Netzwerk der Ehrenamtlichen richten: Ohne sie, ohne ihre kleinen Dienste – Einkaufen, Fenster putzen, miteinander spazieren gehen oder reden – läuft es nicht. Spezialisten und Laien müssen zusammen arbeiten.

VOLKER THOMAS



Der Forschungsbericht

Eine Untersuchung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie an der Universität Dortmund stellt sich Fragen der „*Qualitätsmängel* und *Regelungsdefizite* in der *Qualitätssicherung* der ambulanten Pflege“. Ziel der im Jahre 2000 abgeschlossenen Studie ist es, Antworten auf folgende Fragen herauszuarbeiten: Welche Mängel und Missstände treten bei der professionellen ambulanten Betreuung älterer Menschen auf? Welche Mängel sind grundsätzlich auf die mangelnde Reichweite und Wirkung bestehender Regelungen zurückzuführen? Wo müssen Strukturen nachgebessert werden?

Die Methode der Untersuchung bestand darin, vorhandene Studien und Recherchen auszuwerten, Experten zu interviewen und das Pflegepersonal selbst zu befragen. 21 Experten aus Beratungsstellen, *Angehörigen- und Selbsthilfegruppen*, Seniorenvertretungen, Verbraucherzentralen, Kommunal- und Sozialverwaltungen sowie der *Pflege- und der Krankenkassen* haben sich den Fragen des Autors Günter Roth gestellt. Im Pflegebereich bilden die Datenbasis 107 Dienste mit 533 Mitarbeitern.

Obwohl von über 1000 angeschriebenen Diensten lediglich ca. 10 % antworteten, gibt es einige Gründe, verallgemeinernde Schlüsse aus dieser Befragung anzustellen. Ein zentraler Grund dürfte der sein, dass die vorliegende

↑ Stichprobe eher eine Auswahl der engagierten und quali- →

tativ anspruchsvollen Pflegedienste darstellt. Die festgestellten *Qualitätsmängel* – so der Umkehrschluss – stellen also eher eine „Unter- als eine Überschätzung im Vergleich zur allgemeinen Situation“ dar. Eine Annahme, die auch durch den Vergleich mit Befunden aus *Qualitätsprüfungen* des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gestützt wird.



I.

Der Pflegeboom

Jeder kennt die Kleinwagen mit der Aufschrift „Caritas“, „Diakonie“ oder „AWO“ auf der Fahrertür. Sie kreuzen täglich durch die Wohnviertel, meist zwischen acht und zehn Uhr morgens. Die Fahrerinnen und Fahrer sind Pflegekräfte auf Tour. Unterstützung beim Aufstehen, bei der Körperpflege, Beratungsgespräche, Frühstück machen – das steht meist auf ihrem Programm, manchmal alles zusammen, manchmal auch nur ein Teil davon. Pflegedienste – ihre Bedeutung ist in Deutschland in den vergangenen Jahren enorm gewachsen. Das hat zwar vor allem mit der Einführung der **Pflegeversicherung** (1995) zu tun, aber ein weiterer Grund liegt auch darin, dass die Betreuung älterer Menschen mehr und mehr zu einem Dienstleistungsgeschäft wird.

Und Pflege für ältere Menschen ist keine ans Heim oder an ein Krankenhaus gebundene, sondern eine individuelle Dienstleistung. 70 Prozent aller Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung werden ambulant versorgt (und nur rund 550.000 im stationären Bereich).

Das sind 1,28 Millionen ältere Menschen, die täglich zu Hause besucht, mit Essen versorgt, gewaschen, behandelt, gepflegt werden. Diese Arbeit leisten viele Angehörige.



Doch seit 1995 verzeichnen professionelle Anbieter auf dem *Pflegemarkt* sprunghafte Wachstumsraten von jährlich fünf bis 10 Prozent, eine Entwicklung, die sich durch den Trend zur Individualisierung und durch den Verfall traditioneller familiärer Strukturen noch verstärken wird. Allein auf der Basis aktueller Bevölkerungsprognosen lässt sich vorhersagen, dass sich die Zahl der Leistungsempfänger in der *Pflegeversicherung* bis 2040 mehr als verdoppeln wird. Das belegt die Notwendigkeit, immer wieder nachzufragen, auf welchem Niveau gepflegt wird.

Garantierte Standards, Qualitätssicherung und *Verbraucherschutz* bekommen im Bereich der ambulanten Pflege deswegen eine herausragende Bedeutung. Das gilt gerade vor dem Hintergrund der privaten Situation der Hilfsbedürftigen: Sie werden in ihrer häuslichen Umgebung, also weitgehend unter Ausschluss der Öffentlichkeit, betreut. Die Entscheidung, welche Maßnahmen ergriffen werden, treffen in den meisten Fällen Stellvertreter des eigentlichen „Kunden“: Angehörige, Vertreter der Kassen, *Pflegepersonal*. Sie folgen dabei auch dem eigenen Interesse, nicht immer und nicht nur dem Interesse des Pflegebedürftigen. Hier wäre es im Sinne einer menschenwürdigen Pflege wichtig, zu wissen, welche Mindeststandards eingehalten werden müssen, welche Leistungen man auf jeden Fall einfordern kann. Zwar gibt es mittlerweile ein **Pflegequalitätssicherungsgesetz**, aber es ist noch bei weitem nicht überall umgesetzt.



II.

Grundsätzliche Fragen

Der „Pflegemarkt“

In der Theorie stimmt alles: Der Markt ist vorhanden. Es gibt die Anbieter von Leistungen. Sie suchen und finden – im Wettbewerb – ihre „Kunden“ (die Pflegebedürftigen mit ihren Angehörigen). Mit Inkrafttreten der *Pflegeversicherung* wurde auf dem sogenannten Pflegemarkt ein *Wettbewerb* unter den Anbietern von Pflegeleistungen eröffnet.

