

UNIVERSITÄT KONSTANZ
FAKULTÄT FÜR VERWALTUNGSWISSENSCHAFT

Diplomarbeit

**KOSTENSENKUNG VERSUS QUALITÄTS-
SICHERUNG. TRÄGERSPEZIFISCHE RE-
AKTIONSMUSTER AUF DIE PFLEGEVER-
SICHERUNG**

IM DEZEMBER 1997 VORGELEGT VON:

Christoph Langer

Neuhauser Straße 13

78464 Konstanz

Matrikel-Nr.: 01/289899

GUTACHTER:

1. Gutachter: Professor Dr. Jens Alber

2. Gutachter: Professor Dr. Wolfgang Seibel

INHALTSVERZEICHNIS

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN IV

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS VI

A. EINLEITUNG Fehler! Textmarke nicht definiert.

1 PROBLEMSTELLUNG 7

2 VORGEHENSWEISE 9

B. RECHTSFORM DER PFLEGEBETRIEBE 11

1 ALLGEMEINES 11

2 DIE BGB-GESELLSCHAFT (GBR) 12

3 DIE GESELLSCHAFT MIT BESCHRÄNKTER HAFTUNG (GMBH) 14

4 DER EINGETRAGENE VEREIN (E.V.) 15

5 DAS EINZELUNTERNEHMEN 17

C. RAHMENBEDINGUNGEN 18

1 VERTRAGSRECHT 18

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen 18

1.2 Inhalt der Rahmenverträge in Baden-Württemberg 20

1.3 Der Versorgungsvertrag 21

1.3.1 Voraussetzungen 21

1.3.2 Abschluß von Versorgungsverträgen 22

1.3.3 Wirtschaftlichkeitsprüfungen 24

1.3.4 Qualitätskontrollen 25

2 FINANZIERUNG VON PFLEGEEINRICHTUNGEN 27

2.1 Allgemeines 27

2.2 Bemessungsgrundsätze 27

2.3 Vergütung ambulanter Pflegeleistungen 29

2.4 Kostenerstattung 31

3 QUALITÄTSSICHERUNG 33

3.1 Allgemeines 33

3.2 Qualitätsbegriffe 34

3.3 Qualitätsdimensionen 35

3.4 Interne - Externe Qualitätssicherung 36

3.5 Zentrale- Dezentrale Qualitätssicherung 38

3.6 <i>Qualitätssicherung im Pflegeversicherungsgesetz</i>	38
3.6.1 Qualitätsmaßstäbe	40
3.6.2 Strukturqualität	40
3.6.3 Prozeßqualität	41
3.6.4 Ergebnisqualität	42
3.6.5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung	42
3.7 <i>Probleme der Qualitätssicherung</i>	42
D. DER PFLEGEMARKT IM LANDKREIS KONSTANZ	44
1 DER LANDKREIS	44
2 DIE ANBIETER	45
E. AUSWERTUNG DER BEFRAGUNG 47	
1 METHODIK	47
2 ARBEITSHYPOTHESE	48
2.1 <i>Entstehung der Hypothese</i>	49
2.1.1 Das Eigen- und Leitbild der freigemeinnützigen Pflegedienste	49
2.1.2 Das Eigen- und Leitbild der privat-gewerblichen Pflegedienste	50
2.1.3 Operationalisierung der Hypothese	51
2.1.3.1 Betreuungsschlüssel	52
2.1.3.2 Qualifizierung des Personal	53
2.1.3.3 Dienstbesprechung	53
2.1.3.4 Supervision	54
2.1.3.5 Fort- und Weiterbildung	54
2.1.3.6 Controlling, Zertifizierung und Erscheinungsbild	54
2.1.4 Die Indikatoren zur Überprüfung der Hypothese	55
3 AUSWERTUNG DER BEFRAGUNG	57
3.1 <i>Die Pflegebetriebe</i>	57
3.1.1 Verbandszugehörigkeit	57
3.1.2 Rechtsform	57
3.1.3 Fuhrpark	58
3.2 <i>Die Patienten</i>	58
3.2.1 Patientenstruktur	60
3.2.2 Abrechnungsmodus	61
3.2.3 Nutzungsintensität des Fuhrparks	62
3.3 <i>Das Personal</i>	63
3.3.1 Größenstruktur der Pflegebetriebe	63
3.3.2 Beschäftigungsstruktur	64
3.3.3 Qualifizierung des Pflegepersonals	65
3.3.4 Beschäftigungsverhältnisse	65
3.3.5 Entlohnung	67
3.3.6 Betreuungsverhältnis	67
3.4 <i>Leistungsangebot</i>	68
3.5 <i>Pflegevergütung</i>	70
3.6 <i>Qualitätssicherung und Weiterbildung</i>	70
3.6.1 Patientendokumentation	70
3.6.2 Qualitätssicherungspläne/Leitfaden	71
3.6.3 Pflegeleitbild	71
3.6.4 Dienstbesprechung	72
3.6.5 Supervision	73
3.6.6 Dokumentationssystem für Qualitätssicherungsmaßnahmen	74
3.6.7 Fort- und Weiterbildung	74
3.6.8 Einarbeitungszeit neuer Mitarbeiterinnen	75
3.6.9 Qualitätszertifizierung	77
3.6.10 Controlling	77
3.6.11 Einheitliches Erscheinungsbild	77
3.7 <i>Kooperation</i>	78
3.7.1 Kooperation mit der IAV-Stelle	78
3.7.2 Kooperation der Pflegedienste untereinander	78
3.8 <i>Maßnahmen zur Kostensenkung</i>	80
4 TRÄGERSPEZIFISCHE PROFILE	82

4.1	<i>Der Pflegemarkt</i>	82
4.2	<i>Der Pflegebetrieb</i>	83
4.3	<i>Das (Pflege-) Leitbild der Betriebe</i>	86
4.4	<i>Die Mitbewerber</i>	87
4.5	<i>Veränderungen</i>	88
4.6	<i>Effizienzsteigerung</i>	90
5 ÜBERPRÜFUNG DER INDIKATOREN 92		
5.1	<i>Betreuungsschlüssel</i>	92
5.2	<i>Anteil Geringfügig Beschäftigter</i>	92
5.3	<i>Anteil examinierter Kräfte</i>	93
5.4	<i>Entlohnung</i>	93
5.5	<i>Maßnahmen zur Qualitätssicherung</i>	94
5.6	<i>Angebot der Supervision</i>	94
5.7	<i>Häufigkeit Dienstbesprechungen</i>	95
5.8	<i>Fort- und Weiterbildung</i>	95
5.9	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	96
5.10	<i>Trägerspezifische Eigenheiten</i>	97
5.10.1	<i>Empirische Befunde</i>	97
5.10.2	<i>Ideen, Interessen und Leitbilder</i>	98
5.11	<i>Erklärungsmuster</i>	99
5.11.1	<i>Kundenorientierung</i>	99
5.11.2	<i>Veränderungen des Leistungsangebots</i>	102
5.11.3	<i>Maßnahmen zur Kostensenkung</i>	103
5.11.4	<i>Betriebsgröße und Mitarbeiterinnenstruktur</i>	104
5.11.5	<i>Patientenstruktur</i>	106
5.11.6	<i>Einarbeitungszeit</i>	107
5.11.7	<i>Zusammenfassung</i>	108
F SCHLUßBEMERKUNG UND AUSBLICK		109
G LITERATURVERZEICHNIS		113
H ANLAGE		120
1	<i>FRAGEBOGEN FÜR AMBULANTE PFLEGE BETRIEBE</i>	120
2	<i>INTERVIEWLEITFADEN</i>	132

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

	Seite
Abb. 1: AUFBAU DER ARBEIT	10
Abb. 2: ALTERSSTRUKTUR DER BEVÖLKERUNG IM LANDKREIS KONSTANZ	44
Abb. 3: ENTWICKLUNG DES ANBIETERMARKTES	46
Abb. 4: ANTEILE VERSORGTER PATIENTEN NACH TRÄGERGRUPPEN	59
Abb. 5: PATIENTENSTRUKTUR	60
Abb. 6: ABRECHNUNGSMODUS	62
Abb. 7: BESCHÄFTIGUNGSSTRUKTUR	64
Abb. 8: BESCHÄFTIGUNGSSTRUKTUR NACH VOLLZEITKRÄFTEN	64
Abb. 9: BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSE IN DER PFLEGE	66
Abb. 10: LEISTUNGSANGEBOT DER PFLEGEDIENSTE	68
Abb. 11: VERGLEICH LEISTUNGSSPEKTRUM VOR- UND NACH EINFÜHRUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG	69
Abb. 12: PFLEGELEITBILD	72
Abb. 13: HÄUFIGKEIT DIENSTBESPRECHUNG	73
Abb. 14: DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL FORT- UND WEITERBILDUNGSMAßNAHMEN JE MITARBEITERIN UND JAHR	75
Abb. 15: EINARBEITUNGSZEITEN IN DEN PFLEGEBETRIEBEN	76
Abb. 16: DURCHSCHNITTLICHE EINARBEITUNGSZEITEN	76
Abb. 17: MAßNAHMEN ZUR KOSTENSENKUNG IN DEN BETRIEBEN	80

VERZEICHNIS DER TABELLEN

	Seite
Tab. 1: VERGÜTUNGSVEREINBARUNGEN FÜR AMBULANTE PFLEGESACHLEISTUNGEN	30
Tab. 2: MESSUNG DER AUSPRÄGUNGEN „QUALITÄTSSICHERUNG“ UND „KOSTENSENKUNG“	52
Tab. 3: RECHTSFORM DER PFLEGEBETRIEBE	58
Tab. 4: VERHÄLTNIS GESAMTZAHL PATIENTEN ZU LEISTUNGSBEZIEHERN NACH SGB XI	59
Tab. 5: DURCHSCHNITTLICHE GRÖßE DER PFLEGEDIENSTE	60
Tab. 6: GRÖßENSTRUKTUR DER PFLEGEBETRIEBE NACH PATIENTENZAHLEN	61

Tab. 7:	GRÖßENSTRUKTUR DER PFLEGEBETRIEBE NACH MITARBEITERIN- NENZAHLEN	63
Tab. 8:	QUALIFIZIERUNG DES PFLEGEPERSONALS	65
Tab. 9:	ZUSAMMENFASSUNG PATIENTEN- UND MITARBEITERINNENZAHLEN	67
Tab. 10:	BETREUUNGSVERHÄLTNISSE	68
Tab. 11:	QUALITÄTSSICHERUNGSPÄNE/LEITFADEN	71
Tab. 12:	ANTEIL GERINGFÜGIG BESCHÄFTIGTER BEI DEN TRÄGERGRUPPEN	92
Tab. 13:	ANTEIL EXAMINierter KRÄFTE	93
Tab. 14:	QUALITÄTSSICHERUNG BEI DEN TRÄGERGRUPPEN	94
Tab. 15:	ZUSAMMENFASSUNG ERGEBNISSE ÜBERPRÜFUNG DER INDIKATOREN	96
Tab. 16:	ZUSAMMENFASSUNG EINFLUß UNABHÄNGIGE VARIABLE MARKT UND RECHTSFORM	108

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BT-Drs.	Drucksachen des Deutschen Bundestages
DCV	Deutscher Caritasverband
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DW	Diakonisches Werk
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
ggf.	gegebenenfalls
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.R.	in der Regel
ISB	Individuellen-Schwerstbehinderten-Betreuung
Kap.	Kapitel
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PDL	Pflegedienstleitung
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
PV	Pflegeversicherung
u.a.	und andere; unter anderem
überarb.	überarbeitet
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch (Krankenversicherung)
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch (Pflegeversicherung)
sog.	sogenannt
vgl.	Vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZDL	Zivildienstleistende
z.T.	zum Teil

A. EINLEITUNG

1 PROBLEMSTELLUNG

Am 26. Mai 1994 wurde die fünfte Säule des Gebäudes der Sozialversicherung - die gesetzliche Pflegeversicherung - errichtet. Ihre Architekten hatten sich zuvor ein zwei Jahrzehnte dauerndes Tauziehen, ihre (Aus-) Gestaltung betreffend, geleistet. Diese fünfte Säule unterscheidet sich bei genauerem Hinsehen in ihrer „architektonischen“ Gestaltung in mancherlei Hinsicht von den anderen Säulen der Sozialversicherung. Sie verabschiedet einige bis dato wesentliche „Bautraditionen“ und etabliert neue Prinzipien.

Die Neuerungen gelten nicht nur für die Patienten bzw. Kunden, sondern insbesondere auch für die Anbieter von Pflegeleistungen. Bisher hatten die freigemeinnützigen Träger eine Monopolstellung auf dem Anbietermarkt von Pflegeleistungen und dadurch ihr Auskommen, nicht zuletzt auch aufgrund des Selbstkostendeckungsprinzips¹. Von diesem Prinzip wurde abgerückt, und man wendet sich im SGB XI den Prinzipien des freien Marktzugangs und des Wettbewerbs zu, bei gedeckelten Pflegesätzen. Von dieser Maßnahme erhofft man sich eine gesteigerte Effizienz der Leistungserstellung bei einer gleichzeitigen Verbesserung der Pflegequalität.

Für den Patienten ist eine zentrale Neuerung, daß die Leistungen dieses Versicherungszweiges nicht mehr wie bisher komplett alle Risiken und Kosten abgelten, weder in einer der drei Pflegestufen, noch bei den Sach- oder Geldleistungen. Mit diesen Begrenzungen der Ausgaben soll versucht werden, die in der Krankenversicherung bestehende „Kostenexplosion“ von vornherein auszuschließen und die Leistungserbringer zu mehr Wirtschaftlichkeit zu bewegen. Dies hat zur Folge, daß die GPV keine Vollkaskoversicherung mehr ist, also wie in der Krankenversicherung alle anfallenden Kosten übernimmt, sondern nur noch einen Risikobeitrag leistet.²

Die neuen Orientierungspunkte für die Anbieter in der Pflegelandschaft heißen: Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und Qualität(-sicherung). Dies bringt für die Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege grundlegende Veränderungen mit sich, auch deshalb, weil sie bisher dominierender Anbieter waren. Sie müssen sich den neuen Anbietern - im wesentlichen privat/gewerblichen, die ihnen gesetzlich gleichgestellt sind, stellen, ja treten sogar mit den anderen freigemeinnützigen Anbietern in Konkurrenz.

Eine weitere Neuerung, die die Pflegebedürftigen betrifft, ist deren Wahlmöglichkeit im ambulanten

¹ Den Diensten wurden die entstandenen Kosten durch die Pflegevergütung erstattet.

² Evers, Adalbert (1995): Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung. In Sozialer Fortschritt 44 Jg. Heft 2 1995 S. 23.

Bereich zwischen Sachleistung, Geldleistung oder einer Kombination dieser beiden. Damit folgt die GPV einem internationalen Trend in Richtung Aufwertung der Geldleistung - auch zur Stärkung der „Konsumenten-“ Souveränität und damit indirekt zur Förderung des Wettbewerbs, verbunden mit dem Hintergedanken der Ausgabenbegrenzung .

Die erste Stufe (ambulante Pflege) der gesetzlichen Pflegeversicherung ist nun seit ca. zweieinhalb Jahren, die zweite Stufe (vollstationäre Pflege) seit ca. einem Jahr in Kraft.

Da in § 80 SGB XI des Pflegeversicherungsgesetzes die Qualitätssicherung verankert ist, kam zugleich eine breite Diskussion über Qualität und Qualitätsstandards in der Pflege in Gang, die bis hin zur Zertifizierung von Pflegebetrieben nach DIN ISO 9004 oder durch den TÜV reicht. Dieser Aspekt der Pflegequalität findet neben Fragen der Auslegung der Gesetzestexte, die aus der GPV vor allem für die freie Wohlfahrtspflege resultieren, in der Literatur große Beachtung.

Informationen und ein erster Überblick über den Anbietermarkt liegt bisher nur bundesweit in Form einer Pflegestrukturdatei ³ der AOK vor. Es wurde bisher noch nicht untersucht, wie regionale Anbietermärkte strukturiert sind, da seit Einführung der Pflegeversicherung eine größere Anzahl privat/gewerblicher Anbieter zumindest auf den ambulanten Pflegemarkt drängten und zu einer Verbreiterung des Angebots beigetragen haben.

In diesem Zusammenhang soll untersucht werden, wie die verschiedenen Anbieter von Pflegeleistungen das Pflegeversicherungsgesetz umsetzen und auf den sich daraus entwickelnden Pflegemarkt und dessen Erfordernisse (Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung) reagieren.

Insbesondere gilt es, den Anbietermarkt in der ambulanten Pflege des Landkreises Konstanz, in quantitativer wie qualitativer Hinsicht, näher zu beleuchten. Adressaten dieser Untersuchung sind die Erbringer von Pflegeleistungen. Vorgängerarbeiten mit einem zumindest ähnlichen Untersuchungsgegenstand - die auf trägerspezifische Unterschiede abstellen - existieren nicht, daher wird mit dieser Arbeit Neuland betreten.

Untersuchungsleitend sind folgende Fragestellungen:

Gibt es trägerspezifische Reaktionsmuster - unter Berücksichtigung der Organisationsstruktur bzw. Rechtsform und deren eventuellem Einfluß - auf die Gesetzliche Pflegeversicherung und den damit verbundenen Wettbewerb?

Welche Pflegevorstellungen, welche Interessen und welche daraus resultierenden Maßnahmen - kosten-senkende oder eher qualitätssichernde/-steigernde - sind bei den beiden Trägergruppen zu erkennen und eventuell vorherrschend?

³ Gerste, Bettina (1997): Pflegestrukturdatei - Erster Überblick über den Anbietermarkt. In: DOK 4 (15. Februar 1997) S. 133 - 136. Bei der Pflegestrukturdatei (PSD) handelt es sich um eine bundesweite Datei über Pflegeeinrichtungen. Die Daten hierfür werden von den Pflegekassen im Rahmen der Vertragsverhandlungen erhoben.

Diesen Fragen liegt die folgende Überlegung zugrunde:

Die Verbände und damit auch die Einrichtungsträger der freien Wohlfahrtspflege sehen sich primär als Vertreter und Fürsprecher (Advokaten) der sozial Benachteiligten, Kranken und gebrechlichen Menschen, sie arbeiten nicht gewinnorientiert und stellen den Menschen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit (altruistische Handlungsmotive). Die privat-gewerblichen Anbieter hingegen sind primär an einer für sie günstigen Positionierung am Markt interessiert, um einen angemessenen Gewinn erzielen zu können. Ausgehend von der Annahme, daß die verschiedenen Träger unterschiedliche Interessen verfolgen und sich dementsprechend in ihrer Organisationsstruktur unterscheiden, müßte sich dies auch in der Reaktion auf die Pflegeversicherung und den daraus resultierenden Maßnahmen (Qualitätssicherung oder Kostensenkung) und dem Leistungsangebot niederschlagen.

Daher soll die folgende Hypothese überprüft werden:

Die privat/gewerblichen Anbieter ergreifen eher kostensenkende Maßnahmen und halten sich bei der Qualitätssicherung/-steigerung zurück, um einen Gewinn zu erzielen (wie es ihnen die Wohlfahrtsverbände vorwerfen), während die frei-gemeinnützigen Anbieter eher Qualitätssicherung/-steigerung anstreben/betreiben, allerdings um den Preis höherer (Pflege-) Kosten.

2 VORGEHENSWEISE

Eine mögliche Einflußvariable auf das Verhalten bzw. die Anpassungsfähigkeit ist sind **Rechtsform** der Pflegedienste, die im zweiten Kapitel überblickartig dargestellt werden.

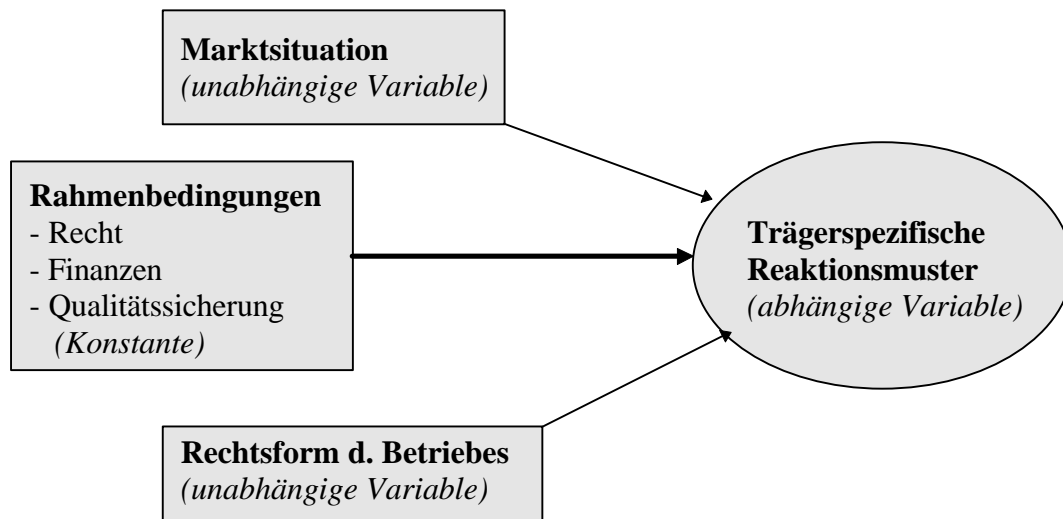
Kapitel drei befaßt sich mit den Rahmenbedingungen rechtlicher und finanzieller Art, die der Gesetzgeber im Pflegeversicherungsgesetz den Pflegebetrieben vorgegeben hat. Die Anforderungen die ein Betrieb erfüllen muß, um eine Zulassung bei den Pflegekassen zu bekommen werden ebenfalls dargestellt. Ein weiteres Augenmerk wird dem Aspekt der Qualitätssicherung gewidmet, da § 80 des Pflege-VG darauf eingeht und dieses Thema in der Literatur ausführlich behandelt wird und auch für diese Arbeit ein zentraler Dreh- und Angelpunkt sein wird.

Daran schließt sich im vierten Kapitel eine Beschreibung des **Pflegemarkts** im Landkreis - der zweiten unabhängigen Variablen - an.

Das fünfte Kapitel gliedert sich in fünf größere Abschnitte: Im ersten wird die Methodik der Datenerhebung vorgestellt, die Arbeitshypothese wird im zweiten Unterkapitel aufgegriffen und durch Indikatoren operationalisiert, die Präsentation der Untersuchungsergebnisse in quantitativer Hinsicht (Datenerhebung) erfolgt im dritten Abschnitt. Die Resultate der Interviews werden im vierten Abschnitt präsentiert in Zusammenhang mit der Ausarbeitung trägerspezifischer Profile. Im fünften Teil des Kapitels soll abschließend die eingangs formulierte Hypothese verifiziert oder falsifiziert werden und unter Berücksichtigung der unabhängigen Variablen (Rechtsform und Marktsituation) der Versuch unter-

nommen werden, eventuell bestehende trägerspezifische Muster zu erklären.

Abb. 1: Aufbau der Arbeit



B. RECHTSFORM DER PFLEGE BETRIEBE

1 ALLGEMEINES

Im folgenden sollen die gängigsten Unternehmensorganisationen der Pflegebetriebe dargestellt werden. Dies geschieht vor dem Hintergrund, daß die Handlungsfähigkeit eines Betriebes - der auf einem Markt mit freiem Wettbewerb agiert - auch von der internen Struktur und den Kommunikationswegen abhängt. Die Rechtsform und Organisationsstruktur stellt gewissermaßen die Mikroebene dar, während der Markt als Makro-Ebene anzusehen ist. Diese beiden unabhängigen Variablen haben eventuell Einfluß auf die Ausrichtung des Handelns der Pflegedienste.

Eine der Ausgangsfragen dieser Arbeit, ob und in welchem Umfang die Unternehmensstruktur Einfluß auf das Angebot und die Ausrichtung der Betriebe hat, soll geklärt werden. Um diesem Aspekt nachzugehen, sollen die Rechtsformen, die zugleich die Organisationsform bestimmen, beleuchtet werden.

Die verschiedenen Rechts- und Unternehmensformen lassen sich grob in die zwei Rechtsbereiche öffentliches Recht und Privatrecht unterteilen. Zu den Organisationsformen mit Rechtsfähigkeit im Öffentlichen Recht werden die Anstalten, Körperschaften und Stiftungen gezählt. Im Privatrecht wird unterschieden zwischen Einzelunternehmen, Stiftungen und Gesellschaften im weitesten Sinne.

Gesellschaften im weitesten Sinne können nach folgenden Merkmalen unterschieden werden: Personengesellschaften, Körperschaften und Sonderformen (hier nicht von Belang). Im Zusammenhang mit den Pflegebetrieben interessieren bei den Personengesellschaften die sog. Außengesellschaften und von diesen die BGB-Gesellschaft, auch Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) genannt. Zu dieser Kategorie zählen noch die KG und die OHG, die aber in dem untersuchten Segment nicht anzutreffen sind. Bei den Körperschaften wird wiederum unterschieden zwischen Vereinen (Idealverein und wirtschaftlicher Verein) sowie Kapitalgesellschaften, zu denen die Gesellschaft mit beschränkter Haftung zählt.

Fragen der steuerlichen Behandlung, der Liquidation sowie des Gesellschafterwechsels werden im folgenden nicht diskutiert, da sie im Zusammenhang mit der Zielsetzung der Arbeit nicht von Belang sind.