Unberücksichtigt bleibt dabei, wie es um die „Souveränität der Konsumenten“ auf diesem Markt steht. Wie weit können sie sich eine eigene Meinung bilden? Woher nehmen sie Kriterien, um Leistungen, die ihnen angeboten werden, zu beurteilen? Wer hilft ihnen, wenn es darum geht, Angebote kritische zu prüfen und zu vergleichen?

Ein zweiter Punkt kommt hinzu: Die Pflegeversicherung ist eine Einheitskasse. Sie erhebt einheitliche Beiträge und gewährt einheitliche Leistungen. Hinzu kommen aber noch eine Reihe anderer möglicher öffentlicher Kostenträger (z. B. die Unfall- und Rentenversicherung, die Länder oder die kommunalen Sozialleistungsträger). Für die ambulante Pflege bedeutet das: Es muss immer

↑ wieder neu geprüft und entschieden werden, wer z. B. für →

Umbauleistungen (Absenkung von Schwellen, Verbreiterung von Türen) aufkommt (Länder, Kommunen?) und welche Leistungen zusätzlich von den Krankenkassen gewährt oder nicht gewährt werden. Dieses Verfahren ist nicht förderlich, wenn es um schnelle Entscheidungen geht, im Gegenteil: Hier droht der Pflege die Bürokratisierung.

Pflegeversicherung und Krankenkassen

Den Zugang zu den Pflegeleistungen regelt der *medizinisch-technische Dienst der Krankenkassen (MDK)*. Er entscheidet, welche der drei gesetzlich verankerten, grob strukturierten **Pflegestufen** für den Einzelfall zutrifft.

Was die *Pflegekasse* zahlt, reicht in den meisten Fällen nicht aus, um die Versorgung abzudecken. Der Gesetzgeber hat – im Sinne der Kostendämpfung – standardisierte Leistungen und Höchstgrenzen bewusst eingeführt; die Pflegeversicherung soll nur eine Teilabsicherung leisten. So entsteht bei den Versicherten ein Interesse an der Auswahl möglichst günstiger Anbieter von Pflegediensten und -leistungen. Erhebungen zeigen eine durchschnittliche Deckungslücke von 130 € pro Monat bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege. Nur 35 Prozent bestreiten danach keine Pflegekosten aus der privaten Tasche.

Das hat zur Konsequenz, dass den Pflegekassen egal sein kann, was sie wofür zahlen: Sie haben weder Einfluss auf die Höhe des Beitragsatzes (die regelt der Gesetzgeber) noch auf die Leistungen an die Versicherten (wer was bekommt regelt das Wahlrecht der Versicherten sowie



das Gesetz und ist durch das Gutachten der *MDK* weitgehend vorbestimmt). Sie zahlen den Satz, den die *Pflegestufe* erforderlich macht, und was darüber hinaus notwendig ist, zahlt der Versicherte selbst. So lange das so bleibt, gibt es zwar das „grundsätzliche *Wirtschaftlichkeitsgebot*“, wonach die Leistungen wirksam und wirtschaftlich sein müssen.

Aber bei der *Pflegekasse* selbst entsteht weder ein echter Anreiz zur Qualitätssicherung noch zur *Kostendämpfung*. Sie zahlen nach dem im ambulanten Bereich üblichen **Punktesystem**, das Leistungen nach Zeitaufwand und Fachlichkeit zu Paketen zusammenfasst und bewertet: Kleine (Große) Morgen- und Abendtoilette, An- und Auskleiden, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Teil- oder Ganzwaschen. Dieses System wurde von den Pflegekassen 1995 entwickelt, im November 1996 noch einmal überarbeitet und gilt bis heute.



III.

Qualitätssicherung: Geltende Regelungen

Eine Zusammenstellung der gesetzlichen Grundlagen

Das Pflegeversicherungsgesetz (Pflege-VG) enthält eine Reihe von Regelungen zur Qualitätssicherung, die auf die Garantie eines Mindestmaßes an Regelungen zielen, die bei Pflegebedürftigkeit einzuhalten sind. Eine ganz andere Frage ist, ob diese Regeln auch entsprechend umgesetzt werden.

- Bei der Begutachtung eines Falles soll der *Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)* feststellen, ob die Pflegebedürftigkeit durch entsprechende Maßnahmen beseitigt oder vermindert werden kann und welche *Rehabilitation* geeignet, notwendig und zumutbar ist.
- Gleichzeitig prüft der MDK, ob die häusliche Pflege sichergestellt und wie es mit dem sozialen Umfeld des Patienten bestellt ist (Familie, Angehörige, Nachbarn). Eine Begutachtung der häuslichen Situation durch Pflege- oder medizinische Fachkräfte vorgeschrieben.
- Der *Pflegeplan*, der vom MDK aufzustellen ist, muss Aussagen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen Hilfen, über notwendige technische Hilfsmittel und die über die weitere Entwicklung der Pflegebedürft-



tigkeit enthalten. Der *Pflegebedarf* ist wiederholt zu überprüfen.