2 DIE BGB-GESELLSCHAFT (GBR)

„Bei der BGB-Gesellschaft handelt es sich um eine auf Vertrag beruhende Personenvereinigung ohne eigene Rechtsfähigkeit zur Förderung eines von den Gesellschaftern gemeinsam verfolgten, beliebigen Zwecks.“⁴

Wesentliches Kennzeichen einer BGB-Gesellschaft sind demnach:

- ein **Vertrag** zwischen zwei oder mehreren Personen,
- gerichtet auf die Erreichung des **gemeinsamen Zwecks**,
- den zu **fördern** sich alle Vertragspartner verpflichten (Förderungspflicht).⁵

Für die BGB-Gesellschaft findet sich somit ein breites Anwendungsspektrum. Eine BGB-Gesellschaft wird durch den Abschluß eines Vertrages zwischen mehreren Gesellschaftern gegründet. Die Schriftform ist für einen solchen Vertrag nicht zwingend notwendig, kann also stillschweigend oder ausdrücklich erfolgen. Gesellschafter kann jede natürliche oder juristische Person werden bzw. sein. Das Vermögen der Gesellschaft wird aus dem Vermögen gebildet, welches die Gesellschafter einbringen um ihren gemeinsamen Zweck zu verfolgen. Mit anderen Worten:

„Alles, was die Gesellschafter durch ihre Tätigkeit jetzt oder später in Verfolgung des gemeinsamen Zwecks erwerben und erwirtschaften, wird gemeinsames Vermögen, einschließlich der Surrogate.“⁶

Wichtig im Zusammenhang mit der Entscheidungs- und somit Handlungsfähigkeit eines (Pflege-) Betriebes ist das sog. Innenverhältnis. Hier geht es um die Rechtsstellung der Gesellschafter untereinander bzw. zu „der“ Gesellschaft. Im Außenverhältnis werden Fragen der Vertretung geregelt. Das Recht, die Geschäfte zu führen, fällt bei der BGB Gesellschaft grundsätzlich den Gesellschaftern gemeinschaftlich zu, sie haben die entsprechenden Rechte und Pflichten. Pflicht heißt hier: Mitwirkung bei der Verfolgung des Gesellschaftszwecks, Recht sichert den Einfluß auf das Schicksal der Gesellschaft. Bei diesem Organisationsprinzip spricht man auch vom „positiven Konsensprinzip“⁷ Im Gesellschaftsvertrag kann die Führung der Geschäfte mehreren Gesellschaftern übertragen werden, wobei eine Aufteilung der Geschäftsführungsbefugnisse möglich ist. Gesellschafter A ist z.B. für die Verwaltung zuständig, Gesellschafter B übernimmt die Pflegedienstleitung usw.. Dies heißt jedoch im Endeffekt, daß die Geschäftsführung gemeinschaftlich erfolgt und für anstehende Entscheidungen die Zustimmung aller Gesellschafter notwendig ist. Bei einer größeren Anzahl von Gesellschaftern kann dies natürlich Probleme mit sich bringen, da der interne Abstimmungsaufwand ansteigt. Das Gesetz sieht alternativ zur gemeinschaftlichen Geschäftsführung eine Einzelgeschäftsführungsbefugnis vor. Durch einen Passus im Gesellschaftsvertrag kann die Geschäftsführungsbefugnis einem einzelnen Gesellschafter übertragen werden.

⁴ Klunzinger, Eugen (1993): Grundzüge des Gesellschaftsrechts S. 13.

⁵ Kraft, Alfons (1997): Gesellschaftsrecht S. 83.

⁶ Klunzinger, Eugen (1993): Grundzüge des Gesellschaftsrechts S. 27

⁷ a.a.O.: S.29.

„Dies ist entweder in der Weise möglich, daß nur einer der Gesellschafter zur Geschäftsführung ermächtigt wird, denkbar ist es aber auch, daß mehrere Gesellschafter Geschäftsführungsbefugnis in der Weise erlangen, daß jeder für sich allein zu handeln berechtigt ist.“⁸ (wie im zuvor genannten Beispiel).

Würden die Geschäftsführungsbefugnisse einem einzelnen Gesellschafter übertragen, kann ein anderer Gesellschafter Widerspruch gegen ein abgeschlossenes Rechtsgeschäft einlegen und das Geschäft muß unterbleiben. Dazu folgendes Beispiel: Gesellschafter A möchte für den Pflegebetrieb ein neues Fahrzeug anschaffen, Gesellschafter B hingegen hält das Fahrzeug für den vorgesehenen Zweck als nicht geeignet, so darf A das Fahrzeug nicht bestellen, sofern im Gesellschaftsvertrag keine andere Regelung getroffen und ein Widerspruchsrecht ausgeschlossen wurde. Wäre das Widerspruchsrecht im Gesellschaftsvertrag ausgeschlossen worden, könnte A in dem genannten Fall das gewünschte Fahrzeug bestellen.

Einem Gesellschafter kann die Geschäftsführung entzogen werden durch eine Festlegung im Gesellschaftsvertrag (z.B. zeitliche Frist, oder andere Regelungen, sofern sie nicht gegen die guten Sitten verstoßen), oder durch einen einstimmigen Beschluß aller Gesellschafter, es muß jedoch ein wichtiger Grund vorliegen. Dies ist der Fall, bei „Grober Pflichtverletzung“ oder „Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung“. Maßgebend sind jedoch die im Gesellschaftsvertrag genannten Voraussetzungen.

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Von der Geschäftsführung ausgeschlossene Gesellschafter haben nach § 716 BGB Kontrollrechte. Diese Kontrollrechte erstrecken sich auf die Einsicht in die Geschäftsbücher und Papiere der Gesellschaft (Verträge, Schriftverkehr...) sowie eine persönliche Unterrichtung. Der Gesellschafter kann sich aus den Unterlagen eine Übersicht über den Stand der Gesellschaft und ihres Vermögens anfertigen.

In einer BGB-Gesellschaft wird die Geschäftsführung mit der Vertretung verknüpft. Unter Vertretung versteht man die Darstellung nach außen, sowie die Abgabe wirksamer Erklärungen. Durch die Verkopplung reicht die Vertretungsbefugnis so weit wie die Geschäftsführungsbefugnisse. Ebenso wie bei der Geschäftsführung kann die Vertretungsbefugnis mehreren oder einem einzelnen übertragen werden. Es gelten im Grundsatz die gleichen Regeln wie bei der Geschäftsführung.

Enthält der Gesellschaftsvertrag keine gesonderten Regeln über die Verteilung von Gewinn und Verlust, gilt der Grundsatz, daß die Gesellschafter zu gleichen Teilen an Gewinn und Verlust beteiligt sind. Für Gesellschaftsschulden - die im Zusammenhang mit dem Betrieb entstanden sind - haften alle Gesellschafter gesamtschuldnerisch auch mit ihrem Privatvermögen. Haben Gläubiger Forderungen/Titel gegen die Gesellschaft und kann diese den Forderungen nicht nachkommen, haften die Gesellschafter mit ihrem Privatvermögen.

⁸ a.a.O.: S. 29.

3 DIE GESELLSCHAFT MIT BESCHRÄNKTER HAFTUNG (GMBH)

„Die GmbH ist eine Handelsgesellschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit, die zu jedem gesetzlich zulässigen Zweck errichtet werden kann und für deren Verbindlichkeiten den Gläubigern nur das Gesellschaftsvermögen haftet.“⁹

Um eine GmbH zu errichten muß durch einen oder mehrere Gesellschafter ein notarieller Gesellschaftsvertrag (Satzung) abgeschlossen, und von allen Gesellschaftern bzw. Gründern unterzeichnet werden. In einem solchen Gesellschaftsvertrag muß festgeschrieben sein, wo die Firma ihren Sitz hat und was Gegenstand des Unternehmens ist (in welchen Bereichen die Gesellschaft tätig werden möchte). Zudem ist ein Stammkapital in Höhe von mindestens DM 50.000,- erforderlich. Dieses Stammkapital stellt eine Art Garantiesumme für die Gläubiger dar - ist jedoch nicht identisch mit dem Gesellschaftsvermögen - da die Gesellschafter für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft nicht persönlich haften. Die Mindesthöhe einer Stammeinlage muß mindestens DM 500,- je Gesellschafter betragen, kann aber in der Höhe je nach Gesellschafter variieren und in bar oder Sachwerten erbracht werden. Änderungen des Stammkapitals, die sich durch Kapitalerhöhung oder -herabsetzung ergeben haben zur Folge, daß der Gesellschaftsvertrag geändert werden muß.

Da die GmbH eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt, wird sie erst durch Organe handlungsfähig. Das GmbH-Gesetz schreibt zwingend folgende Organe vor: den Geschäftsführer sowie die Gesamtheit der Gesellschafter (Gesellschafterversammlung). Als fakultatives Organ kennt die GmbH den Aufsichtsrat.

¹⁰

Der Geschäftsführer ist der gesetzliche Vertreter der GmbH. Ihm kommt die Aufgabe zu, die Geschäfte zu führen und die Gesellschaft nach außen zu vertreten, im Sinne des Gesellschaftsvertrages. Die Bestellung des Geschäftsführers erfolgt entweder im Gesellschaftsvertrag oder später durch die Gesellschafter (durch Beschluß der Gesellschafterversammlung), oder durch eine im Gesellschaftsvertrag bestimmte andere Institution, etwa dem Aufsichtsrat. Der Geschäftsführer kann Gesellschafter sein, muß es aber nicht, d.h. auch eine außenstehende Person kann durch die Gesellschafterversammlung zum Geschäftsführer bestellt werden. Allerdings muß der Geschäftsführer persönliche Voraussetzungen erfüllen die da wären: Wer wegen bestimmter Konkursdelikte bestraft worden ist bzw. dem die Berufsausübung gerichtlich untersagt wurde, kann nicht Geschäftsführer werden. Eine Gesellschaft kann einen oder mehrere Geschäftsführer haben. Der Geschäftsführer ist zum ordnungsgemäßen Erstellen eines Jahresabschlusses und eines Lageberichts der GmbH verpflichtet. Die Gesellschaft wird durch die in ihrem Na-

⁹ Klunzinger, Eugen (1993): Grundzüge des Gesellschaftsrechts. S. 218.

¹⁰ vgl. Kraft, Alfons und Kreutz, Peter (1996): Gesellschaftsrecht S. 335

men tätigen Geschäftsführer vorgenommenen Rechtsgeschäfte berechtigt und verpflichtet. Dabei ist es gleichgültig, ob das Geschäft ausdrücklich im Namen der Gesellschaft vorgenommen worden ist oder ob die Umstände ergeben, daß es nach dem Willen der Beteiligten für die Gesellschaft vorgenommen werden sollte. Die Befugnisse eines Geschäftsführers können im Innenverhältnis Beschränkungen durch Gesellschafterbeschlüsse auferlegt werden. Ein Geschäftsführer kann jeder Zeit durch Widerruf von seiner Tätigkeit entbunden werden, insbesondere bei grober Pflichtverletzung oder Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung. Der Geschäftsführer ist bei Pflichtverletzungen schadenersatzpflichtig.

Zentrales Organ der GmbH ist die Gesellschafterversammlung, ihre Kompetenzen leiten sich im wesentlichen aus dem Gesellschaftervertrag ab. Sind dort keine näheren Bestimmungen getroffen, stehen den Gesellschaftern Entscheidungsrechte zu folgenden Punkten zu: Die Feststellung des Jahresabschlusses und die Verwendung des Ergebnisses, Bestellung, Abberufung und Entlastung von Geschäftsführern, die Geschäftsführung zu überprüfen und zu überwachen, sowie die Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Gesellschaft gegen Geschäftsführer oder Gesellschafter. Die ordentlichen Gesellschafterversammlungen werden durch den Geschäftsführer per Einschreiben einberufen, mit einer Ladefrist von 1 Woche. Die Abstimmung in Gesellschaftsangelegenheiten erfolgt durch Beschlußfassung nach Mehrheit der Abgegebenen Stimmen. Dies geschieht im allgemeinen nach Geschäftsanteilen. Mit einer $\frac{3}{4}$ Mehrheit können Satzungsänderungen vorgenommen werden.

4 DER EINGETRAGENE VEREIN (E.V.)

Allgemein bezeichnet ein Verein eine „auf die Dauer berechnete Verbindung einer größeren Anzahl von Personen zur Erreichung eines gemeinsamen Zwecks, die nach ihrer Satzung körperschaftlich organisiert ist, einen Gesamtnamen führt und auf einen wechselnden Mitgliederbestand angelegt ist.“¹¹

Der Verein unterscheidet sich somit z.B. von der Gesellschaft bürgerlichen Rechts durch seinen körperschaftlichen Aufbau, d.h. er ist dadurch gekennzeichnet, daß er über Organe verfügt und durch diese vertreten wird. Im folgenden werden die rechtsfähigen, nichtwirtschaftlichen Vereine (Idealvereine) betrachtet, da sie auf dem sozialen Sektor dominieren insbesondere in der freien Wohlfahrtspflege.

Um einen Verein ins Leben zu rufen, muß der sogenannte Gründungsakt vollzogen werden. Erforderlich sind mindestens sieben Gründungsmitglieder. Diese müssen eine Satzung errichten, die Angaben zu Zweck, Name und Sitz des Vereins macht. Die Satzung ist im Prinzip ein von den Gründern abgeschlossener Vertrag. Die Gründer müssen einen Vereinsvorstand (eine oder mehrere Personen) bestellen, der dann wiederum die Eintragung ins Vereinsregister beim Registergericht beantragt. Das Registergericht überprüft dann, ob alle materiellen Eintragungsvoraussetzungen erfüllt sind. Erhebt die Behörde keinen

¹¹ Kraft, Alfons und Kreutz, Peter (1996): Gesellschaftsrecht S. 261.

Einspruch gegen die Eintragung, so erfolgt diese und der Verein hat sich konstituiert und darf sich e.V. nennen. In der Satzung müssen folgende Punkte geregelt sein: Wie oben schon erwähnt, **muß** Zweck, Name und Sitz des Vereins enthalten sein. Sie **soll** Bestimmungen enthalten zu Eintritt und Austritt der Mitglieder; darüber, ob und welche Beiträge zu leisten sind; über die Bildung des Vorstandes; sowie über die Berufung der Mitgliederversammlung und die Beurkundung von ihr gefaßter Beschlüsse.¹²

Die Mitgliederversammlung ist höchstes (Willensbildungs-) Organ des Vereins. Sie ist zuständig für alle Angelegenheiten, die z.B. nicht dem Vorstand zugewiesen wurden, insbesondere für die Bestellung und Abberufung des Vorstandes. Entscheidungen werden in der Mitgliederversammlung in der Regel mit einfacher Mehrheit (Satzungsänderungen mit Dreiviertelmehrheiten) der erschienen Mitglieder beschlossen.

*„Der Vorstand ist dasjenige notwendige Vereinsorgan, das die Geschäfte führt und nach außen handelt.“*¹³ Bestellt wird der Vorstand durch die Mitgliederversammlung. Zum Vorstand kann eine einzelne Person oder mehrere Personen bestellt werden. Diese vertreten dann zusammen den Verein, sofern nicht eine Einzelvertretung angeordnet ist oder der Vorstand selbst einzelne seiner Mitglieder zu alleinigem Handeln ermächtigt hat.

Die Verantwortung bzw. die Haftung für das Handeln oder Nicht-Handeln eines Vorstandsmitgliedes oder des Vorstandes insgesamt und den daraus eventuell entstehenden Schaden trägt nicht der Vorstand, sondern der Verein! Da die Mehrzahl der Vereinsvorstände im sozialen Sektor ehrenamtlich arbeiten, wird häufig vom Vorstand ein hauptamtlicher Geschäftsführer angestellt, auch um den Vorstand vom Alltagsgeschäft zu entlasten. Auch hier liegt wiederum die endgültige Verantwortung in Händen des Vorstandes bzw. des Vereins.

Den Mitgliedern - durch Beteiligung an der Gründung oder späterem Beitritt - des Vereins kommen Rechte und Pflichten zu. Zu ihren Rechten zählen: Das Wahlrecht, Recht zur Teilnahme an der Mitgliederversammlung und Stimmrecht als organschaftliche Rechte. Die Pflichten bestehen im wesentlichen in der Beitragspflicht - sofern welche erhoben werden - und einer allgemeinen Treuepflicht. Die Mitgliedschaft endet durch Austritt, Ausschluß, Tod oder Beendigung des Vereins

¹² a.a.O.: S. 267

¹³ Reinhardt, Rudolf und Schultz, Dietrich (1981): Gesellschaftsrecht S. 159.

5 DAS EINZELUNTERNEHMEN

Bei einem Einzelunternehmen oder Freiberufler vereinen sich alle Funktionen in einer Person: Das Innenverhältnis, die Geschäftsführung und das Außenverhältnis. Der Unternehmer trägt alle Rechte und Pflichten, somit auch die gesamtschuldnerische Haftung. Er ist Eigentümer und sozusagen zugleich auch Geschäftsführer. Er kann im Grundsatz nach Belieben handeln und ist keiner anderen Person Rechenschaft schuldig. Die Befugnis, Entscheidungen zu treffen, liegt allein in seinem Ermessen, mit allen positiven wie negativen Konsequenzen.

C. RAHMENBEDINGUNGEN

Wie sind die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung ausgestaltet, die für die ambulanten Pflegebetriebe verbindlich sind und gewisse Mindestvoraussetzungen und Standards vorgeben? Die Regelungen im SGB XI und Maßgaben der Rahmenverträge auf Länderebene gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zu kennen, ist aus mehreren Gründen erforderlich. Pflegebetriebe, die einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen anstreben, müssen Anforderungen, wie sie in § 71 SGB XI oder den Rahmenverträgen und -empfehlungen in § 75 SGB XI niedergelegt sind, erfüllen. Dies ist zwingende Voraussetzung, ansonsten werden sie zur Versorgung der Versicherten nicht zugelassen. Im Zusammenhang mit der zentralen Fragestellung dieser Arbeit ist von Interesse, inwieweit die Pflegebetriebe die Rahmenvorgaben einhalten oder von diesen abweichen. Der Grad der Abweichung ist von Bedeutung, da damit eventuelle Kostenvorteile oder auch Nachteile für die Träger ausgemacht werden können und somit günstigere Kostenstrukturen zu erklären sind. Gleiches gilt natürlich auch für die Qualität und für die Maßnahmen zu deren Sicherung.

1 VERTRAGSRECHT

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Den Pflegekassen kommt im Rahmen von § 69 SGB XI des sogenannten Sicherstellungsauftrag die Aufgabe zu, „*eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten*“¹⁴ sicherzustellen. Um die im Sicherstellungsauftrag festgeschriebene Leistungsverpflichtung der Pflegekassen mit Leben zu füllen, hat der Gesetzgeber vier Vertragsgebilde vorgesehen, die da wären:

Rahmenempfehlungen auf Bundesebene (§ 75 Abs. 5 SGB XI),
Rahmenverträge auf Landesebene (§ 75 Abs. 1 SGB XI) sowie die
Versorgungsverträge (§ 72 SGB XI) und
Vergütungsvereinbarungen (§ 89, 90 SGB XI)¹⁵

Grundlage für das Vertragswesen in der Pflegeversicherung bilden die Rahmenempfehlungen auf Bundesebene, welche zugleich das Bestreben formulieren, eine möglichst ökonomische und nach einheitli-

¹⁴ 69 SGB XI Satz 1

¹⁵ Vogel/Schaaf (1995): Soziale Pflegeversicherung SGB XI. S. 198.

chen Grundsätzen gestaltete pflegerische Versorgung im Bundesgebiet sicherzustellen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erarbeiten unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe nach § 75 Abs. 5 SGB XI Empfehlungen, die als Grundlage zur Ausgestaltung der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI auf Länderebene dienen.

Von Belang für die Pflegebetriebe sind die auf Länderebene abgeschlossenen Rahmenverträge, welche auf den Rahmenempfehlungen des Bundes aufbauen. Die Rahmenverträge werden im allgemeinen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam abgeschlossen. Bei Rahmenverträgen in der ambulanten Pflege werden die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger zu den Vertragsabschlüssen hinzugezogen.

Um die traditionell gewachsenen Strukturen der kirchlichen und wohlfahrtsverbandlichen Sozialfürsorge zu berücksichtigen, besteht für Einrichtungen, die den Kirchen und den Trägern zuzurechnen sind, die Möglichkeit, eigene Rahmenverträge mit dem zuständigen Wohlfahrtsverband abzuschließen.¹⁶

„Ziel der Verträge ist die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung (Abs. 1 Satz 1), d.h. mit ihrer Hilfe soll vor allem eine Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 29 Abs. 1) erreicht werden.“¹⁷

Zentrale Intention der Rahmenverträge ist es, im Land eine einheitliche und wirtschaftliche Versorgungsstruktur für die Versicherten zu errichten und sicherzustellen. Aus diesem Grund wird auch der Medizinische Dienst der Krankenkasse in die Rahmenverträge miteinbezogen. Der Inhalt der Rahmenverträge wird in § 75 Abs. 2 Nummern 1- 8 SGB XI aufgezählt, jedoch nicht abschließend festgelegt. Von Relevanz ist in diesem Zusammenhang, daß Regelungen getroffen werden sollen zu dem Inhalt von Pflegeleistungen, zu den Maßstäben und Grundsätzen für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene personelle Ausstattung, sowie zu Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Für alle im Inland zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie für die Pflegekassen sind die Rahmenverträge unmittelbar verbindlich. Es besteht die Möglichkeit, daß eine Schiedsstelle (§ 76 SGB XI) den Inhalt eines Rahmenvertrags festlegt, wenn dies eine Vertragspartei beantragt und zuvor kein Vertrag bis zum entsprechenden Stichtag dem 31.03.1995 für ambulante Dienste abgeschlossen wurde.

„Die Rahmenverträge können von jeder Vertragspartei ganz oder teilweise gekündigt werden. Dies gilt auch dann, wenn der Inhalt eines Vertrages durch eine Entscheidung der Schiedsstelle festgesetzt worden ist. Die Kündigung wird erst nach einem Jahr wirksam.“¹⁸

¹⁶ a.a.O.: S. 199.

¹⁷ Udsching, Peter (1995): SGB XI, Soziale Pflegeversicherung: Kommentar, S. 351.

¹⁸ a.a.O.: S. 355.

1.2 Inhalt der Rahmenverträge in Baden-Württemberg

Die Rahmenverträge in Baden-Württemberg, welche für die Pflegebetriebe im Landkreis Konstanz maßgeblich sind, enthalten folgende Vereinbarungen bzw. (Mindest-) Standards: ¹⁹

Leistungen, die durch die Pflegedienste erbracht werden, sollen - ähnlich wie in § 12 SGB V - **wirksam und wirtschaftlich** sein, sowie das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

Die **Qualität** der Pflegeleistungen soll auf den Maßgaben nach § 80 SGB XI aufbauen bzw. diese erfüllen. Den Pflegediensten wird die Pflicht auferlegt, die **Pflegebedürftigen** in ihrem Einzugsgebiet - Bestandteil des Versorgungsvertrages ambulanter Betriebe - zu **jeder Tages- und Nachtzeit**, sowie **an Sonn- und Feiertagen zu versorgen** (erfordert Rufbereitschaft von den Diensten), sofern dies ihre personellen Möglichkeiten nicht übersteigt. Um die Leistungsfähigkeit unter allen Umständen sicherzustellen, kann der Pflegedienst hierzu mit anderen Pflegediensten kooperieren.

„(1) Die personelle Ausstattung des Pflegedienstes muß eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch -pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleisten“ ²⁰

Dazu schreiben die Rahmenverträge vor, daß der **Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte (610 DM-Kräfte)** erbracht wird, die **20 %-** Marke möglichst nicht übersteigen soll. Diese Grenze hat der Gesetzgeber vermutlich gezogen, um eine gewisse Kontinuität in der Pflege sicherzustellen, damit der Pflegebedürftige nicht bei jedem Hausbesuch mit einer anderen Pflegekraft konfrontiert wird. Der Pflegebetrieb muß Pflegekräfte im Umfang von mindestens **3 sozialversicherungspflichtigen Vollstellen** mit jeweils mind. 38,5 Wochenstunden nachweisen. Von diesen 3 Vollstellen müssen **1,75 Vollstellen mit examiniertem Pflegefachpersonal** (3-jährige Ausbildung, zumindest des Leiters/der Leiterin und deren Stellvertreter) besetzt sein.

Zu **dokumentieren** haben die Pflegedienste den Personaleinsatz in Form von Einsatzplänen, aus denen ersichtlich ist, wieviel Zeit jeweils auf Fort- und Weiterbildung, Dienstbesprechungen sowie Ausfallzeiten insbesondere durch Krankheit und Urlaub aufgewendet wurden bzw. entfallen sind. Ebenso sind die Zeiten zu dokumentieren, die mit leitenden, administrativen und organisatorischen Aufgaben verbracht wurden.

¹⁹ Kesselheim, Harald (Hrsg) (1997): Die Praxis der Pflegeversicherung, S. 15 Muster Rahmenvertrag

²⁰ a.a.O.

1.3 Der Versorgungsvertrag

Die Rahmenverträge haben überörtliche und überbetriebliche Bedeutung. Sie werden von den Wohlfahrtsverbänden und Vertretern der pflegenden Berufe mit den Kostenträgern auf Länderebene abgeschlossen. Versorgungsverträge werden individuell, vor Ort und mit jedem Pflegebetrieb gesondert abgeschlossen, jedoch sind Regelungen und Bestimmungen der Rahmenverträge Bestandteil der Versorgungsverträge. Vertragsparteien sind in diesem Fall die Pflegekassen insgesamt und der einzelne Pflegedienst.

1.3.1 Voraussetzungen

Ein Pflegebetrieb muß bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um überhaupt erst mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag aushandeln und abschließen zu können. Maßgeblich hierfür sind die Vorschriften in den §§ 71, 72 SGB XI.

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) müssen nach § 71 SGB XI *selbständig wirtschaftende Einrichtungen* sein, die unter *ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen*.²¹

Laut der amtlichen Begründung zu § 71 SGB XI (BT 12/5262) zählen nicht nur die herkömmlichen Sozialstationen in freigemeinnütziger Trägerschaft, sondern auch die privaten Hauspflegedienste zu den Pflegediensten.²²

Pflegedienste die auf dem Sektor der ambulanten Pflege arbeiten, sind durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

*Die Pflegebedürftigen müssen vom Pflegedienst in ihrer Wohnung gepflegt und hauswirtschaftlich versorgt werden, die Organisation des Pflegedienstes muß auf Dauer angelegt sein und setzt eine „organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmittel voraus, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage ist, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet „rund um die Uhr“ zu gewährleisten.“*²³

Außerdem muß die angebotene Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten leitenden Pflegefachkraft ausgeübt werden.

²¹ vgl. § 71 SGB XI

²² vgl. Wasem: PflegeV-Komm., 9 Erg.-Lfg. Mai 1995 2100 § 89 Nr. 13

²² Wasem: PflegeV-Komm., 9. ERg.-Lfg. Januar 1997 2100 § 89 Nr. 15

²² Wasem: PflegeV-Komm., 9. ERg.-Lfg. Mai 1995 2100 oder BT-Drucksache 12/5262

²³ a.a.O.

1.3.2 Abschluß von Versorgungsverträgen

Der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI hat eine Art „Führerscheinfunktion“ auf dem Pflegemarkt. Nur, wer diese „Zulassung“ besitzt, ist berechtigt, die Versicherten der Pflegekassen mit pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Leistungen (Sachleistungen) zu versorgen. Der Vertrag wird zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen (den Finanzierern) im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land und dem Träger der Pflegeeinrichtung abgeschlossen. Das Gesetz schreibt für jede Pflegeeinrichtung, die zur Versorgung zugelassen werden soll, einen individuellen Versorgungsvertrag mit einem konkreten Versorgungsauftrag über Art, Inhalt und Umfang der Leistungen vor.²⁴

Dem Anschein, der hier erweckt wird, der konkrete Inhalt des Versorgungsvertrages sei mit jeder einzelnen Pflegeeinrichtung individuell auszuhandeln, wird durch § 75 Abs. 1 Satz 3 revidiert. Danach sind die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Einrichtungsträger in einem Land gemeinsam und einheitlich abgeschlossenen Rahmenverträge nicht nur für die Pflegekassen, sondern auch für sämtliche zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich. Angesichts des in § 75 Abs. 2 aufgeführten Katalogs von Regelungsmaterien kann damit der Inhalt des Versorgungsauftrags weitgehend durch Rahmenverträge vorgegeben sein. Hiergegen bestehen keine Bedenken, soweit der Inhalt von Rahmenverträgen im Einzelfall zum Gegenstand eines Versorgungsvertrages gemacht wird.“²⁵

Für den Abschluß des Vertrags ist die Schriftform erforderlich.

Stellt ein Pflegedienst den Antrag auf Abschluß eines Versorgungsvertrages, muß er zuerst den sog. Strukturhebungsbogen der Pflegekassen ausfüllen. Dieser Bogen dient dazu, Daten über den betreffenden Dienst zu erheben, um nachvollziehen zu können, ob die Voraussetzungen nach § 71 SGB XI und die Vorgaben des Rahmenvertrages auf Landesebene § 75 Abs. 1 SGB XI erfüllt werden. Die Pflegekassen überprüfen, ob der Pflegedienst alle Kriterien erfüllt, und beginnen dann erst, sofern dies der Fall ist, mit dem sogenannten Unterschriftenverfahren. Haben alle Pflegekassen dem Antrag zugestimmt, wird der Dienst zugelassen und ist somit berechtigt, Patienten der Pflegekassen mit Sachleistungen zu versorgen und diese abzurechnen. Dieses Verfahren nimmt ca. 3 -4 Wochen in Anspruch.²⁶

Im Versorgungsvertrag wird der örtliche Einzugsbereich festgelegt. Damit ist der Pflegebetrieb örtlich gebunden und festgelegt, kann aber Patienten aller Pflegekassen aus der gesamten Bundesrepublik versorgen, da die Kassen nur gemeinsam Versorgungsverträge²⁷ abschließen können. Eine Beschränkung der Zulassung von Pflegediensten im Sinne einer „bedarfsgerechten“ Versorgung, wie sie auf dem Krankenhaussektor zur Vermeidung von Überkapazitäten existiert, ist der Pflegeversicherung fremd. Die Pflegekassen können also über den aktuellen Versorgungsbedarf hinaus Betriebe zur Pflege der

²⁴ vgl. Wasem (1995): PflegeV-Kommentar § 72 amtliche Begründung BT.-Drucksache 12/5262

²⁵ Udsching, Peter (1995): SGB XI, Soziale Pflegeversicherung: Kommentar, S. 338

²⁶ Information der AOK Pflegekasse für den Landkreis Konstanz

²⁷ vgl. § 81 Abs. 1 SGB XI

Versicherten zulassen und tun dies auch. Mit diesem Verfahren soll der Pflegemarkt offen gehalten und der Wettbewerb zwischen den Anbietern forciert werden.

Da in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich des einzelnen Pflegebetriebes bestimmt wird, halten die Pflegekassen ein indirektes Steuerungsinstrument für den Wettbewerb in der Hand. Die Pflegekassen im Landkreis Konstanz sind nach eigenen Angaben sehr großzügig bei der Vergabe des Einzugsbereiches an die Pflegedienste, d.h., es wird im allgemeinen der Einzugsbereich im Versorgungsvertrag festgeschrieben, den der Pflegedienst beantragt hat. Dies erfolgt jedoch unter der Prämisse, daß der Pflegedienst glaubhaft nachweisen muß, wie er die Patienten in entlegenen Ortschaften, fern dem Standort seines Betriebes, versorgen kann. Ein Pflegebetrieb kann also durchaus den ganzen Landkreis Konstanz als Einzugsgebiet im Versorgungsvertrag festschreiben lassen. Der Pflegedienst muß dann jedoch nachweisen, ob er z.B. in der Lage ist, Patienten in einem kleinen Ort am Rand des Landkreises im Hegau zu versorgen, wenn er seinen Sitz in Konstanz hat. Eine Möglichkeit, die Versorgung der dortigen Patienten sicherzustellen, wäre ein schriftlicher Kooperationsvertrag mit einem dort ansässigen Pflegedienst. Eine andere Möglichkeit besteht darin, wie es z.B. das Deutsche Rote Kreuz oder die Arbeiterwohlfahrt praktizieren, eine Zentrale für den Pflegedienst einzurichten (DRK in Radolfzell, AWO in Singen) mit Außenstellen (z.B. in Konstanz, Singen, Stockach, etc.). Die Zentrale nimmt die Aufgaben der Pflegedienstleitung und die Abrechnung mit den Pflegekassen wahr, während die Außenstellen die bürgernahe pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung in allen Orten des Landkreises bewerkstelligen.

Der Abschluß der Versorgungsverträge wird in § 73 SGB XI geregelt. Es handelt sich hierbei um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, in dem sich die beiden Vertragsparteien gleichrangig und gleichberechtigt gegenüberstehen.

Eine wichtige Regelung im Zusammenhang mit den Versorgungsverträgen ist der Bestandsschutz. Dieser besagt, daß ambulante Pflegedienste, die vor dem 1. Januar 1994 schon Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern z.B. Verträge mit Krankenkassen über häusliche Pflegehilfe nach § 132 Abs. 1 Satz 2 SGB V abgeschlossen hatten, Bestandsschutz genießen. Im Ergebnis bedeutet dies, daß bei diesen Pflegebetrieben von Gesetzes wegen ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt. Voraussetzung allerdings ist, daß die Pflegebetriebe die Anforderungen aus § 71 SGB XI erfüllen sowie die Gewähr geben müssen, daß sie den Versicherten eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung anbieten. Die Landesverbände der Pflegekassen überprüfen, ob diese Voraussetzungen im Einzelfall erfüllt werden.

Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er gemäß § 74 SGB XI gekündigt oder durch einen neuen Versorgungsvertrag ersetzt wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der Versorgungsvertrag eine rein „statusbegründende“ Funktion hat.

„Er ist weder ein „Beschaffungsvertrag“, mit dem die Erbringung der Sachleistung „Pflegerische Versorgung“ zugunsten des einzelnen Versicherten sichergestellt werden soll, noch beinhaltet er Belegungs- oder Preisabsprachen.“²⁸

1.3.3 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit zieht sich als zentraler Gedanke durch die Soziale Pflegeversicherung.

„So ist die Zulassung einer Pflegeeinrichtung zur pflegerischen Versorgung nach § 72 SGB XI davon abhängig, daß die Einrichtung die Gewähr für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung bietet. Um dieses Gebot nicht als leere Worthülse stehen zu lassen, hat der Gesetzgeber Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen (§ 79 SGB XI).“²⁹

Die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen liegt in Händen und im Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen. Wirtschaftlichkeitsprüfungen müssen durchgeführt werden, wenn es Anzeichen gibt, daß die Pflegeeinrichtung keine Gewähr mehr für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung bietet oder gar die Voraussetzungen des § 71 SGB XI nicht mehr erfüllt (Bezugnahme auf § 72 Abs. 3 Satz 1).³⁰ Zur Prüfung der betreffenden Pflegeeinrichtung wird ein unabhängiger und fachlich geeigneter Sachverständiger bestellt, zuvor ist jedoch der Träger der Pflegeeinrichtung anzuhören, vgl. § 79 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Sollte der Träger eine Prüfung ablehnen, können die Kassenverbände auch eine sog. einseitige Prüfung durchführen. Detaillierte Regelungen zur Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen enthält das Gesetz nicht, es bleibt den Pflegekassen und Trägervereinigungen auf Länderebene überlassen, solche Richtlinien bzw. Rahmenvereinbarungen auf Basis von Bundesempfehlungen gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI zu erarbeiten. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat den Sachverständigen bei seiner Tätigkeit zu unterstützen, d.h. auf Verlangen notwendige Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hat die Pflegeeinrichtung grob gegen ihre gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder den Kostenträgern verstoßen, kann der Versorgungsvertrag fristlos gem. § 74 Abs. 2 SGB XI gekündigt werden. Ansonsten obliegt es den Kostenträgern, das Prüfungsergebnis festzustellen und Schlußfolgerungen daraus zu ziehen. Sollte nach der Prüfung eine Kündigung des Versorgungsvertrages nicht in Betracht kommen, muß in jedem Fall das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den nächsten Vergütungsvereinbarungen Berücksichtigung finden.³¹ Um die Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf eine einheitliche Grundlage zu stellen, hat die Bundesregierung per Rechtsverordnung am 22 November 1995 eine Buchführungsverordnung erlassen. Diese Möglichkeit ist ihr in

²⁸ Wasem PflegeV-Komm. (1996): § 72 SGB XI. Aus der amtlichen Begründung zum damaligen § 81 (BT-Drucks. 12/5262)

²⁹ Vogel/Schaaf (199?): Soziale Pflegeversicherung SGB XI S. 206.

³⁰ Udsching, Peter (1995): SGB XI, Soziale Pflegeversicherung: Kommentar, S. 363/364.

³¹ a.a.O.

§ 83 SGB XI der Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung eingeräumt, die besagt, daß Vorschriften zur Rechnungs- und Buchführung (§ 83 Abs. 1 Nr. 3) erlassen werden können. Dadurch werden alle zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen verpflichtet, ihre Bücher nach den Regeln der kaufmännischen doppelten Buchführung zu führen. Die Kontenrahmen, nach denen die Buchführung durchzuführen ist, sind ebenfalls vorgegeben. Nach den Übergangsvorschriften müssen die ambulanten Einrichtungen bis spätestens zum 01.01.1998 die Pflegebuchführungsverordnung umgesetzt haben. Die Pflegebuchführungsverordnung bringt einen erheblichen Verwaltungsaufwand mit sich und erfordert aufgrund der Komplexität das Arbeiten mit einer EDV-Anlage. Ob diese Pflegebuchführungsverordnung als Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Zusammenhang mit gedeckelten Pflegevergütungen Sinn macht, ist fraglich. Eine große Zahl von Pflegebetrieben empfindet die momentanen Vergütungen als an der „unteren Grenze“ der Machbarkeit und sehen sich einem enormen Druck ausgesetzt, die (Betriebs-) Kosten zu senken. In diesem Fall wird auf eine Reglementierung, welche die Dienste schon zu wirtschaftlichem Handeln herausfordert bzw. drängt, noch einmal eine Regelung hinzugefügt, die z.T. aufgrund ihres großen verwaltungstechnischen Aufwandes eventuell bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven in der Verwaltung aufzehrt. Außerdem, das sei hier noch angemerkt, sind niedrige Pflegevergütungen für die Pflegekassen wahrscheinlich die einfachere Form von „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“, da sie für alle Pflegedienste, die eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen haben, verbindlich sind (gleiche Bedingungen für alle Anbieter). Eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit mit Hilfe der Buchführungsverordnung wäre dadurch nicht mehr notwendig, da die Dienste unter einem „Spar- und Wirtschaftlichkeitszwang“ stehen.

1.3.4 Qualitätskontrollen

Qualitätssicherung ist in der sozialen Pflegeversicherung ein gesetzlicher Auftrag, dem eine existentielle Bedeutung für die Pflegebetriebe zukommt (§ 80 SGB XI). Ziel ist es, eine dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlich-pflegerischer Erkenntnisse bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten unter dem Postulat der Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten.³²

Um diesem Gesetzesauftrag nachzukommen, sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Träger der Pflegeeinrichtungen angehalten, gemeinsam einheitliche Grundsätze zur Qualitätssicherung auf Bundesebene zu entwickeln und zu vereinbaren. Diese vereinbarten Grundsätze und Maßstäbe sind für die einzelnen Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich und werden durch § 80 Abs. 1 Satz 3 SGB XI angeordnet. Die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung betreffen die Kategorien:

³² Vogel/Schaaf (1995): Soziale Pflegeversicherung SGB XI, S. 207

- Strukturqualität (Qualifikation des Personals, organisatorische Rahmenbedingungen)
- Prozeßqualität (Durchführung der Pflegemaßnahmen) und der
- Ergebnisqualität (Zustand der Pflegebedürftigen).

Qualitätskontrollen sind in § 80 Abs. 2 SGB XI vorgesehen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder durch bestellte Sachverständige durchgeführt werden. Der Ablauf von Prüfungen entspricht im Wesentlichen den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Der Medizinische Dienst bzw. der Sachverständige ist darüber hinaus berechtigt, Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichende Prüfungen anzustellen, und zwar ohne vorherige Konsultation bzw. Information des Einrichtungsträgers. Wurden bei Kontrollen Mängel festgestellt, so hat der Einrichtungsträger das Recht, das Ergebnis der Prüfung zu erfahren, und sich dazu zu äußern, bevor ein Bescheid ergeht. In diesem Bescheid wird der Einrichtungsträger ggf. unter Fristsetzung dazu angehalten, die Mängel zu beseitigen. Unterbleibt die Beseitigung der Mängel, kann der Versorgungsvertrag - in schwerwiegenden Fällen - fristlos gekündigt werden.

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen beschränken sich im ambulanten Bereich ausdrücklich auf die reinen Pflegeleistungen, die hauswirtschaftliche Versorgung wird in die Qualitätssicherung nicht miteinbezogen.

Nach Auskunft der AOK-Pflegekasse für den Landkreis Konstanz wurden bisher noch keine Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen bei Pflegeeinrichtungen im Landkreis durchgeführt. Die Pflegekassen arbeiten an der Vorbereitung solcher Prüfungen. In erster Linie werden diese Prüfungen - so wurde es bisher im stationären Bereich gehandhabt - aufgrund von Hinweisen (durch Angehörige, Bewohner, Mitarbeiter und sonstiger „Quellen“) durchgeführt. Stichprobenartige Prüfungen, wie sie z.B. der Wirtschaftskontrolldienst in Gaststätten durchführt, sind ebenfalls geplant, jedoch in größeren zeitlichen Abständen.

In dem benachbarten Landkreis Bodenseekreis (Friedrichshafen - Überlingen) haben die Pflegekassen schon erste Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt. Bei den Prüfungen gingen die Prüfer sehr restriktiv vor, d.h. schon bei den kleinsten Unregelmäßigkeiten wird der Versorgungsvertrag mit den betreffenden Pflegediensten von den Pflegekassen fristlos gekündigt. Es ist zumindest ein Fall bekannt, nachdem der Pflegedienst seine Zulassung nach einer Wirtschaftlichkeitsprüfungen verloren hat.³³

³³ Dies berichtete ein Pflegedienstleiter/eine Pflegedienstleiterin im Rahmen des durchgeführten Interview.

2 FINANZIERUNG VON PFLEGEEINRICHTUNGEN

2.1 Allgemeines

Die finanziellen Rahmenbedingungen werden im achten Kapitel des SGB XI in den §§ 82 - 92 geregelt. Die Regelungen über die Pflegevergütung betreffen nur die Einrichtungen, die nach § 72 SGB XI einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag können ihre Entgelte mit den Pflegebedürftigen bzw. den Angehörigen frei vereinbaren, diese haben dann jedoch keinen Sachleistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse. (§ 91 SGB XI), aber sehr wohl auf das Pflegegeld.

„Als Pflegevergütung wird das Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen bezeichnet (§ 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1). Hierunter versteht das Gesetz im ambulanten Bereich die in § 36 vorgesehenen Leistungen der häuslichen Pflege, das ist die Grundpflege bei den in § 14 Abs. 4 aufgeführten Verrichtungen sowie Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung.“³⁴

Bei der Bemessung der Pflegesätze ist das Gebot der Beitragsstabilität von den Vertragspartnern zwingend zu beachten. Was hat man darunter zu verstehen? Konkret angewandt bedeutet dies, daß die Pflegesätze in einem definierten Zeitraum nicht stärker ansteigen dürfen als die allgemeinen Beitragsaufkommen vgl. hierzu § 84 Abs. 2 SGB XI.

„Beispiel: Das Beitragsaufkommen aller Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung steigt innerhalb eines Jahres um 3 %. Bei den Vertragsvereinbarungen werden dagegen Steigerungen bei den Pflegesätzen von 5 % vereinbart. Diese Steigerung von 5% hätte möglicherweise einen „system überfordernder“ Charakter.“³⁵

2.2 Bemessungsgrundsätze

Bei der Ermittlung der Pflegesätze brachte das Pflegeversicherungsgesetz in zweierlei Hinsicht entscheidende Neuerungen, die schlagwortartig zusammengefaßt werden können:

- leistungsgerechte Entgelte
- Gleiches Entgelt für gleiche Leistung, keine Differenzierung nach Kostenträgern.

„Das Ziel der Kostendämpfung soll insbesondere dadurch erreicht werden, daß die Entgelte bzw. Pflegesätze gemäß § 93 Abs. 2 BSHG und § 84 Abs. 2 SGB XI zukünftig „leistungsgerecht“ und vor Beginn der Wirtschaftsperiode (prospektiv) vereinbart sein müssen.“³⁶

³⁴ Udsching, Peter (1995): SGB XI, Soziale Pflegeversicherung: Kommentar, S. 371.

³⁵ Vogel/Schaaf (1995): Soziale Pflegeversicherung SGB XI, S. 210.

³⁶ Endt vom, Joachim; Kirchhof, Ralf-R; Mezger, Manfred; Weber-Sieb, Janthe: Grundsätze für die Ermittlung leistungsgerechter Entgelte (Pflegesätze) nach § 93 BSHG n. F. und § 84 SGB XI (Pflege-VG) S. 66. In: ZfS Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung 49. Jg. 3/95.

Die prospektive Festlegung der Pflegevergütung wird im SGB XI zwar nur explizit für den stationären Bereich genannt. Entsprechendes gilt aber auch für die ambulanten Pflegedienste. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegevergütungen ist nicht zulässig (§ 85 Abs. 6 Satz 2 SGB XI).³⁷

§ 89 SGB XI benennt die Bemessungsgrundsätze, nach denen die Pflegesätze ermittelt werden. Danach müssen die Pflegesätze leistungsgerecht sein, d.h. nicht Kosten sollen erstattet werden, sondern Leistungen sollen entsprechend ihrem Aufwand vergütet werden. Der Gesetzgeber wendet sich also gegen das bisher praktizierte Selbstkostendeckungsprinzip. Dies erfordert eine wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtung, auch um den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Arbeitet eine Einrichtung besonders wirtschaftlich und erzielt Überschüsse/Gewinne, können diese bei der Einrichtung verbleiben. Analoges gilt bei unwirtschaftlicher Betriebsführung, die Verluste hat die Einrichtung zu tragen.³⁸

In der ambulanten Pflege wurde das sogenannte Individualprinzip realisiert, nach dem nicht die Verbände der Einrichtungen Vertragspartner der Pflegekassen sind, sondern jede einzelne Einrichtung für sich. „Aufgrund der über Absatz 3 Satz 2 Anwendung findenden Vorschrift des § 85 Abs. 4 Satz 3 besteht allerdings die Möglichkeit für den Träger des Pflegedienstes sich durch Dritte (damit die Trägervereinigungen) vertreten zu lassen.“³⁹

Von dieser Möglichkeit haben und werden die Einrichtungen der Wohlfahrtspflege nach eigener Auskunft auch in Zukunft Gebrauch machen. Das Verfahren für die Pflegevergütung läuft dann folgendermaßen ab: Der Pflegedienst beauftragt durch eine Vollmacht seinen übergeordneten Landesverband, für ihn die Verhandlungen zur Pflegevergütung mit den Pflegekassen zu führen. Der Verband handelt eine Vergütung aus, der dann der einzelne Pflegebetrieb zustimmen muß, da er und nicht der Landesverband Vertragspartner ist. Die freigemeinnützigen Träger verfahren nach diesem Prinzip, um schlagkräftiger und einheitlicher bei Verhandlungen auftreten zu können und so nach Ansicht einiger Geschäftsführer/Geschäftsführerinnen einen besseren Abschluß erzielen zu können, als wenn jeder Betrieb gesondert mit den Pflegekassen verhandeln würde.⁴⁰

Vertragspartner auf der einen Seite ist der einzelne Pflegedienst, auf der anderen Seite stehen die Pflegekassen sowie sonstige Sozialversicherungsträger bzw. der Träger der Sozialhilfe. Voraussetzung für die Pflegekassen, um an den Verhandlungen partizipieren zu können ist, daß die jeweiligen Kostenträger im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als 5 % der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen auf sich vereinte.⁴¹ Die getroffene Vergütungsvereinbarung hat dann auch Gültigkeit und ist

³⁷ Wasem: PflegeV-Komm. (1995): § 89 Nr. 13

³⁸ Wasem: PflegeV-Komm. (1997): § 89 Nr. 15

³⁹ Wasem: PflegeV-Komm. (1995): § 89 Nr. 6

⁴⁰ Dieses Verfahren ist einigen Pflegekassen ein Dorn im Auge. Sie streben in Zukunft individuelle Vergütungsvereinbarungen mit jedem Pflegedienst an. Das bisherige Modell einer landesweiten Vergütung ist für sie eine Ausnahme und soll nur für eine Übergangszeit gelten. Vgl. Nawrath, Viktoria (1996): Vereinbarungen über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gem. § 89 SGB XI In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen Nr. 34 S. 77.

⁴¹ § 89 SGB XI Textausgabe mit Begründung S. 140 Sankt Augustin.

verbindlich für Kostenträger, die z.B. diese 5% Klausel nicht erfüllen konnten, sowie für Selbstzahler und Pflegebedürftige, die in der privaten Pflegeversicherung versichert sind.

Kommt zwischen der Mehrheit der Kostenträger und dem Träger des Pflegedienstes durch Einigung keine Vergütungsvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nach Einleitung der Verhandlungen durch schriftliche Aufforderung zustande, so steht beiden der Weg zur Schiedsstelle nach § 76 offen. Diese hat dann unverzüglich in einem Abstimmungsverfahren eine Vergütung festzulegen. Die Entscheidung wird durch die Mehrheit der Mitglieder getroffen, wobei bei Stimmgleichheit die Stimme des neutralen Vorsitzenden den Ausschlag gibt. Wird diese Entscheidung von einer Vertragspartei nicht akzeptiert, steht der Weg zu den Sozialgerichten offen.

Die Laufzeit der Vergütungsvereinbarungen wird gemeinsam vereinbart und kann nur bei unvorhersehbaren und gravierenden Änderungen verkürzt bzw. dann neue Vergütungen verhandelt werden. Kommen nach Ablauf des Pflegesatzzeitraumes nicht sofort neue Pflegesatzvereinbarungen zustande, gelten die bisherigen Vereinbarungen bis eine neue Vergütungsvereinbarung in Kraft tritt.

Da die Investitionskosten nicht in die Pflegevergütungen aufgenommen werden dürfen, andererseits aber keine Förderungspflicht durch die Länder bzw. die öffentliche Hand besteht, wurde den Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt, Investitionskosten, die von den Ländern nicht oder nicht in voller Höhe gedeckt werden, den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung zu stellen, vgl. § 82 Abs. 3 SGB XI. Eine solche gesonderte Berechnung der Aufwendungen/Investitionskosten muß jedoch von der zuständigen Landesbehörde genehmigt werden.

2.3 Vergütung ambulanter Pflegeleistungen

Die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen wird in den §§ 89 und 90 SGB XI geregelt. Ein bundeseinheitlicher Leistungskatalog wurde in Anknüpfung an die Gliederung der Hilfebereiche in § 14 Abs. 4 SGB XI vorgegeben, der die ambulanten Pflegeleistungen in mehrere große Leistungskomplexe aufteilt und innerhalb dieser Leistungskomplexe weiter untergliedert zu den sog. Leistungspaketen. Diese 20 Leistungspakete umfassen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung und reichen von der Großen Toilette über das Zubereiten einer Mahlzeit bis hin zum Beheizen der Wohnung. *„Die für die jeweilige Verrichtung erforderliche Vor- und Nachbereitung wurde als Bestandteil der Verrichtung gesehen. Für jeden Leistungskomplex wurde ein bestimmter Zeitaufwand angenommen, der in Punktzahlen umgerechnet wurde.“*⁴² Diese Punktzahlen spielen in Baden-Württemberg jedoch keine Rolle, da zusammen mit Hessen ein eigener Weg eingeschlagen wurde. Es wurden nicht Punktwerte, sondern Stundenvergütungen festgelegt.

⁴² vgl. Nawrath, Viktoria (1996): Vereinbarungen über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gem. § 89 SGB XI In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen Nr. 34 S. 73.

Jedes der 20 Leistungspakete erhielt - aufgrund des angenommenen Zeitaufwandes - einen festen Preis, auf Basis der folgenden Stundenvergütungen:

- qualifizierte Pflegekraft: 51,- DM
- hauswirtschaftliche Fachkraft: 45,- DM
- ergänzende hauswirtschaftliche Kraft: 35,- DM
- Reduzierung der Preise beim Einsatz von Zivildienstleistenden.⁴³

Die Leistungspakete und die entsprechenden Entgelte sind wiederum Bestandteil der Rahmenverträge auf Landesebene (§ 75 Abs. 1 SGB XI) und bilden damit die Grundlage für die Abrechnung ambulanter Pflegeleistungen.⁴⁴

Für die Höhe der Vergütung übernimmt § 89 SGB XI im Grundsatz die Regelungen des stationären Bereichs: Bemessung nach einheitlichen Grundsätzen, eine prospektive Ausrichtung, Gebot der Wirtschaftlichkeit, Leistungsgerechtigkeit und im Fall von Konflikten die Lösung dieser durch die Schiedsstelle. Die Regelungen der §§ 84, 85 und 86 SGB XI finden entsprechende Anwendung.

Pflegeleistungen, die durch Familienangehörige erbracht werden, sind durch das Pflegegeld nach § 37 SGB XI abgegolten vgl. auch § 90 Abs. 2 SGB XI.

Die Preise der folgenden Leistungspakete wurden landesweit zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart. Zusätzlich wurden die Preise dieser Leistungspakete bei den Anbietern abgefragt, um in Erfahrung zu bringen, ob Pflegedienste schon individuelle Leistungsentgelte mit den Pflegekassen ausgehandelt haben..