- Die **Pflegekassen** müssen (nach §7 Sozialgesetzbuch Band XI) ihre Versicherten umfassend aufklären und beraten. Dazu gehört, dass die Pflegekasse spätestens mit dem *Leistungsbescheid* eine Preisvergleichsliste der zugelassenen Pflegeeinrichtungen des häuslichen Einzugsbereichs zu übermitteln hat.
- Ebenso hat die *Pflegekasse* eine *Beratung* anzubieten, welche Pflegeleistungen für den Pflegebedürftigen in seiner persönlichen Situation in Frage kommen. Hinzu kommen möglicherweise Länderregelungen: In NRW sind z. B. die Gemeinden verpflichtet, eine solche Beratung zu organisieren.
- Beratungs- und Kontrolleinsätze in regelmäßigen Abständen sollen die Qualität der häuslichen Pflege absichern. Neben den Kontrollbesuchen sind auch Kurse für pflegende Angehörige vorgesehen.
- Das Pflege-VG sieht vor, dass alle Leistungen dem allgemeinen Stand medizinisch-technisch-pflegerischer Erkenntnis entsprechen müssen. Ziel aller Maßnahmen ist die „Aktivierung des Pflegebedürftigen, um vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten, und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen“. Auch der Gefahr einer Vereinsamung sollen die Maßnahmen entgegenwirken.
- Pflegedienste müssen selbständig wirtschaftende Einrichtungen sein, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten *Pflegefachkraft* stehen (dazu ist eine Weiterbildung für leitende Funktionen von 460 Stunden erfolgreich zu absolvieren).



- Alle Pflegedienste haben den *Pflegekassen* Abrechnungsunterlagen vorzulegen, die Art, Menge und Preis, Tagesdatum und Dauer der jeweiligen Leistung dokumentieren. Diese Angaben sind von den Pflegebedürftigen zu unterschreiben.
- Pflegedienste haben einen *Pflegeplan* zu erarbeiten, der sich nach persönlichen Bedarf richtet. Ferner müssen sie eine *Pflegedokumentation* vorhalten, klientenorientierte Dienstpläne entwickeln (Sonn- und Feiertag, Nachtdienst), die Angehörigen in die Arbeit einbeziehen.
- Sachverständige sind berechtigt, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder die stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die festgelegten Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Auch Prüfungen in der eigenen Wohnung sind – mit Zustimmung des Pflegebedürftigen – möglich.

Nur wenige ambulante Dienste sind bis Jahresanfang 2002 nach diesen Kriterien geprüft worden. Die Daten über Prüfungen der *MDK* legen den Schluss nahe, dass seit Bestehen der *Pflegeversicherung* von den 23.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nur knapp 15 Prozent von einer *Qualitätsprüfung* erfasst wurden. Unter den ambulanten Diensten (ca. 13.000) waren bis Ende 1999 nur 13 Prozent geprüft (davon alle in Baden-Württemberg ansässigen). Fast überall wurden Mängel bei der Pflegedokumentation, bei der fachlichen Planung und Durchführung sowie bei der Aufklärung der Pflegebedürftigen über Preise und Leistungen festgestellt.



Die Pflegedienste haben sich selbst noch nicht in umfassender Weise als Einrichtungen begriffen, die einen eigenen Anspruch auf Qualitätsstandards und *Qualitätssicherung* erheben müssen, um sich am Markt zu behaupten.

Länderspezifische Ansätze einer *Beratung*, die von den Trägern unabhängig ist, gibt es in Nordrhein-Westfalen: Dort übernehmen die Kommunen wichtige Aufgaben. Aus dem Zusammenhang stammt auch die Idee der „*Pflegekonferenzen*“. Das sind bei der Kommune angesiedelte Gremien, die örtlich die Angebote der verschiedenen Einrichtungen und Dienste besser koordinieren und aufeinander abstimmen sollen.



IV.

Wer pflegt wen? – Informationsdefizite

Wie erwähnt, wird der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (70 Prozent) zu Hause versorgt.

44 Prozent sind Hochbetagte (80 Jahre und älter). Wie zu erwarten, sinkt der Anteil häuslicher Pflege mit der zunehmenden Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe II und III). Doch immerhin leben selbst in der höchsten *Pflegestufe* noch mehr als die Hälfte (56 Prozent) in Privathaushalten. Das lässt vermuten, dass die Tendenz dahin geht, erst dann Pflegeheime in Anspruch zu nehmen, wenn es gar nicht mehr anders geht.

Unter den Pflegeleistungen sind – unter den körperlichen Aktivitäten – am meisten nachgefragt „Duschen“ und „Waschen“, gefolgt von „Nahrung schneiden“, „Bett verlassen“, „Toilette nutzen“. Unter den instrumentellen Hilfen werden am meisten „Putzen“, „Kochen“, „Finanzen regeln“ und „sich draußen zurechtfinden“ in Anspruch genommen.

Wer erbringt diese Leistungen? Die häusliche Pflege ist zuerst Sache der Familienangehörigen, meist der Ehepartner. 24 Prozent der privaten Pflegekräfte sind Ehepartnerinnen. Auf den männlichen Teil – die Ehepartner



→



– entfallen immerhin noch 13 Prozent. Weitere 26 Prozent stellen die Töchter der Pflegebedürftigen und mit 14 Prozent sind auch noch die Mütter beteiligt. Pflege ist immer noch überwiegend Sache der Frauen: 80 Prozent der privaten Pflegekräfte sind weiblich. Darunter ist jede dritte 65 Jahre alt oder älter, nur 15 Prozent sind jünger als 40. Noch leben die meisten Pflegebedürftigen in oder mit der Familie; nur 22 Prozent wohnen für sich allein.

Wer ein Arrangement mit den Angehörigen gefunden hat, möchte das auch beibehalten. Nur jeder siebte kann sich einen Wechsel in der Art der einmal gewählten Leistungen vorstellen. Professionelle Pflege gerät nur als „letzte Zuflucht“ in den Blick. 78 Prozent der Pflegebedürftigen haben den Wunsch, in der gewohnten privaten Umgebung und nicht von Fremden gepflegt zu werden.