Tabelle 1: Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflegesachleistungen

Preisvereinbarung für Leistungspakete ambulanter Pflegesachleistungen nach § 89 SGB XI

	Fachkraft Pflege DM	Fachkraft Hauswirtsch. DM	ergänzende Hilfe DM	ZDL DM
Große Toilette	38,25 DM	38,25 DM	26,25 DM	13,50 DM
Kleine Toilette	25,50 DM	25,50 DM	17,50 DM	9,00 DM
Vollbad	38,25 DM	38,25 DM	26,25 DM	13,50 DM
Hilfen b. Ausscheidung	17,00 DM	17,00 DM	11,65 DM	
Einf. Hilfen b. Nahrungsaufnahme	8,50 DM	8,50 DM	5,85 DM	3,00 DM
Zubereitung einer Mahlzeit	18,75 DM	18,75 DM	14,60 DM	7,50 DM
Großer Einkauf	45,00 DM	45,00 DM	35,00 DM	18,00 DM
Waschen d. Wäsche/Kleidung	33,75 DM	33,75 DM	26,25 DM	13,50 DM
Grundreinigung d. Wohnung	135,00 DM	135,00 DM	105,00 DM	54,00 DM
Wegekostenpauschale	monatl. Pauschale Pflegestufe I: 60 DM, II und III: 180 DM			

Quelle: Kesselheim Harald (1997): Die Praxis der Pflegeversicherung Anlage 1: Leistungspakete M 8.01.01.S 1 ff.

⁴³ a.a.O.: S. 76/77

⁴⁴ vgl. Klie, Thomas (1996): Pflegeversicherung, S. 51.

Die ambulanten Pflegedienste finanzieren sich folgendermaßen:

Drei Säulen der Finanzierung entstammen der Pflegeversicherung:

- Pflegevergütung für Grundpflege und hauswirtschaftliche Leistungen,
- Wegepauschalen und
- Investitionskosten.

Vierte Säule der Finanzierung ist die sog. Behandlungspflege, die nach § 37 SGB V von den Krankenkassen getragen wird.

2.4 Kostenerstattung

Die Vergütung häuslicher Pflegeeinsätze durch ambulante Dienste werden in der Regel als Sachleistung erbracht und mit den Pflegekassen abgerechnet. § 91 SGB XI sieht hiervon eine Abweichung für zugelassene Pflegeeinrichtungen - die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben - vor, aber auf eine Vergütungsvereinbarung verzichtet haben oder eine solche nicht zustande kam.

„Keine Pflegeeinrichtung kann zum Abschluß einer Vergütungsvereinbarung gezwungen werden. Umgekehrt muß es den Pflegekassen gestattet sein, den Abschluß einer Vergütungsvereinbarung zu verweigern, etwa wenn die Preisforderungen einer Pflegeeinrichtung in einem so unangemessenen Verhältnis zu den angebotenen Leistungen stehen, daß ein Vertragsabschluß für die Pflegekasse unzumutbar ist.“⁴⁵

Die soziale Pflegeversicherung räumt den Versicherten das Recht ein, „Ihren“ Pflegedienst selbst auszusuchen. Nun mußte aber eine Regelung für die Einrichtungen gefunden werden, die zwar einen Versorgungsvertrag, aber keine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen haben. Die betroffenen Einrichtungen können den Preis für ihre Pflegeleistung unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Im Rahmen von § 91 SGB XI werden den Pflegebedürftigen jedoch nicht alle pflegebedingten Kosten erstattet, sondern nur bis zu 80% des Betrages, den die Pflegekasse ansonsten bezahlt hätte, in Abhängigkeit von seiner Pflegestufe. Für Versicherte der privaten Pflegeversicherung gelten die gleichen Regelungen analog und ihnen darf kein höherer Pflegesatz in Rechnung gestellt werden, da dies sonst gegen den Grundsatz der Einheitlichkeit verstoßen würde.

„Um Mißbrauch im Vorwege zu verhindern, hat der Gesetzgeber ausgeschlossen, daß Kosten, die die 80% überschreiten, vom Sozialhilfeträger erstattet werden. Ein Unterlaufen des vertraglichen Vergütungssystems über den Umweg der Kostenerstattung und einer möglichen Differenzausgleichung durch den Sozialhilfeträger ist damit ausgeschlossen.“⁴⁶

⁴⁵ § 91 SGB XI Textausgabe mit Begründung S. 142 Sankt Augustin

⁴⁶ Vogel/Schaaf (1995): Soziale Pflegeversicherung SGB XI, S. 216

Falls ein Träger das Prinzip der Kostenerstattung praktiziert, hat er den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen über alle dadurch entstehenden (finanzielle) Konsequenzen eventuell sogar Nachteile umfassend und rechtzeitig zu informieren.

3 QUALITÄTSSICHERUNG

3.1 Allgemeines

„Die Qualität von Produkten hat für jedes Unternehmen und jede Branche eine entscheidende Bedeutung bekommen.“⁴⁷

Qualität und Qualitätssicherung zählen derzeit zu einem der am meisten strapazierten Begriffen in den Gesundheitsberufen. Dies kommt nicht von ungefähr, denn die Qualitätssicherung in der Pflege wird angesichts der im Pflegeversicherungsgesetz niedergelegten Grundsätze der Marktöffnung und Wettbewerbsneutralität zu einem strategisch bedeutsamen Instrument.⁴⁸

Der Grundstein zur Qualitätssicherung wird in § 11 SGB XI Abs. 1 gelegt. Dort ist zu lesen:

*„(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, **entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse**. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“*

Maßgeblich für die pflegerische Versorgung ist der allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Es wird also ein Qualitätsanspruch festgelegt, der nicht statisch ist, sondern sich kontinuierlich wandelt und eine ständige Anpassung an die pflegerisch-medizinische Entwicklung erfährt.

Rückblende: *Qualitätssicherung - das Ergebnis einer Entwicklung der 80er und 90er Jahre dieses Jahrhunderts? Mitnichten! Schon vor 100 Jahren beschäftigte sich die Vordenkerin im Gesundheitswesen Florence Nightingale (1820 - 1910) mit den jetzt wieder aktuellen Fragen systematischer patientenbezogener Datenerhebung und systematischer Pflegedokumentation. Sie erarbeitete erste strukturelle Aspekte um therapeutische Effekte zu unterstützen und zu fördern.⁴⁹ Ihre Ideen und Vorschläge gerieten in Vergessenheit und erst in den 60er und 70er Jahren beschäftigte sich das Gesundheitswesen im anglo-amerikanischen Sprachraum wieder mit Fragen der Qualität, nachdem sich zuvor die Wirtschaft und Industrie dieser Materie angenommen hatte und damit erfolgreich arbeitete. Wiederum erst mit einiger zeitlicher Verzögerung fand die Thematik der Qualitätssicherung im deutschen Sprachraum Beachtung und erlebte einen regelrechten Boom im Zusammenhang mit der Diskussion um die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes.*

⁴⁷ Brauer, Jörg-Peter (1996): DIN EN ISO 9000 - 9004 umsetzen: Gestaltungshilfen zum Aufbau Ihres Qualitätsmanagementsystems. S. 5

⁴⁸ Klie, Thomas (1996): Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege. S. 1.

⁴⁹ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996): Qualitätsentwicklung in der Pflege: S. 24 f.

Im folgenden soll die zentrale Terminologie der Qualitätssicherung dargestellt werden, um einerseits zur Begriffssicherheit beizutragen und um gleichzeitig einen kurzen Überblick über den aktuellen Diskussionsstand in der Literatur zu geben. Auf die in § 80 SGB XI festgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung soll dann im Anschluß daran eingegangen werden.

Die Qualitätssicherung wurde im Pflegeversicherungsgesetz verankert⁵⁰, um negative Auswirkungen des Wettbewerbs und des sich daraus ergebenden Kostendrucks auf die Pflegequalität - zum Nachteil der Patienten - abzuwenden.

3.2 Qualitätsbegriffe

Die beiden wesentlichen Begriffe, mit denen im Prinzip die gesamte Qualitätssicherungsdiskussion steht und fällt, werden häufig gebraucht, jedoch besteht ebenso häufig Unsicherheit über die eigentliche Bedeutung bzw. den Sinngehalt der Begriffe **Qualität** und **Standard**.

Eine Definition, die in den letzten Jahren im sozialen Bereich Einzug gehalten hat und auch für diese Arbeit maßgeblich sein soll, ist die nach DIN ISO 9004:⁵¹

„Die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“⁵²

Qualität entsteht nicht durch Übernahme einer Definition oder durch die Erbringung einer Dienstleistung, Qualität erfordert zu allererst die Setzung von Standards bzw. eine Operationalisierung, die bei der Erbringung der Dienstleistung erfüllt werden soll - wie es die Begriffsbestimmung nach DIN ISO 9004 enthält. Qualität an sich macht keine Aussage über ein (Qualitäts-) Niveau. Ein bestimmtes (Pflege-) Niveau kann erst über die Setzung von (Qualitäts-) Standards erreicht werden. Die Festlegung von Standards ist zwingende Voraussetzung, wenn man sich über Qualitätssicherung verständigen will.

Ohne die Setzung von **Standards** (Qualitätsstandards) kann die Qualität einer Dienstleistung nicht bestimmt, beurteilt und in der Folge auch keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen werden. Sie bilden also ein Meßlatte, die es zumindest zu erreichen oder zu überbieten gilt.

„Ausgehend von der pflegerischen Zielsetzung stellen Pflegestandards festgelegte bzw. formulierte und allgemein gültige Maßstäbe für angemessenes Handeln dar, mittels derer eine bestimmte Pflegequalität festgesetzt und überprüft werden kann. Der Pflegestandard stellt somit einen SOLL-Zustand dar, also WIE eine bestimmte immer wiederkehrende pflegerische Handlung durchgeführt werden muß.“⁵³

⁵⁰ vgl. Amtliche Begründung, Bundestagsdrucksache 12/5262.

⁵¹ vgl. Klie 1995 S. 11.

⁵² DIN ISO 9004

⁵³ Heil-Ferrari, H. Hermann (1996): Qualitätssicherung in der Altenpflege In: Klie Thomas (1996): Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege. S. 73.

Qualität kann - sofern zuvor Standards festgelegt wurden - in eine Rangskala eingeordnet werden. Hier hat sich in der Literatur das Modell von Mybes/Pfau/Rückert durchgesetzt.⁵⁴ Es werden vier Qualitätsstufen gebildet, die von gefährlicher Pflege über sichere Pflege, angemessene Pflege bis hin zur optimalen Pflege reichen. Was verbirgt sich hinter diesen Qualitätsstufen?

Die unterste Stufe stellt die *gefährliche Pflege* dar, die in jedem Fall zu verhindern ist. Der Patient hat keine Möglichkeit, sich zu artikulieren, ist unzureichend versorgt und erleidet durch unterlassene prophylaktische Maßnahmen vermeidbare Schäden, ist isoliert und leidet unter seiner Situation.

Sichere Pflege (Routineversorgung): Dem Patienten werden die nötigsten prophylaktisch-pflegerischen Maßnahmen zuteil, alle Bewohner werden nach „Schema F“ behandelt, aber auch sonst werden sie gerade mit dem Nötigsten versorgt.

Angemessene Pflege, eine dem Patienten angepaßte Pflege - der zu wünschende Mindeststandard. Der Patient kann seine (individuellen) Bedürfnisse äußern, die dann Berücksichtigung finden. Er wird über alle ihn betreffenden Maßnahmen informiert und erfährt individuelle Zuwendung und Unterstützung in besonderen Lebenslagen. Die Kontaktpflege nach außen wird akzeptiert.

Optimale Pflege: Der Patient wie seine Angehörigen sind über die Pflegeplanung informiert, was eine gute Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Mitarbeiter des Pflegebetriebes voraussetzt. Sinn und Zweck aller Maßnahmen sind dem Patienten bekannt und er kann seinen Tagesablaufplan, natürlich in bestimmtem Umfang, mitbestimmen und mitgestalten.

3.3 Qualitätsdimensionen

Qualität kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden und ist nicht eindimensional. Optimale Qualität besteht aus einem „best fit“ der drei Teilperspektiven: Haltung - Organisation - Methodik und Technik.

Eine Reduktion der Qualitätssicherungsdiskussion auf methodisch technischen Aspekte - z.B. die Standardisierung immer wiederkehrender Pflegemaßnahmen - ist vom Grundsatz her nicht verkehrt, läuft aber Gefahr, die weichen Faktoren, wie man sie im Management nennt, zu vernachlässigen. Dies betrifft den Bereich der *Haltung*. Haltung bezieht sich auf Einstellungen, grundlegende Annahmen und Überzeugungen, mit denen man den Hilfesuchenden begegnet und welche das Handeln prägen. Es geht um Fragen, wie man den Patienten/Kunden sieht, welches Menschenbild das Handeln der Pflegekräfte prägt, worin die Ziele und das Pflegeleitbild des Betriebes bestehen und welcher Pflegestandard angestrebt wird.

⁵⁴ vgl. Klie/Lörcher (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. S. 13.

Die organisatorische Perspektive beinhaltet die Sicherstellung fachlich kompetenter Pflege, und in diesem Zusammenhang alle Fragen der Pflegeorganisation. Alle drei Perspektiven müssen gleiche Beachtung finden, um gute bzw. optimale Qualität leisten und anbieten zu können.

Das analytische Modell nach Donabedian mit seinen drei Qualitätsdimensionen hat sich in Theorie und Praxis durchgesetzt und ist auch im Material des § 80 SGB XI verankert. Dieses Modell soll an dieser Stelle nur kurz erwähnt werden, da in Kap. C 3.6 noch ausführlicher im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im SGB XI darauf eingegangen wird.

Donabedian unterscheidet drei Ebenen der Qualitätssicherung:

Strukturqualität: zielt ab auf die Rahmenbedingungen, unter denen Pflegeleistungen erbracht werden.

Prozeßqualität: beschreibt die Durchführung von Pflegeleistungen/ Pflegesituationen.

Ergebnisqualität: orientiert sich an der Zielsetzung der Pflege, die im Pflegeplan definiert ist.

Das Prinzip der Qualitätssicherung folgt vom Grundsatz her einem Regelkreismodell - Controlling - in dem eine Sollgröße, in diesem Fall der Pflegestandard, festgelegt wird, der Ist-Pflegestandard gemessen wird und - falls erforderlich - korrigierende Maßnahmen wie z. B. Fort- und Weiterbildung oder Supervision ergriffen werden.

Es gibt zahlreiche Maßnahmen der Qualitätssicherung, und in diesem Kontext stellt sich die Frage der Systematisierung dieser Maßnahmen. In der Literatur hat sich folgendes Schema etabliert:

Interne - Externe Qualitätssicherung

Zentrale - Dezentrale Qualitätssicherung

3.4 Interne - Externe Qualitätssicherung

Interne Qualitätssicherung bezieht sich auf Maßnahmen die innerhalb des Betriebes ausgewählt, gehandhabt und durchgeführt werden. Diese können nach verschiedenen Ebenen untergliedert werden: Verband/Träger; Einrichtung; Abteilung; Gruppe; Station.

Folgende Maßnahmen werden zur internen Qualitätssicherung gezählt: *Qualitätszirkel, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen; Pflegedokumentation, Supervision, Arbeitsgruppe Pflegestandards/Qualitätszirkel* o. ä..⁵⁵

⁵⁵ Im Fragebogen wurden die kursiv gedruckten Maßnahmen bei den Pflegebetrieben abgefragt.

Externe Qualitätssicherung geschieht durch unternehmensfremde Vereinigungen und Organisationen, also eine Außenkontrolle, die von öffentlicher wie auch privater Seite durchgeführt werden kann. Diese kann, wie folgt, vollzogen werden:

- Maßnahmen zur *Fort- und Weiterbildung* durch berufsständische Organisationen oder Berufsverbände,
- die im Gesetz vorgesehenen Kontrollen durch die Pflegekassen (Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen),
- durch Maßnahmen anderer Institutionen wie *TÜV* oder *Deutsche Gesellschaft für Qualität*. Beide Institutionen sind vielleicht besser bekannt unter dem Siegel *DIN ISO 9000 ff.*

Hierbei ist natürlich zu unterscheiden, ob es sich um freiwillige oder verpflichtende Maßnahmen handelt. Zu den freiwilligen wird z.B. die Zertifizierung gezählt, zu den verpflichtenden die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen durch die Pflegekassen.

Im Zusammenhang mit der Zertifizierung von Pflegediensten - insbesondere mit der DIN ISO 9000 ff - ist von Bedeutung, auf was sich eine solche Zertifizierung bezieht.

Die eigentliche Qualität des Produktes bzw. der Dienstleistung wird nicht erfaßt bzw. bewertet, sondern lediglich der (Betriebs-) Ablauf. Zentral ist die Frage: Hält sich der Betrieb an den zuvor selbst festgelegten Ablauf der Maßnahmen? So wäre es auch möglich, daß sich ein Unternehmen zertifizieren läßt, dessen Produkte von geringer oder gar schlechter Qualität sind. Auf den Bereich der Pflege übertragen könnte dies heißen, daß ein Betrieb Pflegeleistungen der Qualitätsstufe „Sichere Pflege“ anbietet und sich dennoch zertifizieren läßt. Wie ist das möglich? Der Zertifizierer überprüft nur, was die Firma selbst beschrieben hat. Das Produkt bzw. die Dienstleistung selbst muß nicht beschrieben werden, und es müssen auch keine Aussagen über die eigentliche Qualität des Produktes getroffen werden. Ebenso wenig steht der Kunde bzw. dessen Bedürfnis im Mittelpunkt der Norm. Welche Anforderungen er z.B. an die Qualität hat oder wie das Unternehmen mit dem Kunden umgeht, ist nicht die direkte Zielsetzung der Zertifizierung. Man geht vielmehr davon aus, daß sich die Vertrauensbildung - welche im Bereich der Pflege von entscheidender Bedeutung ist - zwischen dem Kunden und dem Unternehmen durch die durchschaubaren Prozeßbeschreibungen vollzieht. Kern der Zertifizierung ist also, daß ein Betrieb Prozeßbeschreibungen erstellt und diese dann in der Praxis von einem Zertifizierer überprüft werden. Ein Soll-Ist-Vergleich, bei dem der Betrieb den Sollzustand selbst festlegen und beschreiben kann.

3.5 Zentrale- Dezentrale Qualitätssicherung

Diese Unterscheidung nimmt Bezug auf den Ort, an dem die Qualitätsstandards erarbeitet wurden. Zentrale Qualitätssicherung liegt vor, wenn z.B. ein Wohlfahrtsverband auf Landes- oder Bundesebene gewisse Standards und dazugehörige Kontrollinstrumente den einzelnen Pflegebetrieben vorgibt und deren Implementation dann eventuell auch kontrolliert. Dezentral meint hingegen, daß eine Pflegeeinrichtung selbständig und nur für den eigenen Betrieb Qualitätskriterien entwickelt, umsetzt und dann auch selbst kontrolliert. Dies könnte z.B. das selbst entwickelte Pflegeleitbild sein, oder auch ein eigener Qualitätszirkel.

3.6 Qualitätssicherung im Pflegeversicherungsgesetz

Die vorherigen Ausführungen zur Qualitätssicherung geben den Diskussionsstand in der Literatur wieder und sollen dem Leser verhelfen, die Materie in all ihren Facetten besser überblicken zu können. Die nun folgende Betrachtung legt den Focus auf die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die im Pflegeversicherungsgesetz verankert sind. Das Fundament der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung bildet § 11 SGB XI. Darauf baut § 80 SGB XI, der die Qualitätssicherung explizit thematisiert. Die zentralen Passagen lauten:

(1) „Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88). Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen 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 erstrecken.“⁵⁶

Marktöffnung und Wettbewerb sind ausdrückliche Ziele der Pflegeversicherung, um zu einer Gleichstellung zwischen privaten und gemeinnützigen Trägern zu gelangen. Innovative Leistungsanbieter sollen gefördert, Produktdifferenzierungen wie z.B. die Besetzung von Marktlücken - beispielsweise für die Nacht- und Wochenendpflege forciert werden.⁵⁷ Zudem soll verhindert werden, so die amtliche Begrün-

⁵⁶ vgl. § 80 SGB XI

⁵⁷ vgl. § 80 SGB XI

dung in der Bundestagsdrucksache 12/5262, daß die Qualität der Pflege von den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit oder der Beitragsstabilität negativ tangiert werden.

In diesem Zusammenhang kommt der Qualitätssicherung eine doppelte Aufgabe zu:

1. Die Qualitätssicherung wird deshalb zu einem unabdingbaren Element des offenen Marktes (zum bewußten Inkaufnehmen eines Überangebots § 72), wodurch nicht nur qualitative Fehlentwicklungen, sondern auch der Aufbau bedarfsüberschreitender Versorgungskapazitäten verhindert werden kann.
2. Die Qualitätssicherung erhält Marktsteuernde Funktion einmal als Eintrittsschwelle in den Markt und andererseits als Steuerungsinstrument im Markt, d.h. durch Kontrollen der Pflegekassen sollen die Bedingungen für alle Anbieter gleich gehalten werden, um Pflege zu Dumpingpreisen zu verhindern und ein eventuell dadurch entstehendes kostspieliges Überangebot zu vermeiden.“⁵⁸

Einheitliche und überprüfbare Qualitätsstandards für ambulante Pflegedienste gab es bisher nicht, was sich jetzt mit der Einführung des SGB XI ändert. In den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995 in der Fassung vom 31. Mai 1996 gelten nun folgende Grundsätze:

Die ambulante Pflege soll nach allgemein pflegewissenschaftlichem Wissensstand, also fachlich kompetent, bedarfsgerecht mit einem wirtschaftlich vertretbarem Aufwand erbracht werden. Dabei ist die Lebenssituation und die Selbstversorgungskompetenz des Pflegebedürftigen zu wahren und zu respektieren. Um eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten sicherzustellen und eine Vertrauensbasis herzustellen, soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden.

Es werden drei Ebenen der Qualitätssicherung unterschieden, und zwar im Hinblick auf:

Strukturqualität zielt auf die Rahmenbedingungen ab, unter denen die Pflegeleistungen erbracht werden, insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung des Pflegedienstes.

Prozeßqualität zielt auf das Leistungsgeschehen ab, bezieht sich demnach auf den Versorgungs- bzw. Pflegeablauf. Zentral sind Fragen der Pflegeanamnese und -planung, die Ausführung sowie die Dokumentation des Pflegeprozesses.

Ergebnisqualität bezieht sich auf die Zielsetzung der Pflege, wie sie im Pflegeplan definiert wird und ist als Zielerreichungsgrad der pflegerischen Maßnahmen zu verstehen. Ein Soll - Ist-Vergleich, zwischen angestrebten Pflegezielen und dem tatsächlich erreichten Stand. Maßgeblich hierfür ist natürlich das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen.

In Sachen Qualitätssicherung wird unterschieden zwischen institutioneller Verankerung und Verfahren bzw. Methoden. Bei der institutionellen Verankerung wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung differenziert. Interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jeden Betrieb und die Qualität der Leistungen die er erbringt und dafür verantwortlich ist. Externe Qualitätssicherung kann es sich um unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle handeln, im Rahmen von rechtlichen Ver-

⁵⁸ vgl. Wasem Pflegev-Komm. (1996): § 80 SGB XI, Rdnr. 2.

pflichtungen oder freiwilliger Prüfungen. Bei Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung wird zwischen zentralen und dezentralen unterschieden. Unter zentralen Methoden hat man sich ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium vorzustellen, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt. Dezentrale Methoden setzen hingegen auf die Akteure vor Ort, die Standards und Kriterien an die örtlichen Gegebenheiten anpassen und umsetzen.

3.6.1 Qualitätsmaßstäbe

Dritter Bestandteil der gemeinsamen Vereinbarungen zur Qualität und Qualitätssicherung sind die Qualitätsmaßstäbe, sozusagen die eigentlichen „Qualitätsstandards“. Hier werden Festlegungen getroffen, wie betriebliche Strukturen und Abläufe aussehen müssen, damit die gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden, und wie eine umfassende Koordination mehrerer Leistungserbringer sichergestellt wird, und zwar orientiert am neuesten Stand pflegerischer, therapeutischer und rehabilitativer Erkenntnisse. Dies bedeutet, daß die Pflegeleistungen

- *dem Pflegebedürftigen helfen sollen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen;*
- *darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (aktivierende Pflege);*
- *ein Leben in Würde ermöglichen und*
- *nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erbringen sind...*⁵⁹

3.6.2 Strukturqualität

Hinsichtlich der Strukturqualität wurden folgende Standards festgelegt:⁶⁰

Ein Pflegedienst muß auf Dauer angelegt sein, er hat eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Die Pflegeeinsätze müssen täglich, an sieben Tagen in der Woche und auch nachts erfolgen können, was ebenfalls für die Erreichbarkeit/Rufbereitschaft des Pflegedienstes gilt. Um diese Leistungsfähigkeit sicherstellen zu können, steht es dem Pflegedienst offen, mit anderen Diensten und Einrichtungen zu kooperieren.

Die Pflege hat unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Fachkraft zu erfolgen, die zugleich verantwortlich ist für die Planung der Pflegeprozesse, die Führung der Dokumentation, die Einsatzplanung und die Leitung der Dienstbesprechung.

⁵⁹ vgl. Udsching, Peter (1995): SGB XI Soziale Pflegeversicherung. Material zu § 80 SGB XI S. 430.

⁶⁰ vgl. auch § 71, 72 SGB XI im Zusammenhang mit den Versorgungsverträgen nach § 75 SGB XI und den Gemeinsamen Vereinbarungen zu Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI.

Der Träger des Pflegedienstes ist dahingehend verpflichtet, seinen Mitarbeiterinnen die Möglichkeiten zur beruflichen Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung und zur Aktualisierung ihrer Kenntnisse zu geben und zu ermöglichen. Eine HelferInnenausbildung ist keine ausreichende Qualifikation für eine Leitungskraft von Pflegediensten, es muß eine examinierte Fachkraftausbildung vorliegen.

Die Leitungskraft muß den Nachweis erbringen, in den vergangenen fünf Jahren mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich tätig gewesen zu sein. Erwünscht ist zusätzlich noch der Abschluß einer anerkannten Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen oder der Abschluß eines Studiums an einer Fachhochschule oder Universität im Fachbereich Pflegemanagement. Die Pflegedienstleitung muß den Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden belegen. Kann die verantwortliche Pflegekraft eine solche Qualifizierung nicht nachweisen, muß diese Ausbildung während einer Übergangsfrist von sieben Jahren nach Abschluß dieser Vereinbarungen, also spätestens bis zum Jahr 2003 nachgeholt werden.

3.6.3 Prozeßqualität

Unter Prozeßqualität ist zu subsumieren:

Der Pflegedienst soll sich schriftlich vorstellen und sein Hilfsangebot darlegen. In einem solchen Informationsblatt können Mitteilungen enthalten sein über das vorgehaltene Leistungsangebot, die Form und Durchführung der Leistungserbringung, das zugrundeliegende Pflegekonzept, die personelle Ausstattung, die Erreichbarkeit des Pflegedienstes, Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten, Wahrnehmung von Beratungsfunktionen, Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Nach einem Erstbesuch und einer Pflegeanamnese, bei dem der Pflegedienst feststellt, welche Leistungen bei dem betreffenden Patienten erforderlich sind (incl. flankierender Maßnahmen wie Essen auf Rädern, Notruf..), hat der Pflegedienst aufgrund der hierbei gewonnenen Erkenntnisse den Pflegebedürftigen zu beraten und eine Pflegeplanung zu erstellen. Die Pflegeplanung ist kontinuierlich und je nach Zustand des Patienten laufend zu aktualisieren.

Der Pflegedienst hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem zu führen und beim Pflegebedürftigen aufzubewahren. Ein regelmäßiger Informationsaustausch soll einerseits zwischen allen an der Pflege Beteiligten (Angehörige, Leistungserbringer flankierender Maßnahmen etc.) stattfinden, aber im besonderen sind damit die Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes gemeint. Um eine kontinuierliche Pflege sicherzustellen, ist der Betrieb angewiesen, daß eine pflegebedürftige Person von möglichst wenigen Personen betreut wird. Die Pflege soll sich nach den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten richten. Zu ihrem eigenen Schutz und dem der pflegebedürftigen Person sollen pflegende Angehörige von den Pflegediensten beraten und angeleitet werden. Alle durchgeführten pflegerischen Maßnahmen sind vom Pflegedienst zu dokumentieren. Um eine qualitative Pflege zu gewährleisten, soll der Pflegedienst mit dem behandelnden Arzt und anderen ambulanten Diensten oder teilstationären Einrichtungen zusammenarbeiten, sowie mit anderen Diensten die flankierende Maßnahmen erbringen.

3.6.4 Ergebnisqualität

Eine zentrale Rolle bei der Ergebnisqualität spielt der Patient, dessen Wünsche und Bedürfnisse angemessene Berücksichtigung finden sollen. Der Betrieb hat Stellung zu nehmen zu:

Erhaltung der Selbstversorgungsfähigkeit, der Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit und der Gemütsverfassung des Patienten. Des weiteren, ob angemessene Wünsche der Klienten Berücksichtigung gefunden haben, sowie über die Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen.

3.6.5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Welche Maßnahmen muß der Pflegedienst zur Qualitätssicherung ergreifen?

„Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u.a. sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,*
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten,*
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,*
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,*
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards.*

Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Pflegedienst dokumentiert.

Die Pflegedienste haben die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.“⁶¹

Es liegt also im großen und ganzen im Ermessen des Pflegedienstes, welche Maßnahmen er zur Qualitätssicherung ergreift oder nicht. Diese im Pflegeversicherungsgesetz verankerten Grundsätze sind recht unverbindlich, was konkrete Maßnahmen anbelangt.

3.7 Probleme der Qualitätssicherung

Die überblickartige Schilderung von Qualität, Standards, deren verschiedenen Perspektiven und Dimensionen sowie der diversen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zeigen, um welch komplexes Gebiet es sich hier handelt. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Teilgebieten sind in der Regel stärker und bedeutsamer als es ein erster Blick vermittelt. Qualität und Qualitätssicherung kann nicht durch einzelne isolierte Maßnahmen in betrieblichen oder pflegerischen Teilbereichen bewerkstelligt werden.

⁶¹ Bundesanzeiger (1996): Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Jg. 48 Nummer 152a 15. August 1996 S. 5.

Vielmehr ist eine ganzheitliche Sicht und alle Bereiche des Betriebes erfassende Maßnahmen erforderlich, um eine angemessene bzw. optimale Pflege (-qualität) zu erreichen. Der fundamentale Wandel, den die einzelnen Betriebe dabei bewältigen müssen, nimmt einige Zeit in Anspruch und ist nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen. Zentral jedoch ist die Spannung zwischen Finanzierungsinteressen und Qualitätsinteressen. Die Waage sollte zumindest ausgeglichen sein, jedoch auf keinen Fall sich zu Lasten der Qualität und zugunsten der Finanzierungsinteressen verändern. Die Qualität braucht eine starke Lobby, die entsprechend hohe Qualitätsstandards entwickelt und auch implementiert.

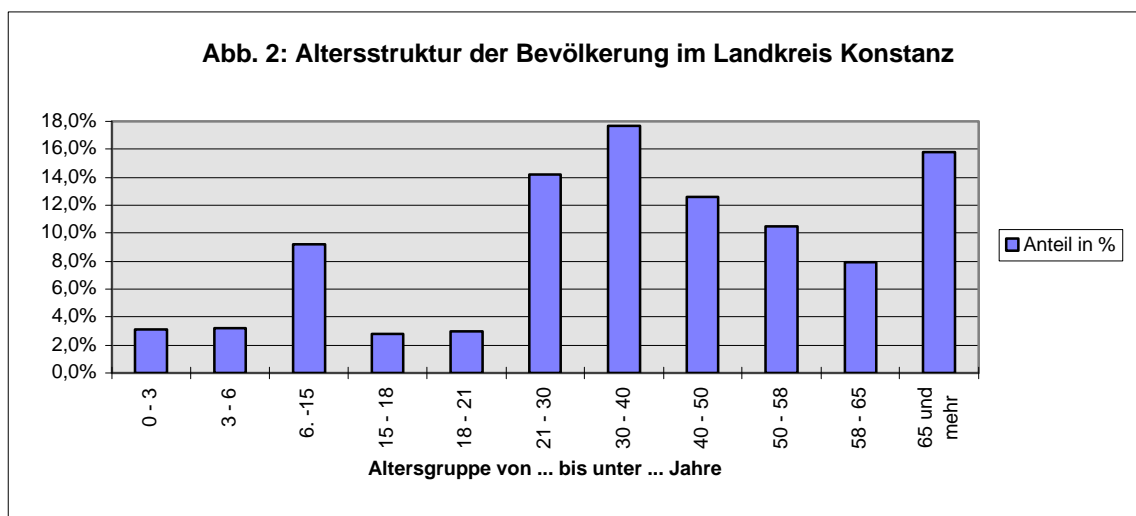
Besonders problematisch, in der Qualitätsdiskussion nicht erfaßt und auch in der Praxis sehr schlecht erfaßbar, ist die Pflege durch Familienangehörige. Rund 80% der Pflegebedürftigen entscheiden sich für das Pflegegeld und geben dieses als Anerkennung den pflegenden Angehörigen oder beschaffen sich eine Pflegekraft selbst. In diesem Fall besteht die Gefahr der Entwicklung eines zweiten, sozusagen schwarzen Pflegemarktes mit niedrigen Preisen und fraglicher Qualität, der sich sämtlichen Kontrollen entzieht.

D. DER ANBIETERMARKT IM LANDKREIS KONSTANZ

Dieses Kapitel möchte den Leser mit den wichtigsten Informationen zum Anbietermarkt, statistischen Daten des Landkreis und der Anbieterstruktur vertraut machen.

1 DER LANDKREIS

Der Landkreis Konstanz beheimatet auf einer Fläche von 818,02 qkm 25 Gemeinden, darunter sind die einwohnerstärksten Städte Konstanz, Singen und Radolfzell. Am 31.12.1995 lebten 258.668 Menschen im Landkreis, mit folgender Altersstruktur:



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (1997): Die Bevölkerung 1996 Band 518 S. 32/33

Der Alterskohorte der über 65-jährigen - die Hauptgruppe der Pflegebedürftigen - gehörten am 31.12.1995 40.828 Menschen an.⁶² In Zukunft wird diese Kohorte sich noch weiter vergrößern, wie der Bevölkerungsvorausentwicklung des Statistischen Landesamtes zu entnehmen ist. Für das Jahr 2000 soll der Anteil der über 65-jährigen 44.603 (16,45% der Bevölkerung) und im Jahr 2005 sogar schon 51.337 (18,69% der Bevölkerung) betragen⁶³.

⁶² Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (1997): Die Bevölkerung 1996; Band 518; S. 32/33.

⁶³ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (1994): Kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2005. Band 483; S. 162.

2 DIE ANBIETER

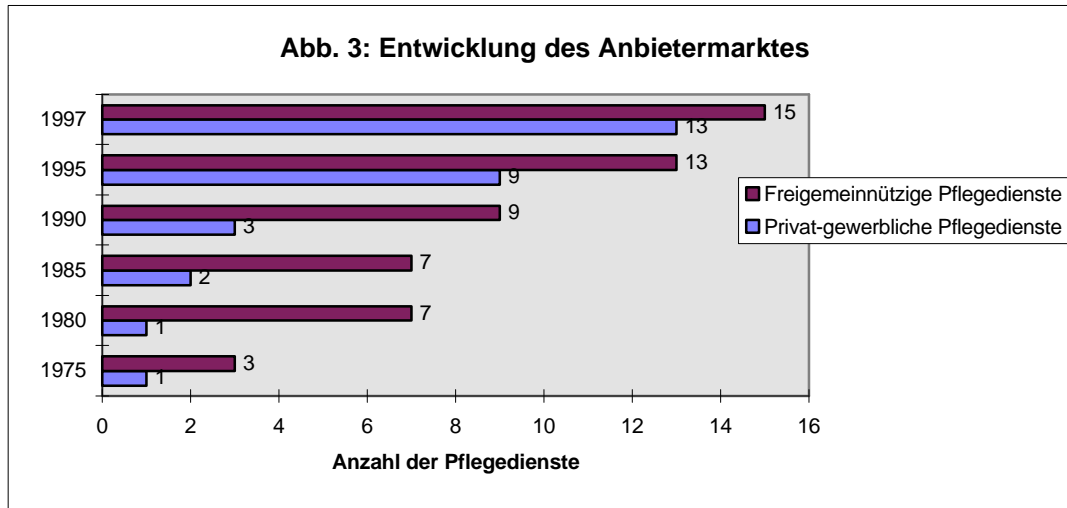
Mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erfuhr die Anbieterlandschaft des ambulanten Sektors eine völlige Neuordnung. Bis etwa 1990 waren nur die großen Anbieter (Caritas, Diakonie, AWO, DRK) am Markt und ein privat-gewerblicher Anbieter.

Dagegen sind heute 40 ambulante Pflegedienste⁶⁴ im Landkreis Konstanz zur Versorgung zugelassen. Von diesen 40 Anbietern können 21 der Gruppe der frei-gemeinnützigen Anbietern und 19 den privat-gewerblichen zugeordnet werden. Es gibt also in etwa einen Gleichstand hinsichtlich der Zahl der Anbieter. Einige der freigemeinnützigen Anbieter unterhalten mehrere Pflegedienste, verwalten diese jedoch zentral. Daher werden die „Filialen“ dieser Anbieter im Folgenden zusammengefaßt und als ein Betrieb gezählt - auch aus dem Grund, daß die Daten für diese Betriebe nur als Einheit und nicht für jede einzelne Station gesondert verfügbar waren. Es reduziert sich demzufolge lediglich die Zahl der Pflegedienste im Bereich der frei-gemeinnützigen auf 17 Anbieter. Von den insgesamt 40 zugelassenen Diensten befinden sich zwei Betriebe - je ein freigemeinnütziger und ein privat-gewerblicher - zu Beginn der Untersuchung noch in ihrer Gründungsphase und versorgen zu diesem Zeitpunkt noch keine Patienten. In beiden Fällen handelt es sich um stationäre Einrichtungen, die ihr Angebot auf den ambulanten Markt ausweiten wollen.⁶⁵ Ein weiterer privat-gewerblicher Anbieter hat zwar lt. Versorgungsvertrag die Möglichkeit, Patienten im Landkreis Konstanz zu versorgen und hat auch hier seinen Sitz, versorgt jedoch nur Patienten im Raum Überlingen (Bodenseekreis). Diese drei Betriebe werden im folgenden nicht mehr mitgezählt. Somit ergeben sich folgende Zahlen: 16 freigemeinnützige Anbieter und 17 privat-gewerbliche versorgen die Pflegebedürftigen mit ihren Leistungen.

Die Pflegedienste sind räumlich folgendermaßen verteilt: Die größte Zahl an Anbietern gibt es im Stadtgebiet von Konstanz, einschließlich der Vororte. Hier sind zwölf Dienste tätig, davon sieben Privat-gewerbliche und fünf Freigemeinnützige. Im Gebiet von Radolfzell und der Hori sind drei privat-gewerbliche und zwei Sozialstationen tätig. In der näheren Umgebung von Singen und im Stadtgebiet selbst, leisten acht freigemeinnützige und lediglich zwei private Anbieter ihre Dienste an den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedarf in Stockach und im Hegau (Engen) wird von fünf privat-gewerblichen und drei freigemeinnützigen Diensten abgedeckt.

⁶⁴ Verzeichnis zugelassener ambulanter Pflegedienste der AOK Pflegekasse

⁶⁵ Auskunft der Geschäftsführer der betreffenden Einrichtungen.



Hinweis: Nur Pflegedienste die sich an der Datenerhebung beteiligt haben wurden in dieser Abbildung berücksichtigt.

Die überwiegende Zahl privat-gewerblicher Pflegedienste sind erst seit ca. 2 Jahren am Markt. Mehr als zwei Drittel der befragten privaten Anbieter haben ihren Betrieb im Zusammenhang mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung gegründet. Erstaunlicherweise gab es aber mit Einführung des SGB XI auch einen deutlichen Zuwachs an Pflegediensten in wohlfahrtsverbandlicher Trägerschaft.

E. AUSWERTUNG DER BEFRAGUNG

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Grundlagen des Pflegeversicherungsgesetzes welches den Handlungsrahmen für die Pflegebetriebe absteckt und die beiden unabhängigen Variablen Rechtsform/Organisationsform sowie die Situation am Pflegemarkt umrissen wurden, sollen nun die empirischen Ergebnisse der Datenerhebung unter den Pflegediensten ins Blickfeld gerückt werden.

Dieses Kapitel gliedert sich inhaltlich in fünf Teile. Im nun folgenden ersten Teil wird die Methodik der Datenerhebung und Interviews angesprochen.

Die der Arbeit zugrundeliegende Hypothese, daß die privat/gewerblichen Anbieter eher kostensenkende Maßnahmen ergreifen und sich bei der Qualitätssicherung/-steigerung zurück halten, um einen Gewinn zu erzielen, während die frei-gemeinnützigen Anbieter eher Qualitätssicherung/-Steigerung anstreben/betreiben, allerdings um den Preis höherer (Pflege-) Kosten, wird im zweiten Teil aufgegriffen und operationalisiert.

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse erfolgt im dritten Unterkapitel. Die Ergebnisse der Datenerhebung und der weiterführenden Interviews werden trägerspezifisch - freigemeinnützig und privat-gewerblich - präsentiert, um im vierten Unterkapitel ein Profil der Träger herauszuarbeiten. Im fünften Abschnitt werden die Untersuchungsergebnisse der Hypothese gegenübergestellt, und mit Hilfe der unabhängigen Variablen: Rechtsform und Situation am Pflegemarkt, soll der Versuch unternommen werden, trägerspezifische Unterschiede zu erklären.

1 METHODIK

Datengrundlage für diese Arbeit sind die Ergebnisse einer Vollerhebung mittels Fragebogen, die unter allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten im Landkreis Konstanz durchgeführt wurde. Alle Betriebe bekamen Ende Juli 1997 einen Fragebogen zugeschickt.⁶⁶ Erhebungszeitraum sind die Monate August bis Oktober 1997. Mit acht (je vier pro Trägergruppe) ausgewählten Einrichtungen wurden im Monat Oktober noch vertiefende, Interviews geführt.⁶⁷ Um dem Datenschutz und den Interessen der Pflegedienste gerecht zu werden, wurde Anonymität zugesichert und die Erhebung so angelegt, daß aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf einzelne Pflegebetriebe möglich sind. Die Interviews wurden ebenfalls anonymisiert, d.h. im Folgenden werden weder der Ort an dem der Dienst tätig ist, noch der Name oder das Geschlecht des Pflegedienstleiters, Geschäftsführers oder Inhabers genannt.

⁶⁶ siehe Kap. H 1 Fragebogen für ambulante Pflegedienste, S. 120.

⁶⁷ siehe Kap. H 2 Interviewleitfaden, S. 132.

Der selbst erarbeitete Fragebogen wurde in den Monaten Juni/Juli einem Pretest in jeweils einem Pflegebetrieb im Bodenseekreis und Landkreis Waldshut-Tiengen unterzogen sowie mit mehreren „Praktikern“ durchgesprochen, um einerseits Praxisnähe, aber auch Reliabilität und Validität sicherzustellen. Die Fragebögen wurden mit einem Begleitschreiben, sowie einem frankierten und adressierten Rückumschlag versandt. Mitte August wurde an alle Betriebe, die den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt hatten, ein kurzes Erinnerungsschreiben gerichtet. Weitere vier Wochen später wurden die Einrichtungen telefonisch kontaktiert, die bis dato den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt hatten. Die Untersuchung stieß auf großes Gegeninteresse bei den Pflegebetrieben. Einige Pflegedienste gaben auch Rückmeldungen zum Fragebogen selbst, die durchweg positiv ausfielen. Um nur eine Reaktion zu nennen, die stellvertretend für alle Rückmeldungen genannt werden kann:

„Ich muß Ihnen einfach ein Kompliment für Ihren Fragebogen machen. Er ist klar verständlich und praxisnah, was sonst nur sehr selten der Fall ist. Es werden meiner Ansicht nach, die entscheidenden und wichtigen Fragen gestellt, die in Zukunft für die Pflegebetriebe entscheidend sind. Haben Sie in der Pflege gearbeitet? Denn die Fragen lassen auch auf Fachkenntnisse in der Pflege schließen. Insgesamt eine sehr gute Sache, auf deren Ergebnisse man nur gespannt sein kann.“

2 ARBEITSHYPOTHESE

In diesem Unterkapitel werden die in der Einleitung aufgeworfenen Fragestellungen und die Hypothese aufgegriffen, ihre Entstehung /Entwicklung dargelegt und nachfolgend durch die Bildung von meßbaren Indikatoren operationalisiert.

Die beiden zentralen untersuchungsleitenden Fragen lauten:

- *Gibt es trägerspezifische Reaktionsmuster auf die Pflegeversicherung und den damit verbundenen Wettbewerb?*
- *Welche Pflegevorstellungen, Ideen und Interessen und daraus resultierende Maßnahmen - kostensenkende oder eher qualitätssichernde/-steigernde - sind bei den verschiedenen Trägergruppen zu erkennen?*

Diese beiden Fragestellungen basieren auf dem Selbstverständnis der zwei Trägergruppen, die man folgendermaßen auf den Punkt bringen könnte:

Die Verbände und damit auch die Einrichtungsträger der freien Wohlfahrtspflege sehen sich als Vertreter und Fürsprecher (Advokaten) der sozial Benachteiligten, Kranken und gebrechlichen Menschen, arbeiten nicht gewinnorientiert und stellen das Wohl der zu betreuenden Menschen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit (altruistische Handlungsmotive).

Die privat/gewerblichen Anbieter hingegen arbeiten gewinnorientiert, sind eher an der Pflege, kundengerechten Angeboten und einer für sie günstigen Positionierung am Markt interessiert sind, um einen angemessenen Gewinn erzielen zu können.

2.1 Entstehung der Hypothese

2.1.1 Das Eigen- und Leitbild der freigemeinnützigen Pflegedienste

Die zuvor angeführten Fragen und Annahmen beruhen im wesentlichen auf den eigenen Zielsetzungen und dem Selbstverständnis der Freien Wohlfahrtspflege. Da im Landkreis Konstanz die freigemeinnützigen Pflegedienste sich fast ausschließlich in Trägerschaft des Diakonischen Werkes und des Caritasverbandes befinden, sollen deshalb im Folgenden nur diese beiden Verbände betrachtet werden.

„Diakonische Einrichtungen und Dienste haben mehr zu bieten als reine Pflegeverrichtungen. Motivier- te, fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen einen hilfeschuchenden Menschen, der auf pfle- gerische Unterstützung angewiesen ist, nicht nur als pflegebedürftiges Objekt bzw. als mehr oder weni- ger kaufkräftigen Kunden. Im Mittelpunkt steht vielmehr der einzelne Mensch, dem wir Nächste werden, mit einer eigenen individuellen Erlebensgeschichte und Biographie, der Zuwendung, Solidarität, Beglei- tung und Unterstützung bei freier Lebensgestaltung benötigt.“⁶⁸

Die Einrichtungen des Diakonischen Werkes sollen Schwierigkeiten wahrnehmen und nach der Maxime Jesu handeln: „Was soll ich Dir tun?“.

Die Hilfe hat dabei nutzenorientiert und nicht gewinnorientiert zu erfolgen, d.h. das Hilfsangebot ist konsequent an den Bedürfnissen und Entwicklungstendenzen auf der Nachfrageseite auszurichten. Es soll und darf nicht nur ein bestimmtes Leistungsspektrum angeboten werden, mit dem sich ein maxima- ler Gewinn erzielen läßt. Die Diakonie muß immer das letzte Auffangnetz für Menschen bleiben, die aus dem Netz sozialer Sicherung herausfallen und für privat-gewerbliche Anbieter uninteressant sind.

„Deshalb muß die Diakonie daran festhalten, Leistungsanbieter und Anwalt von Bedürftigen zugleich zu sein.“⁶⁹

Auch der Deutsche Caritasverband stellt in seinem Leitbild den (hilfsbedürftigen) Mensch in den Mittel- punkt seines Handelns. Der Deutsche Caritasverband formuliert in seinem 1997 verabschiedeten Leit- bild für sich die Zielsetzung, *den Menschen in seiner Würde zu schützen, die ihm als einmalige Person von Gott gegeben ist, denn jedes Leben ist ein Geschenk Gottes.*

Daraus leitet der Caritasverband für sich die Verpflichtung ab, menschliches Leben von Anfang bis zum Ende zu achten, zu schützen und, wo Not ist, helfend zu begleiten. Daher wird nach einer ganzheitlichen Hilfeleistung gesucht, die sowohl das lebenswirkliche Umfeld als auch die geistig-seelische Situation der Hilfsbedürftigen berücksichtigt.

Auch der Deutsche Caritasverband versteht sich als Anwalt und Partner Benachteiligter. Daher ver- schafft er ihren Nöten und Anliegen Gehör und unterstützt sie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte. Um

⁶⁸ Gohde, Jürgen (1996): Marktorientierung und Wettbewerb als Herausforderung für die Pflegedienste der Diakonie“ In: Menschen pflegen Menschen. Diakonisches Werk der EKD, Dokumentation des 3. Evangelischen Symposiums für ambulante sozialpflegerische Dienste am 7. Mai 1996 in Mainz. S. 10

⁶⁹ a.a.O.: S. 14

die Hilfen wirksam erbringen zu können, sind praktikable Handlungskonzepte und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich. Dies soll durch gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung geschehen, womit der Caritasverband kontinuierlich die Qualifikation seiner hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern will.⁷⁰

Diese allgemeinen Handlungsziele werden dann in dem Rahmenleitbild für die ambulanten Pflegedienste weiter präzisiert.

„I. Der Hilfesuchende steht im Mittelpunkt

Im Gleichnis des barmherzigen Samariters (Lukas, Kapitel 10,25-37) drücken sich

- unsere Hinwendung zum Hilfsbedürftigen

- das Annehmen, Sich-verantwortlich-Fühlen und die Sorge um den Klienten,

- die Begleitung, Begegnung, Hinwendung, das Mittragen und Mitgehen aus.“⁷¹

Caritatives Handeln heißt dann: „Gemeinsam Last tragen, gemeinsam einen Weg gehen“.

„Das Handeln der katholischen Sozialstationen ist auf eine pflegerische und betreuerische Hilfestellung ausgerichtet, die den ganzen Menschen in seiner oft nur schwer und nie vollständig zu erfassenden Vielfalt im Blick hat.“⁷²

Aus diesem Grundauftrag geht der Anspruch einer ganzheitlichen Pflege als umfangreiches Hilfsangebot hervor, d.h. professionelles pflegerisches Arbeiten im Team, Arbeiten mit und nicht nur an dem Hilfsbedürftigen in dessen häuslicher Umgebung, Arbeiten nach qualitativ fundierten, wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die freigemeinnützigen Anbieter - insbesondere die konfessionell geprägten Verbände - bei ihrer Tätigkeit in ihrem deklarierten Selbstanspruch den Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen. Der Hilfsbedürftige wird in seiner Einheit von Leib und Seele gesehen und soll entsprechend seinen Wünschen und Bedürfnissen behandelt werden. Des weiteren sehen sich die Verbände als Sprachrohr für die in Not geratenen Menschen bzw. für jene, die sich nicht mehr artikulieren können, und wollen diesen Gehör verschaffen.

2.1.2 Das Eigen- und Leitbild der privat-gewerblichen Pflegedienste

Die privat-gewerblichen Pflegedienste bieten den „Kunden“ - die freigemeinnützigen Anbieter sprechen freilich von „Hilfesuchenden“ - Dienstleistungen in Form von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung an. Sie sind Pflegekraft und Kaufmann in einer Person. So wie jeder Kaufmann, möchten sie mit der Erbringung ihrer Dienstleistung ihren Lebensunterhalt sichern und einen Gewinn erwirtschaften, sie arbeiten also gewinnorientiert. Um als Anbieter überleben zu können, ist wirtschaftliches Arbeiten das

⁷⁰ vgl. Leitbild des Deutschen Caritasverbandes. In.: Caritas, 98. Jg. Heft 7/Juli 1997 S. 344 ff.

⁷¹ Deutscher Caritasverband (1997): Rahmenleitbild für die Sozialstationen in der Erzdiözese Freiburg.

⁷² a.a.O.

Grunderfordernis- insbesondere wie im Fall der Pflegeversicherung, wo die Pflegevergütungen gedeckelt sind. Dies bedeutet, daß sie ihr Angebot an den Bedürfnissen und Forderungen der Kunden ausrichten müssen, andererseits aber auch nur anbieten können, was sich für sie rechnet, zumindest um kostendeckend zu arbeiten bzw. um einen Gewinn zu erzielen. Der privat-gewerbliche Anbieter steht unter Erfolgszwang, er muß eventuell Abwägungen zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit treffen - obwohl sich diese beiden Aspekte in Teilbereichen nicht gegenseitig ausschließen müssen!