Die Nutzung von Pflegediensten scheint insgesamt nicht besonders populär zu sein. Eine Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass nur 40 Prozent der Pflegehaushalte in diesen Diensten eine Entlastung sehen oder sich eine fachliche Anleitung erhoffen. Häufig sind Angehörige nicht über die Möglichkeiten ambulanter Pflege informiert. Insgesamt fehlt es an Aufklärung und Information. So wären nach einer statistischen Erhebung mindestens in einem Drittel der Pflegehaushalte Wohnumfeldverbesserungen (Türschwellen absenken, Treppenlift oder verbreiterte Eingänge) angebracht. Aber nur eine Minderheit (17 Prozent) hat einen entsprechenden Antrag gestellt. Auch die Pflegekurse, die für Angehörige angeboten werden, nutzt nur eine Minderheit (10 Prozent nahmen an einem Kurs der *Pflegekasse* teil).



Nach Umfragen unter den Laienpflegern fühlen sich die meisten (über 80 Prozent) stark bis sehr stark belastet. Das ist vor allem eine Folge des ungeheuren Zeitaufwands. Im Schnitt sind die Pflegepersonen im privaten Bereich über 45 Stunden pro Woche tätig. Entsprechend gab mehr als die Hälfte der Pflegepersonen, die erwerbstätig waren, ihre Arbeit auf oder schränkten sie stark ein.

Die meisten fühlen sich emotional verpflichtet, den Pflegedienst zu übernehmen, wissen zu wenig über Wahl- oder Kombinationsmöglichkeiten und fühlen sich früher oder später psychisch und physisch überlastet. Professionelle Unterstützung für pflegende Angehörige ist deswegen eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben der ambulanten Dienste.



V.

Die Expertensicht:

Vorschläge und Verbesserungsmöglichkeiten

Grundlage der folgenden Einschätzungen ist eine Expertenbefragung. 21 Fachleute aus Beratungsstellen, *Angehörigen- und Selbsthilfegruppen*, *Seniorenvertretungen*, Verbraucherzentralen, Kommunal- und Sozialverwaltungen sowie der *Pflege-* und der *Krankenkassen* haben sich den Fragen der Autoren der Studie gestellt. Die Ergebnisse sollen nicht in Form eines Mängelkatalogs, sondern als Verbesserungsvorschläge referiert werden.

Beratung

Die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen muss besser werden. Gefordert wird ein Recht auf Beratung, zumindest aber eine formelle Verpflichtung zu größerer Offenheit in den Gesprächen mit den Angehörigen und Pflegebedürftigen. Kommunikation, Zusammenarbeit und Beratung lauten die Stichworte. Ob Betroffene Informationen erhalten, darf nicht von Zufällen abhängig sein. Das komplizierte Abrechnungssystem begünstigt die schnelle Ableistung programmierter Leistungen und verhindert die individuelle, bedürfnisorientierte Zuwendung.



Auswahl und Koordination

Regional differenzierte, ausführliche und detaillierte Verzeichnisse sollen über Preise und Leistungen der Pflegedienste informieren. Werden Patienten vom Krankenhaus entlassen und an den ambulanten Pflegedienst übergeben, werden Überleitungsformulare gebraucht, die alle wesentlichen Informationen über den Pflegebedürftigen enthalten müssen. Die Aufgabe der Beratung und Kontrolle sollen im Sinne des *Verbraucherschutzes* neutrale Stellen übernehmen.

Pflegeverträge

Pflegeverträge müssen auf die spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen zugeschnitten sein und sollen im Sinne der Transparenz auf das „Kleingedruckte“ verzichten. Sie lassen sich zwar heute bereits nach den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) überprüfen. Aber es fehlt an Musterverträgen, ähnlich wie sie für die Heimverträge entwickelt wurden. Es muss leichter möglich sein, einen vorhandenen Pflegevertrag zu kündigen und zu einem anderen Anbieter zu wechseln.

Pflegebedarf

Die Begutachtung des *Pflegebedarfs* sollte nicht allein der MDK vornehmen. Dabei müssen Hausärzte, *Pflegefachkräfte* und Sozialarbeiter einbezogen werden. Vorgeschlagen wird z. B. eine gemeinsame Beratung (*Assessment*) unter den direkt Beteiligten (Hausarzt, Pflegedienst, Sozialarbeiter, sonstige Beteiligte), die dann der MDK überprüfen könnte.



Pflegedokumentation

Es fehlt an verbindlichen Standards für Pflegeziele und *Pflegeplanung*. Statt Leistungspunkte abzuhaken, sollten Pflegedienste sorgfältig den Gesundheitszustand, die Flüssigkeitsbilanz, die Lagerung des Patienten und andere gesundheitlich relevante Daten im Auge behalten. Dazu braucht es eine bessere Ausbildung und Qualifikation der Pflegekräfte.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung setzt Kontrolle voraus. Auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ist im Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des *Verbraucherschutzes* in der Pflege (*Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG*) vom 9. September 2001 nachzulesen, welche Prüfeempfehlungen für die Kontrolle der ambulanten Dienste gelten. Die Dienste müssen bei nicht qualifizierter Leistung mit finanziellen Einbußen rechnen, die den finanziellen Ruin bedeuten könnten (§ 115 Abs. 3 und Abs. 5).

Kundenorientierung

Generell sollten alle Pflegedienste „Kundenbefragungen“ einführen, die von verantwortlichen *Pflegefachkräften* durchgeführt und ausgewertet werden müssen. Kein Klient sollte sich aus Angst, von seiner Pflegekraft schlechter behandelt zu werden, von einer Beschwerde abhalten lassen. *Ombudsleute* (wie es sie in manchen Pflegediensten bereits gibt) könnten hier als neutrale Stellen eintreten.



Versorgungslage/Organisation

Zeitmangel, Unpünktlichkeit, Personalwechsel – der gemeinsame Grund für die häufigsten Beschwerden der Angehörigen und Pflegebedürftigen scheint im Abrechnungssystem zu liegen. Das *Punktesystem* zwingt die Pflegekräfte, sich auf bestimmte, vorgeschriebene Handlungen zu beschränken, die abgearbeitet werden müssen. Es fehlen „Abrechnungspunkte“ für menschliche Zuwendung, Zuhören können und Miteinander reden.

Abrechnungen

Abrechnungen über Pflegeleistungen müssen ähnlich wie die *Pflegedokumentation* zu den allgemein zugänglichen Unterlagen gehören. Die Abrechnungen müssen nachvollziehbar und überprüfbar sein. Das System von Preis und Leistung muss für die Angehörigen durchschaubar bleiben.

Bezahlung der Pflegekräfte

Pflegekräfte müssen von der Bezahlung und ihren Vertragsverhältnissen her besser gestellt werden. Es geht z.B. nicht an, dass sie unbezahlt Wegstrecken zurücklegen müssen oder in einer vorgegebenen Zeit quasi im Akkord „Fälle“ abarbeiten müssen, weil ihr Vertrag nur 20 Stunden Arbeitszeit vorsieht.



VI.



Das Pflegepersonal

Ergebnisse einer Befragung

Zwar ist diese Befragung nicht unbedingt repräsentativ. Und die Antworten können nicht unbeeinflusst von sozialen Erwartungen gelesen werden – niemand möchte den eigenen Dienst schlecht machen. Dennoch ergibt sich aus den Rückmeldungen von über 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein vielschichtiges Bild.

Die Datenbasis

Ein Drittel der 96 Pflegedienste, die auf die Befragung reagiert haben, wurde erst 1995 oder später gegründet, dem Jahr des Leistungsbeginns der *Pflegeversicherung*. Bei den Neugründungen handelt es sich um private gewerbliche Dienste, die Dienste gemeinnütziger Träger sind meist älter. Je zur Hälfte gehörten die Pflegedienste, die bei der Befragung kontaktiert wurden, Wohlfahrtsverbänden an oder arbeiteten auf privater Basis. Das entspricht der Gesamtverteilung (laut Infratest): 51 Prozent aller Dienste gehören zu Wohlfahrtsverbänden, 43 Prozent haben gewerbliche, 4 Prozent öffentliche Träger.

Unter den 533 Pflegekräften sind 84 Prozent weiblich. Ein  Drittel des Personals wurde in den vergangenen 24 Mona- 

ten neu eingestellt. Die Berufserfahrung liegt im Schnitt bei 10 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 39 Jahren, am häufigsten ist die Altersgruppe zwischen Anfang 30 und Ende 40 vertreten. Die Hälfte bis zwei Drittel der Dienste bestehen aus Fachkräften, das sind Krankenschwestern und Altenpflegerinnen (die Infratest-Erhebung ergab eine bundesweite Fachkräftequote von 69 Prozent). Der Anteil des unqualifizierten Personal (Zivildienstleistenden, Praktikanten) lag bei rund 15 Prozent. Der Rest sind Helferinnen, Sozialpädagogen und Auszubildende.

Jede zweite nimmt an **Weiterbildungen** teil (allerdings durften das nur 70 Prozent im Rahmen ihrer Arbeitszeit tun). 94 Prozent geben an, dass ihr Dienst ein *Leitbild* hat. Aber nur 40 Prozent kennen es genau und bejahen, dass es auch angewandt wird. 11 Prozent wissen von der Existenz eines **Qualitätssiegels** oder Zertifikats. Das entspricht der tatsächlichen Zahl der zertifizierten Dienste.

Rund um die Uhr sind die wenigsten der Pflegedienste im Einsatz (trotz anderer Angaben zur Einsatzbereitschaft). Je größer der Dienst, desto länger sind die **Präsenzzeiten**. Außerhalb der Sprechzeiten setzen fast alle Mobiltelefone, Funk, Anrufweiterleitung und – am häufigsten (zwei Drittel) – Anrufbeantworter ein. Die Haupteinsatzzeit liegt zwischen sieben Uhr morgens und 21 Uhr abends. 90 Prozent arbeiten auch Samstags und Sonntags, zwei Drittel leisten Überstunden.

Befragt nach der Aufteilung der Arbeiten, fällt auf, dass immerhin fast ein Fünftel der Arbeitszeit für „Leitung und Verwaltung“ aufgewandt werden müssen (18 Pro-



zent) und weitere 17 Prozent für „Fahrten“ und „Dokumentation“. 38 Prozent der Arbeitszeit entfallen auf Grund- und Behandlungspflege, acht Prozent auf hauswirtschaftliche Hilfen und weitere Prozentsätze auf unterschiedliche pflegerische Tätigkeiten.

Die Sicht des Personals

Arbeitszufriedenheit: 25 Prozent sind mit ihrer Arbeit uneingeschränkt zufrieden, 8 Prozent eher unzufrieden, der Rest ist „überwiegend zufrieden“. Zwei Drittel fühlen sich „genau richtig“ belastet, ein gutes Viertel fühlt sich überlastet.

Qualitätsmängel: 45 Prozent bejahen die Existenz von Mängeln; deren Ursachen liegen aus der Sicht der Betroffenen in erster Linie im Personalmangel, dann folgen Zeitmangel, mangelnde Kommunikation, Planung und Organisation. Beschäftigte von gemeinnützigen Diensten stellen häufiger Pflegemängel fest als ihre Kolleginnen in privaten gewerblichen Diensten.