Fazit: Die Ausgangsgrundlage der beiden Anbietergruppen ist also grundverschieden. Die freigemeinnützigen stellen die Sorge um den Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns, während die privat-gewerblichen Anbieter ihre Kunden zufriedenstellen möchten, um mittelbar einen Gewinn mit ihrer Arbeit zu erzielen. Dies schließt natürlich nicht aus, daß ebenfalls qualitativ hochwertige Dienstleistungen erbracht werden, wenn auch nicht aus altruistischen Motiven.

2.1.3 Operationalisierung der Hypothese

Nun stellt sich die Frage, wie die Ausprägung Qualitätssicherung bzw. das Interesse an Kostensenkung gemessen werden kann, da dies insbesondere bei der Kostensenkung direkt nicht möglich ist.

„Qualitätssicherung“ kann relativ leicht operationalisiert werden und ist meßbar mit den Indikatoren: Ausbildung/Qualifizierung des Personals und Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie (z.B. Einrichtung von Qualitätszirkeln im Betrieb, von Qualitätssicherungsplänen/Leitfäden für die Mitarbeiter, Formulierung des Pflegeleitbildes). Auch die Fort- und Weiterbildung sowie das Angebot der Supervision, insbesondere die Häufigkeit der Durchführung dieser Maßnahmen, kann als Indikator für Qualitätssicherung herangezogen werden. Ein Interesse an Qualität drückt sich schließlich darin aus, ob sich ein Betrieb qualitätszertifizieren läßt.

Ein eventuelles Interesse an der Kostensenkung bzw. der damit verbundenen Steigerung der Wirtschaftlichkeit und des Gewinns kann nicht direkt gemessen, sondern fast ausschließlich nur über Verhältniszahlen erschlossen werden wie z.B. Schlüssel Personal zu Patienten, Anteil des examinierten Personals oder die Relation von internen und externen Leistungen. Die andere Möglichkeit besteht darin, dies über nicht erfolgte Maßnahmen der Qualitätssicherung festzustellen. Führt ein Betrieb sehr selten Maßnahmen zur Weiterbildung oder der Supervision durch, entstehen ihm dadurch geringere bzw. keine zusätzlichen Kosten.

Als Hilfestellung ist die folgende Tabelle gedacht. Sie soll darstellen, mit Hilfe welcher Indikatoren die Ausprägungen „Qualitätssicherung“ und „Kostensenkung“ gemessen werden können.

Tabelle 2: Messung der Ausprägungen „Kostensenkung“ und „Qualitätssicherung“

	eher Qualitätssicherung	eher Kostensenkung
Betreuungsschlüssel, unter Berücksichtigung der Patientenstruktur	X	X
Qualifizierung des Personals	X	X
Vergütung des Personals unter Tarif		X
Anteil 610 DM-Kräfte >20%		X
Pflegeleitbild	X	
Qualitätszirkel, Qualitätssicherungspläne	X	
Häufigkeit Dienstbesprechungen	X	X
Angebot der Supervision	X	X
Häufigkeit/Umfang von Fort-/Weiterbildung	X	X
Zertifizierung nach ISO 9000 und TÜV	X	
Controlling, Erscheinungsbild (CI)	X	

2.1.3.1 Betreuungsschlüssel

Der Schlüssel Personal zu Patienten läßt direkt keine Rückschlüsse auf die Qualität der erbrachten Pflegeleistung zu. Indirekt sind Rückschlüsse auf die Zeit möglich, die die Mitarbeiterin für den einzelnen Patienten aufbringen kann. Kommt ein sehr ungünstiger Mitarbeiterinnen - Patientenschlüssel zu Tage (z.B. eine Mitarbeiterin (Vollzeitkraft) hat im Durchschnitt etwa 20 Patienten zu versorgen) läßt dies den Rückschluß zu, daß für die Pflege des einzelnen Patienten relativ wenig Zeit zur Verfügung steht. Hinzu kommt, daß die Wege- und Rüstzeiten in Abzug zu bringen sind. Auf diese entfallen ca. 13% der Zeit einer Arbeitsstunde.⁷³ Umgerechnet auf einen Patientenbesuch sind dies im Durchschnitt 7,6 Minuten. Auch Forschungen des Diakonischen Werkes und der Robert-Bosch-Stiftung kamen zu dem Ergebnis, daß die Qualität der erbrachten Pflegeleistung in Relation zum Zeitaufwand steht. Eine weitere Einflußgröße auf den Zeitaufwand stellt das Alter des Patienten dar. Je „jünger“ die Patienten, desto höher ist der Zeitaufwand. Als besonders zeitaufwendig hat sich die Pflege der Altersgruppe der 60 - 70 jährigen herausgestellt. Mit steigendem Alter sinkt der Zeitbedarf für die Pflege! Genau umgekehrt, wie man vermutet hätte. Die Pflegestufe der Patienten und die Qualifikation der Pflegekraft hat nur einen sehr marginalen Einfluß auf den Zeitaufwand. Bei einer Pflege unter Zeitdruck, muß man eher mit Fehlern oder kleinen Nachlässigkeiten der Pflegekraft rechnen und somit einer etwas geringeren Pflegequalität.

Ein Patienten - Mitarbeiterinnenschlüssel, bei dem eine Mitarbeiterin viele Patienten versorgt, ist ein Indikator für ein Interesse an Kostensenkung, denn so können während der Arbeitszeit mehr Patienten behandelt und dementsprechend auch Leistungen abgerechnet werden.

⁷³ Ergebnisse eines noch unveröffentlichten Forschungsberichtes des Diakonischen Werkes Deutschland in Zusammenarbeit mit der Robert Bosch Stiftung. In: Diakonie Report 4/97, S. 7

2.1.3.2 Qualifizierung des Personal

Eine gut ausgebildete und qualifizierte Pflegekraft ist eine notwendige Voraussetzung, um qualitativ gute Pflege anbieten und leisten zu können, da eine solche Kraft in der Regel auch mit problematischen Situationen besser umgehen kann. Wie bei allen anderen Faktoren hat auch hier Qualifizierung bzw. Qualität ihren Preis. Examierte Pflegekräfte erhalten in aller Regel eine höhere Vergütung als angelehrte oder Pflegekräfte mit einjähriger Ausbildung. Ein hoher Anteil examinierter Kräfte (> 75%) kann als Bemühen um Qualitätssicherung gewertet werden, jedoch kann im Gegenzug ein geringerer Fachkräfteanteil auch als Interesse an Kostensenkung gewertet werden.

Um Lohnnebenkosten einzusparen, besteht die Möglichkeit Geringfügig Beschäftigte (610 DM Kräfte) anstelle von Teil- oder Vollzeitkräften einzustellen. Liegt der Anteil geringfügig Beschäftigter sehr hoch, wirkt sich dies nachteilig auf die Kontinuität der Pflege aus, d.h. der Patient wird fast ständig mit wechselndem Personal konfrontiert. Um dies zu verhindern, begrenzen die Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI den Anteil der geringfügig Beschäftigten in der Pflege auf 20 %. Daher ist es interessant zu überprüfen, ob sich die Pflegedienste an diese Rahmenvorgabe halten und, falls nicht, in welchem Umfang sie sie überschreiten. Liegt der Anteil der geringfügig Beschäftigten in der Pflege über 20%, wird den Pflegediensten ein Interesse an Kostensenkung unterstellt.

Im Zusammenhang mit der Beschäftigung stellt sich auch die Frage der Entlohnung der Mitarbeiterinnen. Die Vergütung ist bis zu einem gewissen Umfang ein Motivationsinstrument. Möchte ein Pflegedienst mit Spitzenkräften arbeiten, so muß er aller Wahrscheinlichkeit nach entsprechende finanzielle Anreize schaffen. Dies belastet aber das Budget des Betriebes. Somit kann das Spannungsverhältnis zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit zum Tragen kommen. Mit einer z.B. untertariflichen Entlohnung können die Betriebsausgaben gesenkt werden, unter Umständen aber zu Lasten der Qualität, da besonders qualifizierte Kräfte eine höhere Vergütung für sich einfordern.

2.1.3.3 Dienstbesprechung

Die Durchführung von Dienstbesprechungen kann als Kriterium der Qualitätssicherung herangezogen werden, findet hier doch im wesentlichen der Informationsaustausch und die Aktualisierung von Informationen über Patienten, Probleme unter den Mitarbeiterinnen und der Geschäftsführung statt. Dienstbesprechungen werden während der Arbeitszeit abgehalten, so daß während dieses Zeitraums keine oder nur in eingeschränktem Umfang Patienten versorgt werden können. Häufige und ausführliche Dienstbesprechungen sind ein Stück Qualitätssicherung, da sie zu einem guten Informationsfluß beitragen, aber wiederum Zeit in Anspruch nehmen, in der keine Patienten versorgt werden können.

2.1.3.4 Supervision

Supervision soll den Mitarbeiterinnen helfen, ihre Arbeit besser zu bewältigen, Konflikte mit Patienten oder anderen Mitarbeiterinnen schon im Entstehen auszuräumen und ein „burn-out“, ein Ausbrennen, zu verhindern. Bietet ein Pflegedienst seinen Mitarbeiterinnen Supervision an, kann dies als Bemühen gewertet werden, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen zu erhalten, eventuell verbunden mit der Erwartung an positive Rückwirkung auf die Arbeit und letztendlich auf den Patienten. Wird keine Supervision vom Arbeitgeber angeboten kann dies aus Kostengründen erfolgen. Hierbei ist aber noch zu differenzieren, wer den Supervisor/die Supervisorin bezahlt und wann die Supervisionsitzungen stattfinden (während der regulären Arbeitszeit oder außerhalb dieser). Grundsätzlich und abgesehen von den Finanzierungsmodi ist das regelmäßige Angebot von Supervision als positiv und der Pflegequalität zuträglich zu bewerten. Kostensenkungsinteressen liegen jedenfalls dann vor, wenn die Mitarbeiterinnen den überwiegenden Anteil an der Finanzierung der Supervision erbringen, oder erst gar keine von dem Betrieb angeboten wird.

2.1.3.5 Fort- und Weiterbildung

Ähnlich verhält es sich bei der Frage der Fort- und Weiterbildung. Hier ist auch von Bedeutung, wer die Maßnahmen (einseitige oder paritätische Finanzierung) bezahlt, wann sie stattfinden (während oder außerhalb der Arbeitszeit) und wie oft und in welchem Umfang (halbtags, mehrere Tage, intern /extern). Häufige bzw. ständige Weiterbildung des Personals erfordert einen Einsatz von zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die zuerst einmal Kosten für den Betrieb darstellen. Ermöglicht ein Betrieb seinen Mitarbeiterinnen nur sehr selten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, so kann dies sicherlich nicht dem Qualitätsanspruch im SGB XI genügen, das eine Pflege nach aktuellem wissenschaftlichem Stand erfordert. Jedoch senkt dies die betriebsinternen Ausgaben und trägt so zur Kostensenkung bei.

2.1.3.6 Controlling, Zertifizierung und Erscheinungsbild

Das Vorhandensein eines Controllingkonzeptes, sowie eines einheitlichen Erscheinungsbildes (Corporate Identity) oder auch die Zertifizierung durch eine Institution wie den TÜV oder DIN ISO wird als Bemühen um Qualitätssicherung gewertet.

2.1.4 Die Indikatoren zur Überprüfung der Hypothese

Die Hypothese, daß privat-gewerbliche Anbieter an einer Kostensenkung interessiert sind, die freige-meinnützigen Anbieter insbesondere Qualitätssicherung anstreben, kann als bestätigt angesehen werden, wenn die folgenden acht Indikatoren durch die Untersuchungsergebnisse bestätigt werden.

- *Betreuungsschlüssel*
Der Betreuungsschlüssel (Mitarbeiterin - Patienten) ist bei den privat-gewerblichen Anbietern ungünstiger als bei den freigemeinnützigen, d.h. eine Pflegekraft muß mehr Patienten versorgen.
- *Anteil Geringfügig Beschäftigter*
Bei den privat gewerblichen Pflegediensten liegt der Anteil geringfügig Beschäftigter in der Pflege über 20%, die freigemeinnützigen Anbieter liegen unter diesem Schwellenwert.
- *Entlohnung*
Die Mitarbeiterinnen in privat-gewerblichen Pflegeeinrichtungen werden unter Tarif bezahlt.
- *Anteil examinierte Kräfte*
Der Anteil examinierter Kräfte (3-jährige Ausbildung) liegt bei den privat-gewerblichen Anbietern zwischen der Minimalforderung der Rahmenverträge von 58% und 75%. Die Freigemeinnützigen beschäftigen hingegen im Durchschnitt zu mehr als 75% examinierte Pflegekräfte.
- *Maßnahmen zur Qualitätssicherung*
Qualität schlägt sich auch in Maßnahmen nieder wie einem einheitliches Erscheinungsbild, Controlling, Pflegeleitbild, Qualitätszirkel und Qualitätssicherungsplänen oder einer Qualitätssertifizierung. Diese Maßnahmen sind in Einrichtungen der freigemeinnützigen Anbieter in der Regel häufiger anzutreffen wie bei privat-gewerblichen Anbietern.
- *Angebot der Supervision*
In den Betrieben der privat-gewerblichen Anbieter wird keine oder nur in sehr geringem Umfang Supervision (z.B. bei Bedarf) angeboten. Die freigemeinnützigen Pflegedienste hingegen bieten ihren Mitarbeiterinnen Supervision häufiger an (z.B. einmal monatlich).
- *Häufigkeit Dienstbesprechung*
Dreiviertel der freigemeinnützigen Pflegebetriebe führen Dienstbesprechungen in mindestens wöchentlichem Turnus oder häufiger durch, während bei privat-gewerblichen Anbietern Dienstbesprechungen eher in einem zwei bis einwöchentlichem Abstand stattfinden.

- *Häufigkeit Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung*

Mitarbeiterinnen in freigemeinnützigen Pflegebetrieben nehmen häufiger während eines Jahres an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen teil als Mitarbeiterinnen eines privat-gewerblichen Dienstes.

3 AUSWERTUNG DER BEFRAGUNG

Die Datenerhebung mittels Fragebogen unter den ambulanten Pflegeeinrichtungen im Landkreis Konstanz war als Vollerhebung angelegt. Die Rücklaufquote der Fragebögen lag bei 84,85 %. Bei den freigemeinnützigen Anbietern haben sich 15 der 16 Pflegebetriebe (93,75%), bei den privat-gewerblichen Träger 13 der insgesamt 17 Anbieter (76,47%) an der Datenerhebung beteiligt. Die Ergebnisse werden im folgenden in der gleichen Reihenfolge präsentiert, wie sie im Fragebogen erhoben wurden.

3.1 Die Pflegebetriebe

3.1.1 Verbandszugehörigkeit

Die Pflegebetriebe in freigemeinnütziger Trägerschaft - nämlich 11 der 15 Anbieter - gehören einem konfessionell geprägten Wohlfahrtsverband (Caritasverband, Diakonisches Werk) an. Lediglich drei Einrichtungen befinden sich unter dem Dach eines nicht konfessionell geprägten Wohlfahrtsverbandes (z.B. AWO, DPWV). Momentan existiert nur ein Betrieb, der sich in kommunaler Trägerschaft befindet. Während die freigemeinnützigen Betriebe zu fast 100% verbandlich organisiert sind, beträgt der Organisationsgrad bei den privat-gewerblichen etwa 61 %. Von den 13 Anbietern haben sich acht einem der sechs Verbände für privat-gewerbliche Krankenpflege angeschlossen.

3.1.2 Rechtsform

Die Rechtsform der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft ist sehr homogen. Die überwiegende Zahl der Betriebe (13 der 15 Betriebe) hat die Rechtsstruktur eines eingetragenen Vereins (e.V.). Jeweils einmal vertreten ist eine Stiftung und eine GmbH.

Weit mehr diversifiziert sind die Rechtsformen bei den privat-gewerblichen Anbietern. Sehr verbreitet ist das Einzelunternehmen, die Gesellschaft bürgerlichen Rechts, aber auch ein eingetragener Vereine findet sich in dieser Runde.

Tabelle 3: Rechtsform der Pflegedienste

Rechtsform	Anzahl Betriebe	in %
Freigemeinnützige Träger	15	100,00%
eingetragener Verein	13	86,67%
GmbH	1	6,67%
Körperschaft	1	6,67%
Privat-gewerbliche Träger	13	100,00%
GbR	5	38,46%
Einzelunternehmen	7	53,85%
GmbH	0	0,00%
eingetragener Verein	1	7,69%

3.1.3 Fuhrpark

Grundlegendes und notwendiges Arbeitsgerät der ambulanten Pflegedienste sind deren Fahrzeuge. Insgesamt sind 232 Pkws auf die Pflegedienste zugelassen. Davon können 185 Pkws den freigemeinnützigen und 50 den privat-gewerblichen Anbietern zugeordnet werden.

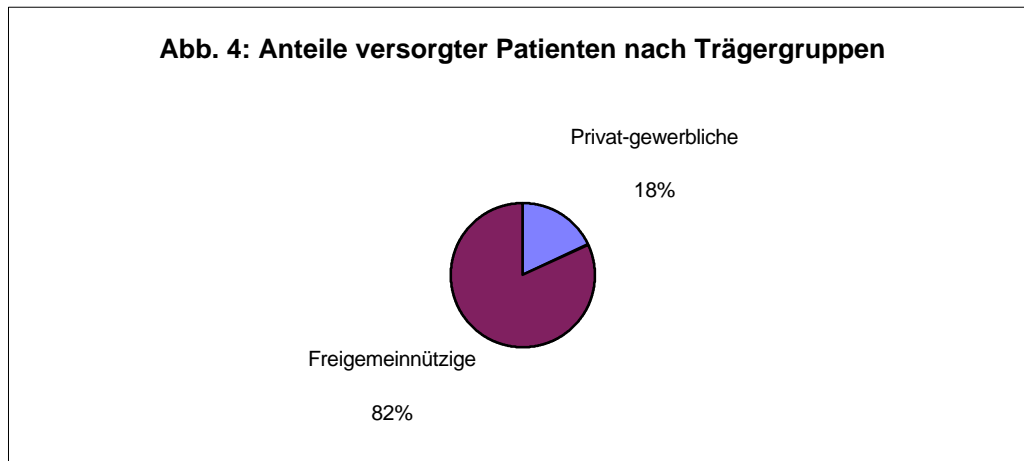
Ein privat-gewerblicher Pflegedienst hat im Durchschnitt 3,85 Fahrzeuge (Median: 3) in seinem Fuhrpark eingestellt. Die Freigemeinnützigen besitzen etwa 12,33 Fahrzeuge (Median: 10) pro Dienst.

Bei der Größe der Fahrzeugflotten tun sich erhebliche Unterschiede auf, einerseits zwischen den beiden Anbietergruppen, jedoch auch innerhalb der einzelnen Träger. Der an der Zahl der Pkws gemessene größte privat-gewerbliche Pflegedienst verfügt über 7 derer, der größte freigemeinnützige Anbieter über 32 Pkws.

Ausgehend vom Arithmetischen Mittel kann man festhalten, daß der Fahrzeugpark der freigemeinnützigen Anbieter etwa um den Faktor 3,5 größer ist. Legt man den Median zugrunde, ergibt sich noch annähernd der gleiche Multiplikator.

3.2 Die Patienten

Im Landkreis versorgen die befragten 28 ambulanten Pflegeeinrichtungen insgesamt 2308 hilfsbedürftige Menschen. Ausgehend von dieser Zahl kümmern sich die privat-gewerblichen Anbieter um insgesamt 415 Personen, die in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden. Der Anteil an Pflegeleistungen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen, der durch die privat gewerblichen erbracht wird, beträgt 17,98 %. Die Freigemeinnützigen versorgen 82 % der Menschen, die auf ambulante Hilfe angewiesen sind.



Doch beileibe erhalten nicht alle durch die Einrichtungen versorgten Personen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hier ergibt sich folgende Verteilung zwischen den Trägergruppen:

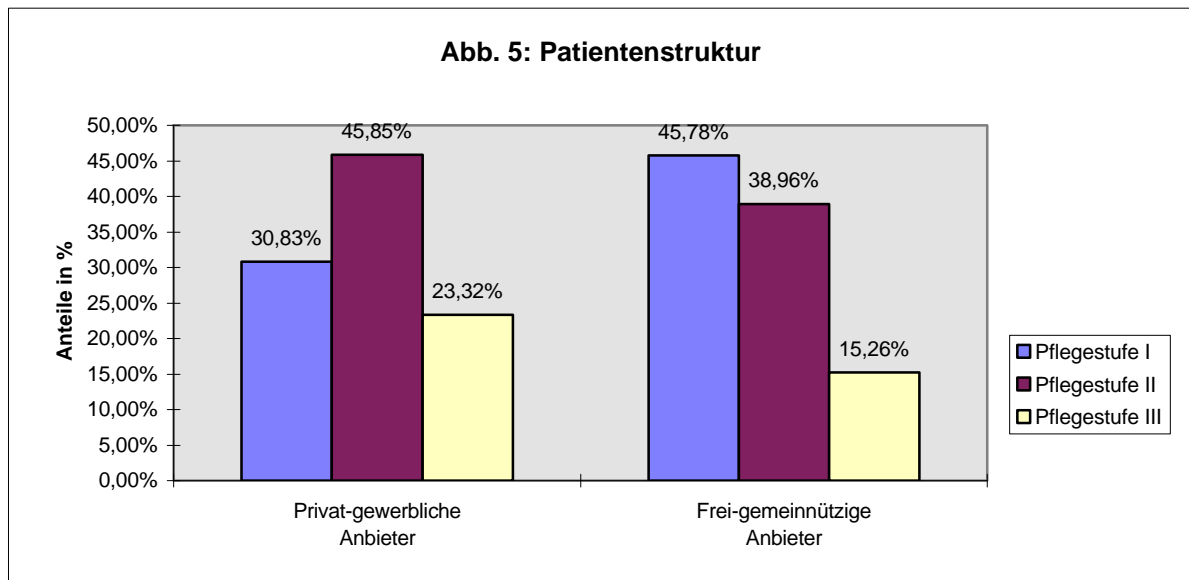
Tabelle 4: Verhältnis Gesamtzahl Patienten allgemein zu Leistungsbeziehern nach SGB XI

		davon Leistungsbezieher nach SGB XI	
Privat-gewerbliche Anbieter		253	
Freigemeinnützige Anbieter		924	

Die Pflegedienste versorgen in der Regel nicht nur Pflegebedürftige, die Leistungen nach SGB XI beziehen, sondern leisten auch Krankenpflege im eigentlichen Sinne, die sogenannte Behandlungspflege nach § 37 SGB V. Es werden auch Patienten versorgt, die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung beziehen. Die Differenz zwischen der Gesamtzahl an Patienten und den Leistungsbeziehern der gesetzlichen Pflegeversicherung ist bei den Freigemeinnützigen deshalb so groß, weil diese noch in erheblichem Umfang das Segment der Nachbarschaftshilfe/Hauswirtschaft abdecken. Diese Patienten fließen in die Gesamtzahl der versorgten Patienten mit ein.

3.2.1 Patientenstruktur

Nachfolgend soll die Patientenstruktur, d.h. die Verteilung der Patienten auf die drei Pflegestufen, in den Einrichtungen analysiert werden.



Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Trägergruppen. Die privat-gewerblichen Patienten der Pflegestufe I 30,83%. Bei den freigemeinnützigen Diensten befindet sich die Mehrzahl der der Pflegestufe II und 14,83 % in der Pfl gestufe III.⁷⁴

150 Patienten der freigemeinnützigen Anbieter beziehen zusätzliche Leistungen, die über das von der Pflegeversicherung gewährte Maß hinausgehen. Dies entspricht 16,23% der Patienten die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen. Bei den privat-gewerblichen beziehen 10,67% bzw. 27 Klienten zusätzliche Leistungen.

Tabelle 5: Durchschnittliche Größe der Pflegedienste

	Anzahl Patienten		Patienten Pflegestufe I		Patienten Pflegestufe III
	32 (27)	19 (19)	6 (6)	8 (8)	5 (4)
	126 (90)		28 (21)		9 (6)

Die Klammerwerte geben jeweils den Median an.

⁷⁴ Die Verteilung der Klientel auf die Pflegestufen bei den freigemeinnützigen Trägern entspricht annähernd den Ergebnissen der Gutachten über den Grad der Pflegebedürftigkeit des MDK aller Pflegebedürftiger: Pflegestufe I: 44,6%; Pflegestufe II: 37,6% und Pflegestufe III: 17,8%. Vgl.: Griep, Heinrich (1997): Erste Erfahrungen mit der Pflegeversicherung. S. 29. In: Caritas-Korrespondenz 1997/1.

Zieht man die Zahl der Patienten als Indikator für die Betriebsgröße heran, und betrachtet im folgenden die arithmetischen Mittelwerte der Patientenzahlen, kommt man wieder zu dem Schluß - wie dies auch bei der Zahl der Pkws der Fall war, daß die Betriebe der freigemeinnützigen Träger etwa um den Faktor 3 größer sind als die der privat-gewerblichen.

Die Größe der Pflegedienste schwankt bei den privat-gewerblichen Anbietern weniger stark, die Spannweite beträgt 69, d.h. der kleinste Betrieb versorgt vier Personen, der größte 73. Die Spannweite bei den freigemeinnützigen liegt bei 298, wobei der kleinste Betrieb 12 Patienten versorgt, der Größte 310.

Tabelle 6: Größenstruktur der Pflegebetriebe nach Patientenzahlen

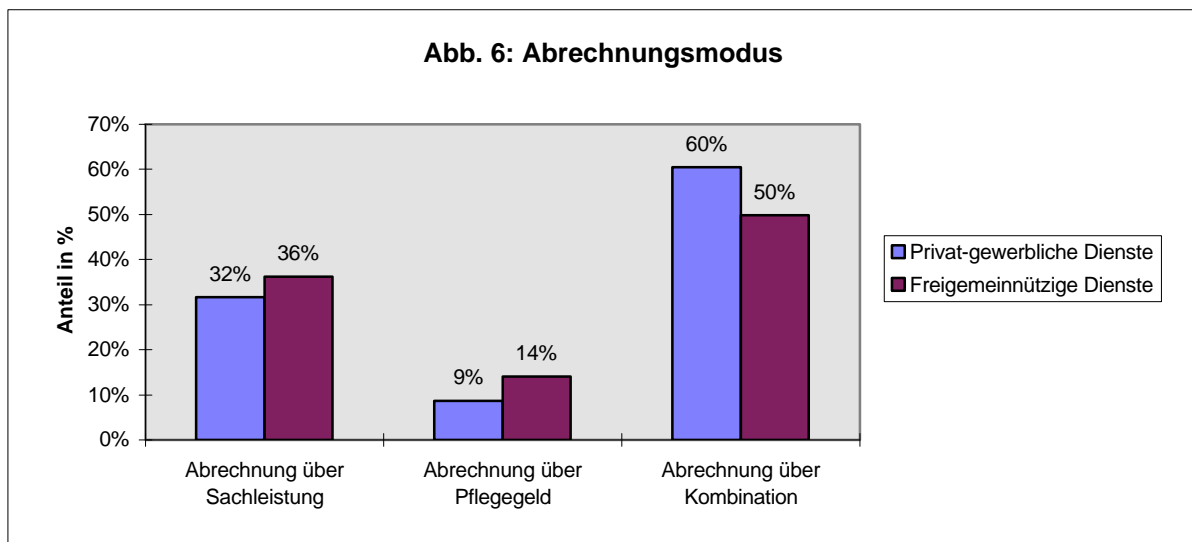
	Privat-gewerbliche Dienste		Freigemeinnützige Dienste	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Zahl der Patienten				
bis 20 Patienten	4	30,77%	1	6,66%
bis 40 Patienten	6	46,15%	3	20,00%
bis 60 Patienten	1	7,69%	1	6,66%
bis 80 Patienten	2	15,38%	1	6,66%
bis 100 Patienten	0	0,00%	3	20,00%
bis 150 Patienten	0	0,00%	2	13,33%
bis 200 Patienten	0	0,00%	0	0,00%
bis 250 Patienten	0	0,00%	1	6,66%
bis 300 Patienten	0	0,00%	2	13,33%
über 300 Patienten	0	0,00%	1	6,66%

Bei der Beschreibung der Betriebsgröße über die Zahl der Patienten, ergeben sich erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Trägergruppen. Der Vergleich in der obigen Tabelle zeigt, daß bei den Freigemeinnützigen fast alle Betriebsgrößen anzutreffen sind mit einer zugleich sehr gleichmäßigen Verteilung. Es gibt also nicht überproportional viele kleine oder große Pflegebetriebe. Bei den privat-gewerblichen hingegen sind die Betriebsgrößen sehr einheitlich. Der kleinste Pflegebetrieb versorgt vier Patienten, der größte gerade einmal 66. Die Betriebsgrößenstruktur ist bei den privat-gewerblichen also insgesamt sehr viel homogener als bei den freigemeinnützigen, deren kleinster Betrieb zwölf und der größte 310 Patienten versorgt.

3.2.2 Abrechnungsmodus

Eine weitere interessante Frage - die mit Kundenfreundlichkeit in Verbindung gebracht werden kann - lautet: Wie erfolgt die Abrechnung der Pflegeleistungen? Die Abrechnung über die Sachleistung kann insofern als etwas kundenunfreundlicher bewertet werden, da für den Pflegebetrieb eventuell der Anreiz

besteht,⁷⁵ das Pflegebudget voll auszuschöpfen, obwohl dies gar nicht notwendig wäre. Von daher kann die Anwendung der Kombination Sachleistung-Geldleistung nach § 38 SGB XI etwas kundenfreundlicher sein, da ein eventuell verbleibender Rest des Budgets an den Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörige ausbezahlt wird. Natürlich gibt es auch Patienten, die das Pflegegeld der Pflegekasse in Anspruch nehmen und dann Leistungen bei den Pflegebetrieben einkaufen. Folgende Verteilung ist festzustellen:



3.2.3 Nutzungsintensität des Fuhrparks

Setzt man Anzahl der Pkws und der zu versorgenden Patienten in Relation zueinander, kann man die Intensität der Nutzung bzw. die Auslastung der Fahrzeuge bestimmen. Mit einem PKW besuchen die freigemeinnützigen Dienste etwa 10,23 Patienten. Da aber hier ein hoher Anteil an Leistungen enthalten ist, der durch die Nachbarschaftshilfe erbracht wird - und dies in aller Regel unter Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln - ist es sinnvoll, als zweite Berechnungsgrundlage nur die Patienten heranzuziehen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. In diesem Fall werden mit einem PKW knapp 5 Patienten aufgesucht. Der Auslastungsgrad liegt bei den privat-gewerblichen bei 8,8 Patienten bzw. bei ausschließlicher Berücksichtigung von Patienten der Pflegeversicherung bei 5,38 Hausbesuchen mit einem PKW.

⁷⁵ wie es z.T. den privat-gewerblichen Anbietern vorgeworfen wird.“..., dann ist für eine gewinnorientierte Einrichtung (etwa einen privaten Pflegedienst) das Motiv handlungsleitend, diese Summe einzunehmen und ...“vgl. Haenselt, Roland (1997): Pflegeversicherungsgesetz und Qualitätssicherung, S. 227; In: Soziale Arbeit 7/97.

3.3 Das Personal

Im Bereich der ambulanten Pflege arbeiten insgesamt 723 Personen, das sind umgerechnet 345,67 Vollzeitstellen. Davon entfallen 594 Beschäftigungsverhältnisse - dies entspricht 276,32 Vollzeitäquivalenten - auf die freigemeinnützigen Träger und 129 Beschäftigte⁷⁶ - 69,35 Vollzeitkräfte - auf die privat-gewerblichen Pflegedienste.

3.3.1 Größenstruktur der Pflegebetriebe

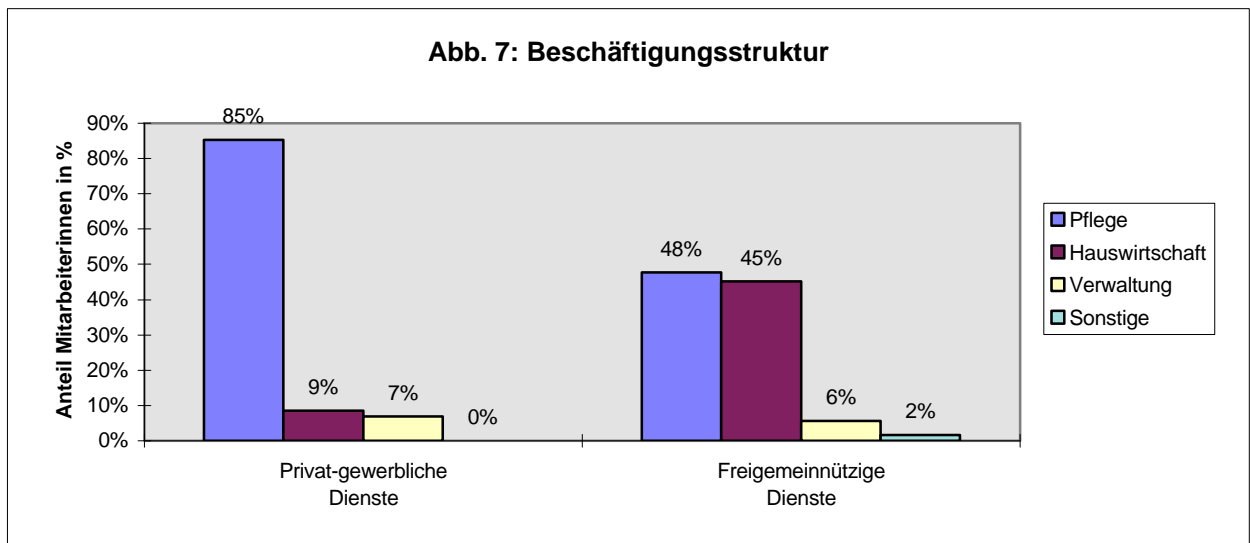
Tabelle 7: Größenstruktur der Betriebe nach Mitarbeiterinnenzahlen

	Privat-gewerbliche Dienste		Freigemeinnützige Dienste	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Anzahl Mitarbeiter				
bis 15 Mitarbeiter	10	83,33%	2	13,33%
16 bis 30 Mitarbeiter	2	16,67%	4	26,66%
31 bis 45 Mitarbeiter	0	0,00%	4	26,66%
46 bis 60 Mitarbeiter	0	0,00%	3	20,00%
über 60 Mitarbeiter	0	0,00%	2	13,33%
Vollzeitäquivalente				
bis zu 5 Stellen	4	33,33%	2	13,33%
6 bis 10 Stellen	7	58,33%	1	6,67%
11 bis 15 Stellen	1	8,33%	4	26,67%
16 bis 20 Stellen	0	0,00%	2	13,33%
20 bis 25 Stellen	0	0,00%	3	20,00%
26 bis 35 Stellen	0	0,00%	1	6,66%
über 35 Stellen	0	0,00%	2	13,33%

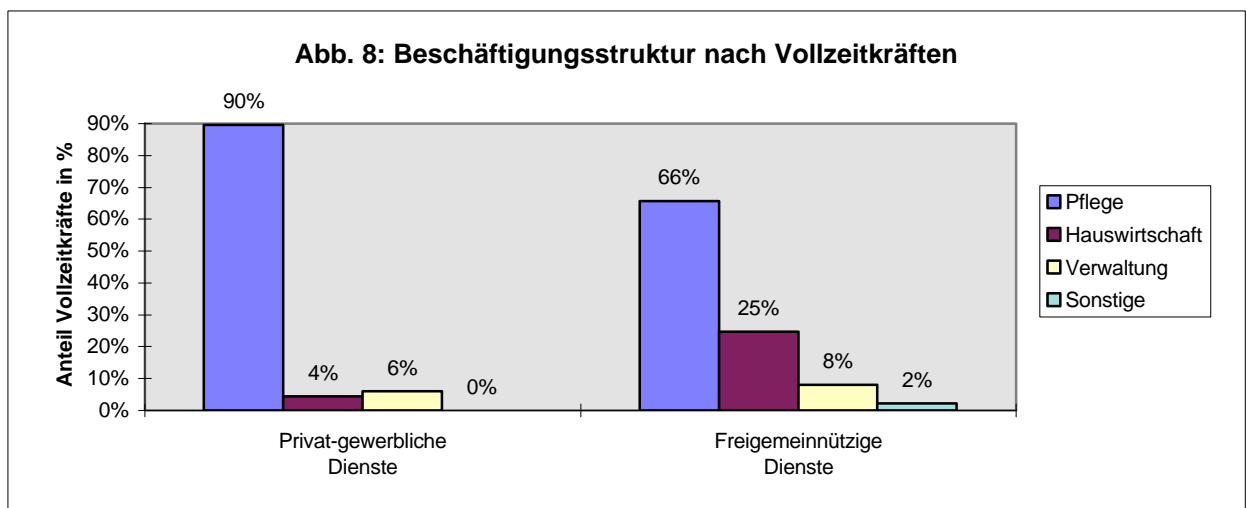
Beschreibt man die Betriebsgröße über die Anzahl der Mitarbeiterinnen bzw. der Vollzeitäquivalente, ergibt sich das gleiche Bild, wie bei der Bestimmung der Betriebsgröße über die Patientenzahlen. Die privat-gewerblichen Anbieter sind Kleinbetriebe in der Größenordnung von vier bis zu 20 Mitarbeiterinnen bzw. zwei bis zu 11,05 Vollzeitäquivalenten. Wiederum alle Betriebsgrößen sind bei den freigemeinnützigen Anbietern vertreten. Der größte Teil der Pflegebetriebe beschäftigen hier zwischen 16 und 60 Mitarbeiterinnen bzw. 11 bis 25 Vollzeitäquivalenten. Den Bereich bis zu ca. 20 Mitarbeiterinnen bzw. 11 Vollzeitäquivalenten wird überwiegend von den privat-gewerblichen Pflegediensten abgedeckt, während die freigemeinnützigen Pflegedienste in der Betriebsgröße ab 15 Mitarbeiterinnen bzw. 11 Vollzeitäquivalenten hauptsächlich anzutreffen sind.

⁷⁶ Ein Pflegedienst der privat-gewerblichen Anbieter hatte keine Angaben zu seinem Personal gemacht. Daher finden im Folgenden nur zwölf Betriebe Berücksichtigung. Bei der Errechnung des Betreuungsschlüssels wurden die Patienten dieses Betriebes nicht mitgezählt.

3.3.2 Beschäftigungsstruktur



Umgerechnet auf Vollzeitkräfte ergibt sich folgendes Bild:



Die Trägergruppen unterscheiden sich sehr deutlich in ihrer Personalstruktur. Privat-gewerbliche Dienste beschäftigen überwiegend (zu 90 %) Pflegekräfte und nur in geringem Umfang Kräfte der Hauswirtschaft und Verwaltung. Bei den freigemeinnützigen hingegen werden in größerem, nahezu gleichem Umfang Mitarbeiterinnen im Bereich Hauswirtschaft/Nachbarschaftshilfe beschäftigt. Dieser Bereich wird von den Sozialstationen auch schon seit etlichen Jahren angeboten. Auch in der Verwaltung arbeiten im Verhältnis mehr Mitarbeiterinnen als bei den privat-gewerblichen Pflegediensten.

3.3.3 Qualifizierung des Pflegepersonals

Hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeiterinnen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 8: Qualifizierung des Pflegepersonals

	Pflegefachkraft	Pflegehelfer	ausländischer Pflegerabschluß	ZDL/Praktikant	angelernte MA	Sonstige
Privat-gewerbliche Anbieter	79,46%	12,50%	0,89%	0,00%	4,46%	2,68%
Freigemeinnützige Anbieter	66,57%	5,23%	0,29%	13,08%	12,79%	2,03%

Umgerechnet auf Vollzeitkräfte:

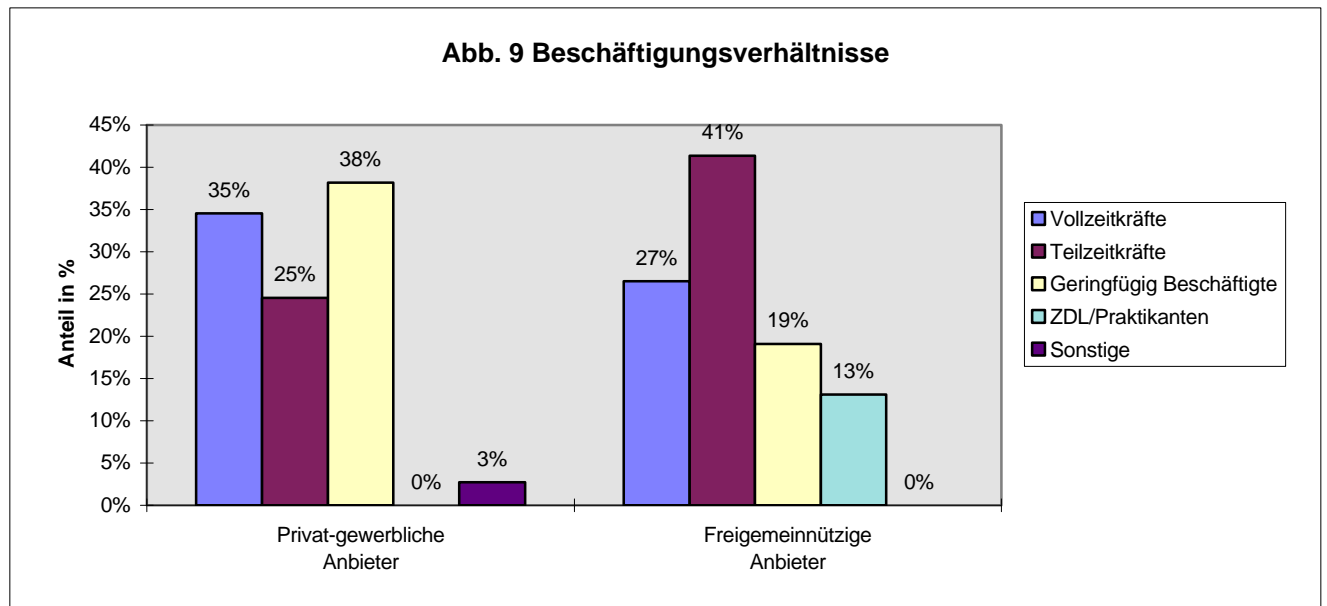
	Pflegefachkraft	Pflegehelfer	ausländischer Pflegerabschluß	ZDL/Praktikant	angelernte MA	Sonstige
Privat-gewerbliche Anbieter	77,68%	14,40%	1,65%	0,00%	2,16%	4,11%
Freigemeinnützige Anbieter	77,74%	5,90%	0,13%	10,07%	3,99%	2,18%

Der Anteil der Pflegefachkräfte ist - unter Zugrundelegung der Vollzeitkräfte - bei den freigemeinnützigen identisch mit dem Anteil bei den privat-gewerblichen. Unterschiede gibt es am Anteil der Pflegehelferinnen, der bei den Privat-gewerblichen fast dreimal so hoch ist als bei den freigemeinnützigen. Diese können jedoch auf Zivildienstleistende zurückgreifen, was der anderen Trägergruppe nicht möglich ist. Der Anteil der Angelernten ist bei den freigemeinnützigen um 8 Prozentpunkte höher bzw. 1,8 bei Umrechnung auf Vollzeitkräfte. Dieser hohe Wert läßt sich damit erklären, daß die freigemeinnützigen Dienste Nachbarschaftshelferinnen als ergänzende Hilfen einsetzen, sofern der Patient dies ausdrücklich wünscht.

Wie hoch ist der Fachkräfteanteil innerhalb der Trägergruppen? Bei den privat-gewerblichen Anbietern schwankt dieser Wert zwischen 36,36 % und 100%, wobei drei Pflegebetriebe die Vorgabe des Rahmenvertrages - einen Fachkräfteanteil von 58,33 % - nicht erfüllen, einer davon jedoch deswegen einen schriftlichen Kooperationsvertrag abgeschlossen hat. Der Median liegt bei 79,16% Fachkräfteanteil. Blickt man zu den freigemeinnützigen Anbietern, so kann man feststellen, daß ebenfalls drei Betriebe das Soll nicht erfüllen, jedoch hat ein Betrieb einen schriftlichen Kooperationsvertrag abgeschlossen, um das Soll durch die Zusammenarbeit zu erfüllen. Der niedrigste Anteil examinierter Fachkräfte liegt bei 24%. Der Median, der robust gegenüber Ausreißern ist, liegt bei dieser Trägergruppe bei 84,72 %, also um etwa fünf Prozentpunkte höher als bei den privat-gewerblichen Diensten. Daraus kann geschlossen werden, daß der Fachkräfteanteil bei den Freigemeinnützigen insgesamt auf einem etwas höheren Niveau liegt.

3.3.4 Beschäftigungsverhältnisse

Nach der Frage der Qualifizierung der Mitarbeiterinnen, gilt es nun einen Blick auf die Beschäftigungsverhältnisse zu werfen. Besonderes Augenmerk wird den geringfügig Beschäftigten geschenkt, deren Anteil 20 % nicht übersteigen sollte (bezogen auf die in der Pflege beschäftigten Mitarbeiterinnen)



Die Freigemeinnützigen bleiben mit ihrem Anteil an geringfügig Beschäftigten gerade noch unter der 20% Marke während die privat-gewerblichen diese mit rund 38 % deutlich - um fast das Doppelte - überschreiten.

Der Anteil der geringfügig Beschäftigten innerhalb der freigemeinnützigen Trägergruppe schwankt zwischen null und maximal 60,86%. Der Median, der die Datenmenge in zwei gleich große Abschnitte teilt liegt bei 13,14 %. Insgesamt überschreiten fünf der 15 Pflegedienste den vorgegebenen Grenzwert von 20 %. Bei den privat-gewerblichen Anbietern überschreiten gleich elf der zwölf Betriebe diese Marke. Die Werte schwanken zwischen 20 und 66 %. Mit 30,78 % liegt der Median um zehn Prozentpunkte über dem „Grenzwert“, daraus läßt sich schließen, daß die Übertretungen auf einem relativ gleichförmigen Niveau liegen.

Der Ausbildungsstand und die Qualifikation des Personals in der ambulanten Pflege kann - in beiden Trägergruppen liegt der Anteil der examinierten Kräfte bei ca. 77 % - durchaus als sehr hoch bezeichnet werden.

Ein weiterer Aspekt, der für die Pflegequalität von Belang sein kann, sind eventuelle Zusatzqualifikationen der Mitarbeiterinnen. Im Durchschnitt gibt es in allen ambulanten freigemeinnützigen Betrieben mindestens eine Mitarbeiterin mit Zusatzqualifikationen. Besonders häufig vertreten sind Zusatzqualifikationen im Bereich der Pflegedienstleitung (PDL), der Intensivmedizin, sowie der Hauswirtschaft. Bei den privat-gewerblichen Anbieter kann nicht jeder Anbieter - lediglich acht der zwölf Betriebe - auf zusätzlich qualifiziertes Personal zurückgreifen. Schwerpunkte in der Zusatzqualifikation können im Bereich der Intensivmedizin und Gerontologie ausgemacht werden. Insgesamt gesehen, ist der Anteil der zusätzlich qualifizierten Mitarbeiterinnen an der Zahl der in der Pflege tätigen gemessen, bei beiden Gruppen etwa gleich und beträgt bei den privat-gewerblichen rund 26% und bei den freigemeinnützigen

28%. Hinzuweisen ist noch auf die Tatsache, daß bei den Privat-gewerblichen Anbietern noch nicht einmal die Hälfte aller Betriebe eine Mitarbeiterin beschäftigt, die über eine PDL-Ausbildung verfügt. Der Abschluß einer solchen Ausbildung ist nach der Übergangszeit, die im Jahr 2004 endet, dann zwingend erforderlich, um einen Pflegebetrieb führen zu dürfen.

3.3.5 Entlohnung

Die Entlohnung der Mitarbeiter erfolgt bei nahezu allen freigemeinnützigen Einrichtungen - nach den Regelwerken BAT, KR oder AVR. Eine Vergütung nach Vereinbarung gibt es nicht.

In knapp der Hälfte der Fälle erfolgt die Vergütung der Mitarbeiter bei den privat-gewerblichen Anbietern nach Vereinbarung. Die anderen Betreiber lehnen sich bei der Vergütung häufig an BAT, AVR oder KR an.

3.3.6 Betreuungsverhältnis

Nachdem nun Patienten - und Mitarbeiterinnenzahlen bekannt sind, kann der Quotient aus der Anzahl aller Mitarbeiterinnen und Patienten errechnet werden, der Aufschluß über die Betreuungsrelation gibt.

Es bieten sich drei Möglichkeiten an, das Betreuungsverhältnis zu berechnen:

Variante 1: Gesamtzahl aller Patienten im Verhältnis zu den Mitarbeiterinnen in der Pflege;

Variante 2: Patienten die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten im Verhältnis zu den Pflegekräften;

Variante 3: Gesamtzahl aller Patienten im Verhältnis zu den Mitarbeiterinnen, die am Patienten tätig werden (Pflege, Hauswirtschaft, Sonstige, ohne Verwaltung).

Ergänzend kann dann anstatt mit der Mitarbeiterinnenzahl auch mit den Vollzeitkräften das Betreuungsverhältnis errechnet werden.

Tabelle 9: Zusammenfassung der Patienten- und Mitarbeiterinnenzahlen

	Privat-gewerbliche Anbieter		Freigemeinnützige Anbieter	
Anzahl Patienten:	411		1893	
Leistungsbezieher nach SGB XI:	249		924	
davon Pflegestufe I:	78	31,32%	423	45,78%
davon Pflegestufe II:	115	46,18%	360	38,96%
davon Pflegestufe II:	56	22,48%	141	15,26%
Mitarbeiterinnen Gesamt:	129	69,35 VZK	594	275,1 VZK
Pflege:	110	62,15 VZK	283	180,46 VZK
Hauswirtschaft:	11	3,0 VZK	268	66,24 VZK
Verwaltung:	9	4,2 VZK	33	22,32 VZK
Sonstige:	0	0	10	6,08 VZK
Am Patienten tätig:	121	65,15 VZK	561	252,78 VZK

Ein privat-gewerblicher Pflegedienst hatte keine Angaben zu seinem Personal gemacht. Daher finden dessen Patienten in dieser Aufstellung keine Berücksichtigung.

Tabelle 10: Betreuungsverhältnisse

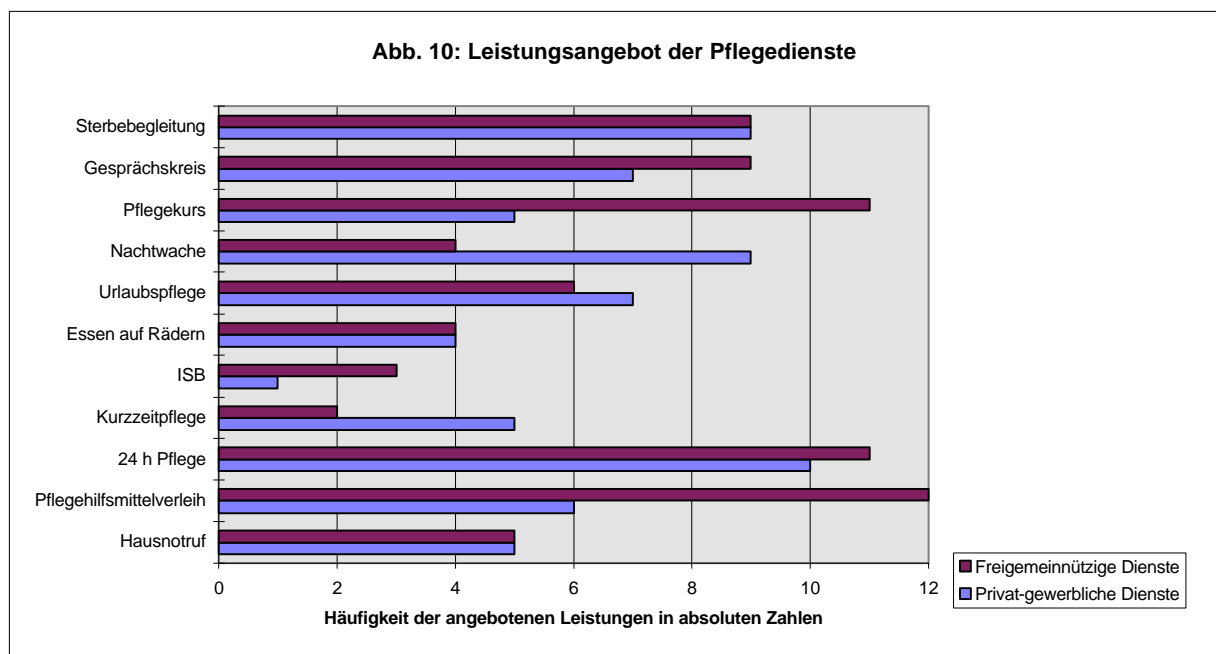
	Variante 1		Variante 2		Variante 3	
	Anzahl Mitarbeiter	VZK	Anzahl Mitarbeiter	VZK	Anzahl Mitarbeiter	VZK
Privat-gewerbliche Dienste	3,73	6,61	2,26	4	3,39	6,31
Freigemeinnützige Dienste	6,68	10,48	3,26	5,12	3,37	7,48

Eine Vollzeitpflegekraft in einem freigemeinnützigen Pflegebetrieb muß also je nach Berechnung mindestens 1 - 3 Personen mehr versorgen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Kräfte in aller Regel gezielter tätig werden, d.h. eine Pflegekraft übernimmt in nur äußerst geringem Umfang hauswirtschaftliche Tätigkeiten.