Wahl des Pflegedienstes: Aus Sicht des Personals geben Hausärzte, Krankenhäuser und Bekannte den Ausschlag bei der *Wahl des Pflegedienstes*. Als weniger wichtig gelten die Religion, die Trägerschaft, Empfehlungen durch *Selbsthilfegruppen*, Beratungsstellen oder Behörden und die Preise. Das erstaunt deswegen, weil im ambulanten Bereich längst nicht alle Kosten durch Sozialleistungen abgedeckt werden.

Leistungsverträge mit den Pflegebedürftigen sind bei

↑ 71 Prozent der Befragten bekannt. Die meisten berichten →

auch über ständige Aktualisierung der Verträge. Die Kündigungsfristen für die *Pflegeverträge* liegen durchschnittlich bei 16 Tagen.

Ein **Leitbild** oder Gesamtkonzept ist in über 90 Prozent aller Dienste bekannt. Aber nur 39 Prozent der Befragten geben an, dass es auch in der Praxis angewandt wird.

Die **Erstberatung** der Pflegebedürftigen durch die Pflegedienste dauert laut Angaben der Beschäftigten im Mittel knapp eine Stunde. 13 Prozent geben sehr kurze Beratungen von maximal 30 Minuten an.

Nur ein Viertel der Beschäftigten erklärt, umfassend über die Möglichkeiten der **Rehabilitation und Aktivierung** der betreuten Pflegebedürftigen informiert zu sein. Der Grund: mangelndes Wissen und Zeitknappheit. Nur ein Viertel der Befragten geben auch ohne Einschränkung an, dass die notwendigen ärztlichen Unterlagen vollständig vorliegen. Die meisten beklagen sich über die fehlende Weitergabe von Informationen durch Ärzte und Krankenhäuser.

Die Angaben zur **Pflegeplanung und Pflegedokumentation** zeigen überwiegend hohe Quoten: Zwei Drittel der Befragten sprechen von einer ständig aktualisierten Dokumentation, 82 der Beschäftigten in den neuen Bundesländern (aber nur 61 Prozent in den alten) sind überzeugt davon, dass die Pflegedokumentation von hoher Qualität ist. Doch nur 42 Prozent bestätigen, dass auch regelmäßig **Pflegevisiten** zur *Qualitätssicherung* vorgenommen werden.



Ein wichtiger Indikator für die Qualität der Pflege ist der Umgang mit **Kritik und Beschwerden** vonseiten der „Kunden“. 57 Prozent der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten geben an, dass Kritik und Beschwerden vonseiten der Angehörigen oder Pflegebedürftigen geäußert werde. An erster Stelle stand die Beschwerde über „Unpünktlichkeit“, gefolgt von „häufig wechselnde Pflegekräfte“, „Zeitmangel“, „Unfreundlichkeit“. Dabei gilt: Je größer der Pflegedienst, desto häufiger kommen Kritik und Beschwerden vor. Auf die Frage nach dem Umgang mit dieser Kritik gaben die meisten Pflegekräfte an, „Gespräche und Aufklärung“, „Änderungen im Personaleinsatz, „Ausweitung der Pflege“ und „Veränderung bei der *Pflegeplanung*“, doch bestätigen auch zehn bis 15 Prozent Reaktionen wie „persönlicher Druck“, „Nichtbeachtung“ oder die „Vertragsauflösung“.

Doch dass es auch problematische und wenig angenehme Kunden geben kann, zeigt eine andere Zahl: Jede siebte Pflegekraft (15 Prozent) gab an, in den letzten zwölf Monaten Opfer von physischen und psychischen Gewalt-handlungen vonseiten der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen geworden zu sein – die Skala reicht hier vom „Anschreien“ bis zu „Beißen, Kratzen und Würgen“.

Pro Patient sind laut Angaben der Beschäftigten im Schnitt **vier Pflegekräfte** abwechselnd im Einsatz. Über einen Monat verteilt, bekommt der „Kunde“ in der Regel Besuch von drei bis sechs Beschäftigten. In nahezu allen Diensten gibt es regelmäßige, wöchentliche Dienstbesprechungen (bei den privaten etwas seltener als bei den gemeinnützigen). Nahe 90 Prozent verfügen über eine



zentrale Einsatzplanung. Ob diese Dienstpläne auch die individuellen Kundenwünsche berücksichtigen, wird von den Beschäftigten aber eher bezweifelt.



VII.

Verbesserungsvorschläge: Was kann, was soll, was muß sich ändern?

Forschung

Es fehlt an vergleichenden empirischen Forschungen zur Wirkung ambulanter Pflege – und das sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Basis. Gebraucht werden aus Sicht der Experten aussagekräftige Indikatoren und Kriterien zur Pflegequalität.

Qualitätssicherung

Bei den ambulanten Pflegediensten müssen laufend qualitätsrelevante Daten abgefragt werden. Die Entwicklung, mehr jedoch die Anwendung international gültiger *Qualitätsstandards* ist noch nicht abgeschlossen. Dazu müssen regelmäßig differenzierte *Qualitätsberichte* erstellt und ausgewertet werden. Die Auswertung sollten unabhängige, staatlich zugelassene *Qualitätsagenturen* bzw. Sachverständige vornehmen. Der *Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)* sollte diesen Qualitätsagenturen seine Daten und Erfahrungen zur Verfügung stellen und mit diesen zusammenarbeiten.

Prüfverfahren und Zertifikate haben unter anderem die Technischen Überwachungsvereine (TÜV) auf der Basis der DIN ISO 9000 entwickelt. Ein *Qualitätssiegel* wurde



von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) aufgestellt, außerdem gibt es bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und beim Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) interne Prüfverfahren und Zertifikate. Ein entsprechendes Handbuch hat auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) herausgebracht.