3.4 Leistungsangebot

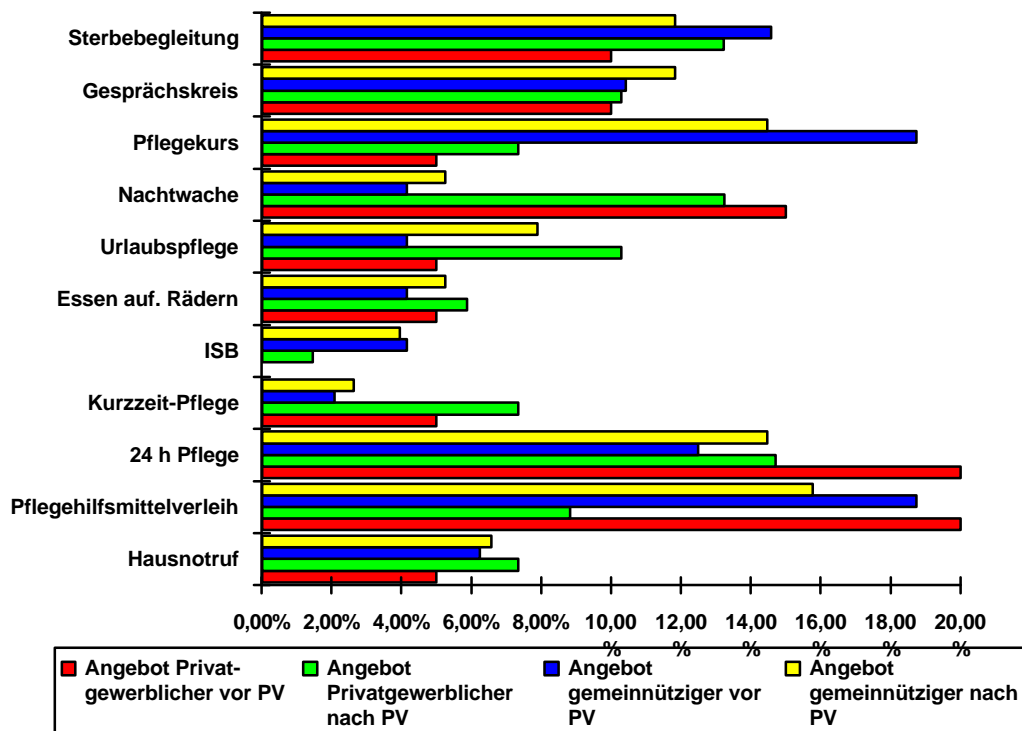
Das zusätzliche Leistungsangebot der Pflegedienste - neben Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung - wurde erhoben, um erstens zu evaluieren, in welchem Umfang und in welche Richtung sich das Angebot nach Einführung der Pflegeversicherung verändert hat. Desweiteren um in Erfahrung zu bringen, ob sich die beiden Trägergruppen auf bestimmte Zusatzleistungen spezialisieren oder zumindest überproportional häufig anbieten. Und drittens, inwieweit die Einrichtungen Änderungen innerhalb der nächsten Jahre planen.

Das Leistungsangebot in der ambulanten Pflege erfuhr in erster Linie eine starke Ausdehnung durch große Zahl an Neugründungen von Pflegediensten.



Um einen Vergleich herzustellen, und trügerspezifische Ausweitungen des Leistungsprogramms ausmachen zu können, muß im Folgenden mit Verhältniszahlen gearbeitet werden.

Abb. 11: Vergleich Leistungsprogramm Vor- und Nach Einführung der Pflegeversicherung



Die privat-gewerblichen Anbieter weiteten ihr Angebot auf fast allen Gebieten - jedoch in verschieden großem Umfang aus. Die stärksten Zuwächse gab es bei der Urlaubspflege, der ISB und der 24 h-Pflege. Leichte Angebotserweiterungen sind bei den Leistungen Gesprächskreis für pflegende Angehörige, Nachwachen, Essen auf Rädern und der Kurzzeitpflege zu verzeichnen. Die verbleibende Sparte Kurzzeitpflege erfuhren keine Ausweitung. Ein leichter anteilmäßiger Rückgang ist festzustellen bei der Sterbebegleitung, dem Pflegekurs für Angehörige sowie dem Pflegehilfsmittelverleih.

Bei den freigemeinnützigen Anbietern ist ein relativ starker Ausbau der Angebote Urlaubspflege sowie 24 h Pflege zu verzeichnen. Eine nur leichte Ausdehnung erfuhr das Angebot Gesprächskreis für pflegende Angehörige, allerdings nicht in dem Umfang wie die zuvor genannten Leistungen. Geringe Zuwächse sind bei der Nachwache, Essen auf Rädern, und dem Hausnotruf zu konstatieren. Im wesentlichen gleich blieb das Angebot der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung. Die Leistungspalette wurde in den Bereichen Sterbebegleitung und sogar sehr stark bei den Pflegekursen für Angehörige und dem Pflegehilfsmittelverleih zurückgenommen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die freigemeinnützigen Anbieter, was die Ausdehnung des Leistungsangebots betrifft, etwas im Schatten der privat-gewerblichen Anbietern stehen. Denn diese bieten bis auf Gesprächskreise, Pflegekurse für Angehörige, ISB-Betreuung und den Pflegehilfsmittel-

verleiht alle anderen Leistungspunkte prozentual häufiger an. Eine trägerspezifische Konzentration auf bestimmte Angebote kann aus den gewonnenen Daten nicht herausgelesen werden.

Nun stellt sich die Frage, wie sich das Leistungsangebot der Dienste im Laufe der nächsten Jahre verändern wird. 53 % der Betriebe in freigemeinnütziger Trägerschaft arbeiten an Veränderungen ihres Leistungsprogramms. Die Nennungen der Dienste reichen vom Ausbau der Nachtwache, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Fahrdienst für eigene Patienten, Kinderkrankenpflege bis hin zur Übernahme einer Altenwohnanlage. Jeweils drei Mal wurde die Nachtpflege und die Einführung eines Hausnotrufsystems genannt. Essen auf Rädern wurde in zwei Fällen als Erweiterungspunkt des jetzigen Leistungsprogramms genannt. Eine Spezialisierung auf bestimmte Teilbereiche der Pflege oder Versorgung hilfesuchender Menschen ist nicht zu erkennen, dafür sind die Nennungen einfach zu verschieden. 47 % der Betriebe planen keine konkreten Veränderungen ihres Leistungsspektrums.

Mit Veränderungen ihres Leistungsprogramms beschäftigen sich zur Zeit 69 % der privat-gewerblichen Pflegedienste. Auch hier ergibt sich wieder ein sehr buntes Bild an durchzuführenden Änderungen. Die Pflegedienste nannten folgende Punkte: Mit drei Nennungen wurde der Ausbau hauswirtschaftlicher Leistungen am häufigsten genannt. An zweiter Stelle der Angaben stand der Ausbau allgemeiner Beratung und Information. Ansonsten reichen die Nennungen von Fahrdienst für eigene Patienten, Pflegekurs und Gesprächskreis f. Angehörige, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Service-Wohnungen über den Verkauf von Pflegehilfsmitteln (Verbandmittel und Inkontinenzartikel), Behördengänge und Vermittlung und Auslieferung von Essen bis hin zur psycho-sozialen Betreuung. Auch bei diesen Trägern sind Spezialisierungen auf bestimmte Gebiete nicht auszumachen.

3.5 Pflegevergütung

Die Vergütung der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen erfolgt auf Basis der Landesweiten Vergütungsvereinbarung. Bis auf einen privat-gewerblichen Pflegedienst, rechnen alle Pflegedienste (Trägerschaft spielt keine Rolle) nach diesen Leistungsentgelten ab. Lediglich dieser eine Pflegedienst hat mit den Pflegekassen eine eigene Pflegevergütung ausgehandelt, die ca. 10 % unter den landesweiten Pflegesätzen liegt.

3.6 Qualitätssicherung und Weiterbildung

3.6.1 Patientendokumentation

Die Pflegedokumentation oder auch sog. Patientenberichte enthalten eine Pflegeanamnese, eine Pflegeplanung, den Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln sowie Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen. Weitere Bestandteile der Pflegedokumentation sind in aller Regel die

verordneten Medikamente sowie die wichtigsten Ansprechpartner vom Arzt über die Angehörigen bis hin zu flankierenden Maßnahmen (z.B. Essen auf Rädern o.ä.). Veränderungen des Patientenzustandes im positiven wie negativen Sinne werden festgehalten, um den pflegerischen, sowie auch den physischen und psychischen Zustand des Patienten zu dokumentieren. Eine Pflegedokumentation wird bzw. soll fortlaufend und kontinuierlich geführt werden.

Diese Forderung, die Bestandteil bzw. Vorgabe des Pflegeversicherungsgesetzes ist, erfüllen alle Betriebe zu 100% gleichermaßen.

3.6.2 Qualitätssicherungspläne/Leitfaden

Während die Patientendokumentation zum Pflichtprogramm eines jeden Pflegedienstes gehört, sind Qualitätssicherungspläne/Leitfaden für Mitarbeiterinnen freiwillige Maßnahmen und liegen im Ermessen des einzelnen Pflegedienstes. Mit Hilfe eines Qualitätssicherungsplanes/Leitfadens soll der Versuch unternommen werden, pflegerische Tätigkeiten - Grundpflege wie auch Behandlungspflege - zu standardisieren und schriftlich zu fixieren, um dann den Mitarbeiterinnen als Orientierungsrahmen an die Hand gegeben zu werden. Ein solcher Leitfaden soll für alle Mitarbeiterinnen verbindlich sein, die (Mindest-) Qualifikation der Durchführenden festlegen, fachliche Informationen und pflegerische Vorgehensweisen enthalten. Qualitätssicherungspläne können grundsätzlich auf zweierlei Art und Weise entwickelt werden. Es werden Vorgaben von z.B. der Pflegedienstleitung gemacht oder ein solches Handbuch wird zusammen mit den Mitarbeiterinnen oder einem Gremium erarbeitet und umgesetzt. Auf welche Art und Weise die Qualitätssicherungspläne in den verschiedenen Einrichtungen entstanden sind, kann nicht nachvollzogen werden.

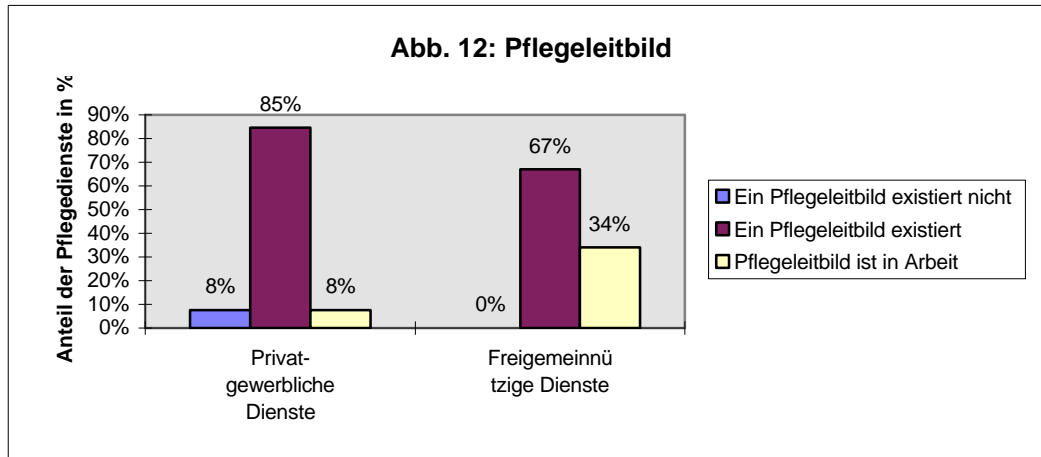
Tabelle 11: Qualitätssicherungspläne/Leitfaden

	Weder existent, noch geplant	existiert	geplant
Privat-gewerbliche Dienste	7,69%	53,85%	38,46%
Freigemeinnützige Dienste	13,33%	40,00%	46,67%

Die privat-gewerblichen Anbieter sind hier den freigemeinnützigen einen guten Schritt voraus, jedoch arbeiten auch bei den privat-gewerblichen noch 1/3 aller Betriebe an einem solchen System.

3.6.3 Pflegeleitbild

In einem Pflegeleitbild geht es darum, die Ziele der Pflege, die Arbeitsweise und die Pflegestandards darzulegen. Es ist Bestandteil der Unternehmenskultur und soll das Handeln der Mitarbeiterinnen indirekt steuern. Ihm kommt also eine Art „Geländerfunktion“ zu, an dem die Mitarbeiterinnen Ihr Handeln auszurichten bzw. orientieren sollen.



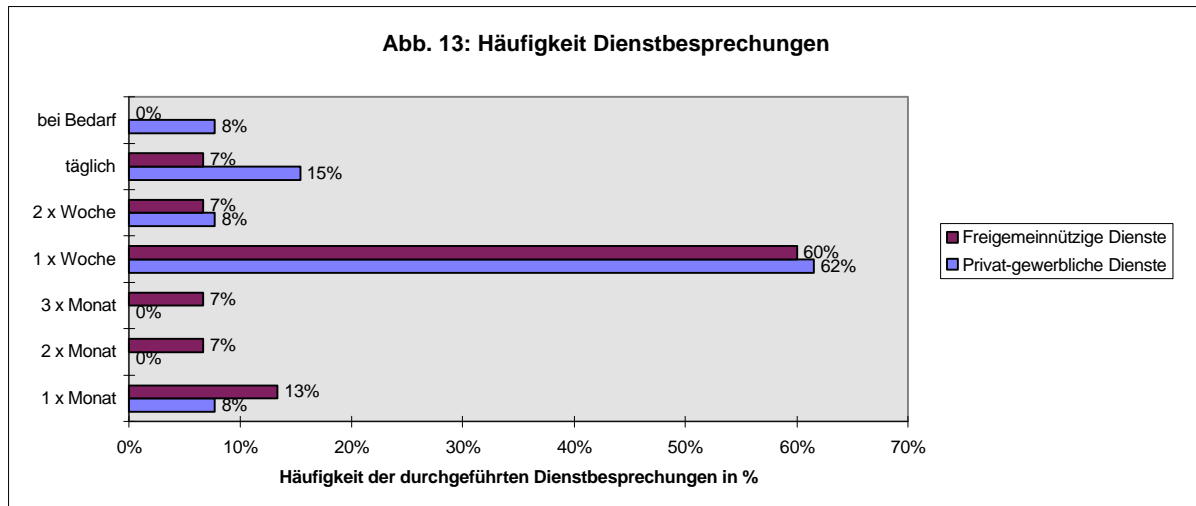
Auch hier führen wieder zwei Wege zum Ziel. Die eine Möglichkeit wäre die Vorgabe durch die Geschäftsführung bzw. die PDL (top-down). Der Betriebsinhaber erwartet von seinen Mitarbeiterinnen, daß sie sein Verständnis / seine Auffassung von Pflege teilen/übernehmen und danach handeln. Idealerweise würde dies für die Praxis heißen, daß der Patient keinen Unterschied bemerkt, ob er vom Pflegedienstleiter oder von einer Mitarbeiterin gepflegt oder versorgt wird.

Der im Management eher favorisierte Ansatz, aber insgesamt wohl auch für alle Beteiligten mühsamere Weg, ist die gemeinsame Erarbeitung eines Pflegeleitbildes aller im Pflegedienst Tätigen bzw. durch einen Arbeitskreis.

Insgesamt gesehen ist der Anteil privat-gewerblicher Einrichtungen mit Pflegeleitbild doch deutlich höher als bei den freigemeinnützigen. Es läßt sich bei den Trägergruppen jedoch ein unterschiedliches Vorgehen beobachten - wie sich während der Interviews herausstellte. Die privat-gewerblichen geben ihren Mitarbeiterinnen in aller Regel ein Leitbild - das von der PDL erarbeitet wurde - vor, das es im Alltag umzusetzen gilt. Die freigemeinnützigen setzen hingegen mehr auf Interaktion und erarbeiten bzw. passen das Pflegeleitbild, das z.B. im Caritasverband von Pflegedienstleitern und Pflegedienstleiterinnen erarbeitet wurde, auf ihren Betrieb, dessen Rahmenbedingungen und das jeweilige Umfeld an.

3.6.4 Dienstbesprechung

Die Dienstbesprechung ist ein wichtiges Medium für die Kommunikation zwischen den Mitarbeiter über interne Angelegenheiten, aber auch, um Angelegenheiten der Patienten zu besprechen.



Die privat-gewerblichen Anbieter in der ambulanten Pflege führen Dienstbesprechungen in aller Regel mindestens im Turnus von einer Woche und häufiger durch, während bei den freigemeinnützigen einige Betriebe auch seltener Dienstbesprechungen durchführen.

Bei manchen Betrieben werden Qualitätsfragen gleich in der Dienstbesprechung mitbehandelt, andere richten für dieses Thema einen eigenen Arbeitskreis ein, einen sog. Qualitätszirkel. Zentrale Aufgabe ist die Beschäftigung mit Themen und Problemen die im Alltag auftreten und die Pflegequalität betreffen. In der Folge sollen Vorschläge oder Lösungen erarbeitet werden, um bestehende Defizite abzubauen bzw. erst gar nicht entstehen zu lassen. Knapp 31% der privat-gewerblichen und 40% der freigemeinnützigen Betriebe haben schon einen Qualitätszirkel in ihrem Betrieb realisiert. Etwa jeweils ein Viertel der Betriebe arbeitet und plant an der Umsetzung eines solchen Arbeitskreises.

3.6.5 Supervision

Supervision ist eine Form der berufsbezogenen Beratung und zielt auf die fachliche Verbesserung, Qualifikation und Kompetenzerweiterung der Berufstätigen in Bezug auf die Arbeit selbst ab.

Die interne Kommunikation und soziale Kompetenz soll gefördert werden, damit die helfende Person ihren Alltag besser bewältigen kann. Diese Form der Mitarbeiterinnenbetreuung wird in acht der fünfzehn freigemeinnützigen Dienste praktiziert. Weitere zwei Dienste planen die Einführung des Konzeptes und fünf Betriebe eröffnen ihren Mitarbeiterinnen kein solches Angebot. In sechs der acht Fälle, in denen Supervision angeboten wird, trägt die Einrichtung die Kosten, und die Sitzungen finden während der Arbeitszeit statt. Zwei Betriebe, die ihren Mitarbeiterinnen auch Möglichkeit zur Supervision geben, führen dies in der Freizeit durch, und die Arbeitnehmerinnen müssen sich paritätisch an den Kosten beteiligen. Die Wahrnehmung des Angebots ist für die Mitarbeiterinnen immer freiwillig.

Von den dreizehn privat-gewerblichen Pflegediensten bieten sechs ihren Mitarbeiterinnen Supervision während der Arbeitszeit an und übernehmen die anfallenden Kosten. Jedoch ist bei fünf Betrieben die Teilnahme verpflichtend, und nur ein Dienst stellt die Teilnahme ins Ermessen der Mitarbeiterinnen. Ein Pflegedienst plant Supervision für seine Mitarbeiterinnen einzuführen.

Finden bei den freigemeinnützigen die Supervisionsitzungen in aller Regel in einem monatlichen oder zweimonatlichen Turnus statt, wird auf das Konfliktlösungspotential bei den privat-gewerblichen nur bei Bedarf zurückgegriffen.

3.6.6 Dokumentationssystem für Qualitätssicherungsmaßnahmen

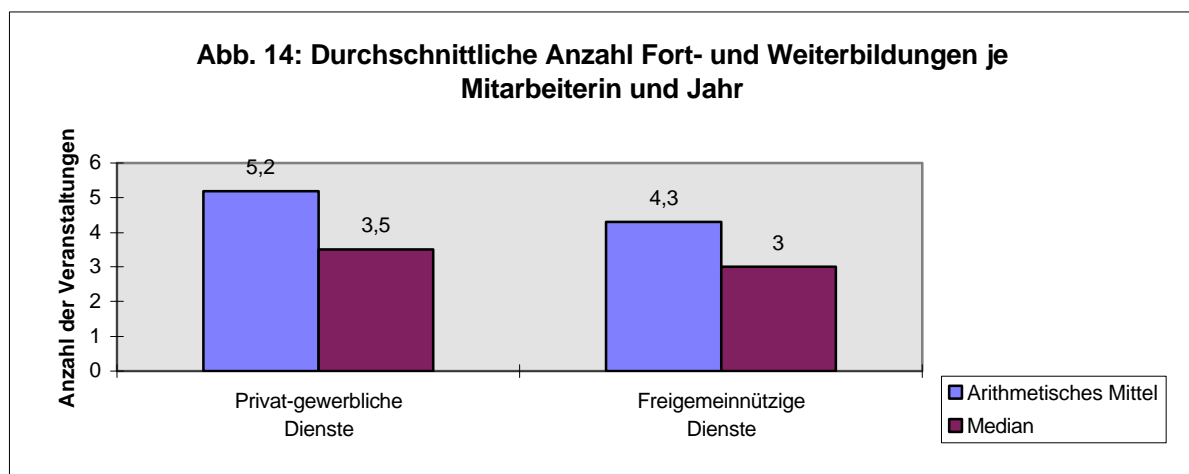
Eine systematische Dokumentation durchgeführter Qualitätssicherungsmaßnahmen betreiben gut 53% der freigemeinnützigen Dienste und knapp 77% der privat-gewerblichen Anbieter. Von den privat-gewerblichen Trägern arbeiten bzw. planen gerade 15% die Einführung eines solchen Systems und acht Prozent haben kein Qualitätsdokumentationssystem. Bei den freigemeinnützigen Anbietern beschäftigt sich zur Zeit 1/3 der Einrichtungen mit der Implementation und rund 14% kann auf kein Dokumentationssystem zurückgreifen.

3.6.7 Fort- und Weiterbildung

Obwohl die Frage im Fragebogen eindeutig gestellt war: „Wie oft nimmt ein(e) MitarbeiterIn Ihres Betriebes im Laufe eines Jahres an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil?“ gaben die meisten Betriebe, wie es gefragt war, die Anzahl von fort-/weiterbildenden Veranstaltungen an. Einige nannten hingegen die Zahl der Arbeitstage, die für die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiterinnen aufgewandt wird. Dadurch, daß einmal die Zahl der Fortbildungen und in einigen Fällen die Anzahl der dafür aufgewendeten Arbeitstage angegeben wurde, ist es schwierig, einen direkten Vergleich herzustellen, denn hinter der Angabe der aufgewendeten Arbeitstage können sich eine oder mehrere Veranstaltungen verbergen. Die Freigemeinnützigen gaben in sechs der 15 Fälle die Anzahl der aufgewendeten Arbeitstage an. Vier Einrichtungen nannten 5 Tage z.T. zuzüglich interner Fortbildung, ein Betrieb schickt seine Mitarbeiterinnen an durchschnittlich zehn Tagen im Jahr zur Fort-/Weiterbildung und wiederum einer führt Blockschulungen durch (ohne Angabe der Dauer, vielleicht auch 5 Arbeitstage?). Die anderen Betriebe nannten die Häufigkeit der Fortbildungen, und diese reichen von einmal bis elf Mal. Durchschnittlich werden die Mitarbeiterinnen 4,3 mal auf Veranstaltungen geschickt, der Median liegt bei 3, also etwas darunter. In 14 Betrieben werden die Fort-/Weiterbildungen während der regulären Arbeitszeit durchgeführt und lediglich ein Betrieb fordert, daß die Mitarbeiterinnen einen Teil ihrer Freizeit dafür aufwenden. Finanziert werden die Aktionen in 80% der Fälle von den Betrieben und nur 3 Pflegedienste beteiligen ihre Mitarbeiterinnen paritätisch - zu gleichen Teilen - an den Kosten. Überwiegend erfolgt die Fort-

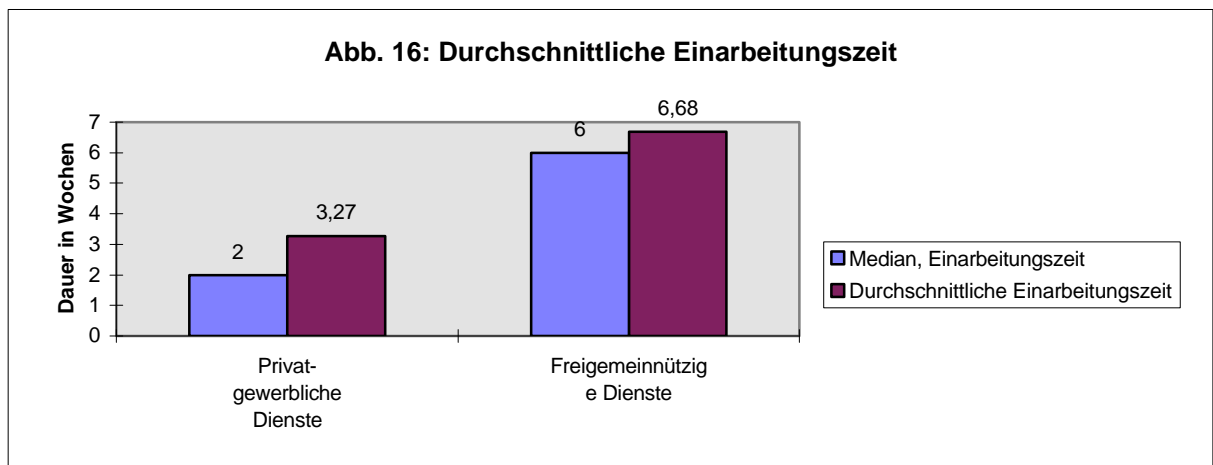