Qualitätskontrolle

Ohne Kontrolle keine Qualität – diesen Zusammenhang bestätigen bisher alle nationalen und internationalen *Forschungen*. Dem ambulanten Pflegesystem fehlt eine umfassende staatlich verantwortete *Qualitätskontrolle*. Eine solche „*Qualitätsagentur*“ braucht positive und negative Sanktionsmöglichkeiten. Sie könnten einerseits vom Verordnen von Auflagen bis zum Entzug des *Versorgungsvertrags* (bei schweren Mängeln) reichen. Andererseits wären auffällig gute Dienste zu belohnen, eine ständige *Qualitätsberichterstattung* könnte Bonuspunkte einbringen Reha-Erfolge prämiert werden.

Verbraucherschutz

Dringend erforderlich ist eine Stärkung der Konsumentenstellung und damit des Verbraucherschutzes. Solange Angehörige und Pflegekräfte kein Recht auf eine unabhängige *Beratung* haben, droht die Gefahr, dass sie in die Abhängigkeit der Pflegebürokratie geraten. Insgesamt müssen die Wünsche der Klienten bei der *Pflegeplanung* und in der *Qualitätssicherung* stärker eingebunden werden.

↑ Einzelne Verbraucherzentralen (Hamburg, Mainz) haben wichtige Bestandteile des Pflegeprozesses und vor allem →

die *Pflegeverträge* einer Prüfung unterzogen und Vorgaben im Sinne des Verbraucherschutzes formuliert.

Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. etwa hat im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ ihr Projekt „Ein Beitrag zu mehr *Markttransparenz* und Patienten- und *Verbraucherschutz* im Bereich ambulante Pflegedienste in der Stadt Mainz“ gestartet. Auf der Grundlage systematischer Untersuchungen vor Ort wurden Checklisten erarbeitet, anhand derer Verbraucher die für sie in Frage kommenden Pflegedienst-Anbieter eigenständig Punkt für Punkt abchecken können.

Ferner wurden In Mainz die Verträge aller 24 ortsansässigen Anbieter einer juristischen Prüfung unterzogen. Das Ergebnis: In jedem dieser Verträge wurden Verstöße gegen das AGB-Gesetz, also das Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäfts-Bedingungen, gefunden.

Nicht nur bei Vertragsunklarheiten treten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Mainzer Modellprojekts als Vermittler auf. Es wurde außerdem ein **Beschwerdetelefon** eingerichtet, durch das sie auf viele Probleme aufmerksam werden. Jeder einzelne Fall wird genau dokumentiert, bewertet und hinsichtlich der Erstellung der Checkliste ausgewertet.

Bei Problemfällen mit ambulanten Pflegediensten können sich Ratsuchende an die Verbraucherzentrale ihrer Region wenden, diese leisten in jedem Fall zumindest juristische Hilfe. Individuelle *Beratungen*, z.B. zur Auswahl



geeigneter Pflegedienste, werden seitens der Verbraucherzentralen zur Zeit nur in wenigen Städten wie Aachen und Unna angeboten. Die Verbraucherzentrale NRW erarbeitet zur Zeit eine Pflegedienst-Checkliste für Verbraucher. In Schleswig Holstein und Hamburg sind die Projekte „Beschwerdetelefon“ inzwischen ausgelaufen und nicht verlängert worden. Neue Projekte zur unabhängigen *Pflegedienst-Beratung* werden demnächst in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet, die Finanzierung erfolgt durch die Spitzenverbände der *Krankenkassen*.

All das belegt die Notwendigkeit, neutrale Beratungsangebote zum Thema Altenpflege in Deutschland flächendeckend einzurichten. Optimal wäre eine bundesweit geltende Informationsnummer ähnlich dem „110-Notruf“. Der Ratsuchende würde dann automatisch mit der Beratungsstelle seiner Region verbunden und falls erforderlich, könnte tatkräftige Unterstützung sofort in die Wege geleitet werden.

Ausbildung

In den 1990er Jahren hat sich die Zahlen der Pflegekräfte bei den professionellen Diensten nahezu verdoppelt (und das trotz der ständigen Klagen wegen Unterfinanzierung). Wie ist dieses Personal geschult? Altenpflegerinnen – so eine Umfrage unter Berufsanfängerinnen – klagen, sie fühlten sich nicht richtig ausgebildet, vermissten die gesellschaftliche Anerkennung und verdienten zu wenig.

Der Deutsche Pflegerat, die Interessenvertretung von elf Pflegeverbänden (mit 1,2 Millionen Pflegenden) fordert eine →

Bildungsoffensive für die Pflege und setzt sich für ein staatlich finanziertes Bildungssystem für Pflegekräfte ein. Nach Angaben des Verbandes haben lediglich 35 Prozent der Pflegenden eine fachgerechte Ausbildung. Eine Quote von 80 Prozent hält der Deutsche Pflegerat für unverzichtbar.

Gebraucht wird ein staatliches Bildungssystem für die Pflege, keine über *Kranken- und Pflegekassen* abgewickelte Ausbildung. Das neue *Altenpflegegesetz*, das die Bundesregierung auf den Weg gebracht hat, sorgt dafür, dass Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach dem 1. 8. 2003 in allen Bundesländern einheitlich ausgebildet werden. Es erhöht die Attraktivität der Ausbildung und hat Signalwirkung für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufsstandes. Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Renate Schmidt, betont: „Die Altenpflege hat sich zu einem anspruchsvollen Dienstleistungsberuf entwickelt, der eine qualitativ hochwertige Ausbildung erfordert.“

Netzwerke

Ambulante Pflege als Kombination von professioneller, ehrenamtlicher und Angehörigenhilfe funktioniert am besten, wenn sie als Netzwerk organisiert ist. Die Bildung von Netzwerken muss unterstützt und verstärkt werden. Gleichzeitig müssen sich die ambulanten Pflegedienste hin zu einer größeren Leistungspalette entwickeln: Gefragt sind mehr Behandlungspflege und andere pflegerische Leistungen, die der medizinischen Pflege im Krankenhaus nachfolgen. Examierte Krankenpflegekräfte, aber auch Kräfte, die hauswirtschaftliche oder psychosoziale Dienste (Spaziergänge) leisten können, werden gebraucht.



Im Sinne des Netzwerkgedankens wäre auch eine Vereinigung von *Kranken- und Pflegeversicherung*, damit die Koordinationsprobleme in der Versorgung besser gelöst werden.

Case Management

Welcher Pflegedienst für wen der richtige ist, bleibt in vielen Fällen dem Zufall überlassen. Viele Hausärzte können Pflegedienste nicht einschätzen. Pflegedienste wehren sich gegen eine unabhängige Bewertung durch Verbraucherzentralen. Ein „Pflege-TÜV“ existiert (noch) nicht. Im 4. Altenbericht an die Bundesregierung wird eine integrierte *Beratung* im Sinne des *Case Managements* gefordert, um Angehörigen und Pflegebedürftigen einen besseren Überblick über die vorhandenen Hilfsangebote zu verschaffen. Die Beratung und Unterstützung der Angehörigen muss sich verbessern, die professionellen Versorgungsangebote und die verstärkte Förderung der ehrenamtlichen Initiativen sollten vernetzt werden.

Die *Netzwerke* können Methoden zur Erfassung von Klientenwünschen entwickeln, in *Pflegekonferenzen* muss die Mitsprache und Selbstbestimmung der Betroffenen gestärkt werden. Auch Aufgaben der Angehörigenqualifikation könnten Netzwerke übernehmen.

Und in Zukunft?

Experten schätzen die Zahl der Pflegebedürftigen für das Jahr 2050 auf 4,72 Millionen. Das geht aus dem Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ hervor, die Mitte 2002 dem Deutschen Bundestag vorgelegt wurde.



Die Themen der Zukunft sind Vernetzung, Prävention, Beschwerdemanagement und *Freiwilligenarbeit*. Einige Fragen:

- Wie lassen sich Zwischenformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besser bewerkstelligen?
- Wer kümmert sich um die Nahtstelle professionelle Pflege und Angehörigenpflege?
- Wie lässt sich der Kosten- und Zeitdruck aus dem Pflegemanagement herausnehmen, bei gleichzeitiger Sicherung einer effizienten, effektiven und hochwertigen Pflege?
- Wo gibt es bereits Präventionsprojekte, die mit Hausbesuchen, gezielter *Beratung* von Risikogruppen, Gesundheitsförderung und Ernährungsberatung arbeiten?



Stichwortverzeichnis

- Abrechnungen 22
Altenpflegegesetz 33
Angehörigengruppen 5, 19
Arbeitszufriedenheit 25
Assessment 20
Ausbildung 32f.

Beratung 13, 15, 19f., 30, 31, 32, 34, 35
Beschwerdetelefon 31, 32

Case Management 34

Erstberatung 26

Forschung 29, 30
Freiwilligenarbeit 35

Kostendämpfung 11
Krankenkasse 5, 19, 32, 33
Krankenversicherung 34
Kritik und Beschwerden 27
Kundenorientierung 21

Leistungsbescheid 13
Leistungsverträge 25
Leitbild 24, 26

Markttransparenz 31
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) 10, 11, 12, 14, 20, 29

Netzwerke 33, 34

Ombudsleute 21

Pflegebedarf 13, 20
Pflegedienst, Wahl des 25
Pflegedokumentation 14, 21, 22, 26
Pflegefachkraft 13, 20, 21
Pflegekasse 5, 10, 11, 13, 14, 17, 19, 33
Pflegekonferenz 15, 34
Pflegermarkt 8, 9
Pflegepersonal 8, 23
Pflegeplan 12, 14
Pflegeplanung 21, 26, 27, 30
Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) 8, 21
Pflegestufen 10, 11, 16
Pflegeversicherung (Soziale) 7, 8, 9, 14, 23, 34
Pflegeverträge 20, 26, 31
Pflegevisiten 26
Präsenzzeiten 24
Punktesystem 11, 22

Qualitätsagenturen 29, 30
Qualitätsberichte 29
Qualitätsberichtserstattung 30
Qualitätskontrolle 30
Qualitätsmängel 5, 6, 25
Qualitätsprüfung 6, 14
Qualitätssicherung 5, 12, 15, 21, 26, 29, 30
Qualitätssiegel 24, 29
Qualitätsstandards 29

Rehabilitation 12, 26

Selbsthilfegruppen 5, 19, 25
Seniorenvertretungen 19

Verbraucherschutz 8, 20, 21, 30, 31
Versorgungsvertrag 30

Weiterbildung 24
Wettbewerb 9
Wirtschaftlichkeitsgebot 11



Impressum:

Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin

Bezugsstelle:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
53107 Bonn
Tel.: 0 18 05/ 32 93 29
E-Mail: broschuerenstelle@bmfjsfj.bund.de
Internet: www.bmfjsfj.de

Autor:
Volker Thomas, Berlin
Die Broschüre basiert auf den Ergebnissen des gleichnamigen im Auftrag
des BMFSFJ durchgeführten Forschungsprojekts des Instituts für
Gerontologie an der Universität Dortmund.
Projektleitung: Dr. Eckhard Schnabel, Projektdurchführung: Dr. Günter Roth

Stand:
Dezember 2003

Gestaltung:
UVA Kommunikation und Medien GmbH
14482 Potsdam

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der
Bundesregierung; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf
bestimmt.

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50*
Fax: 0 18 88/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute

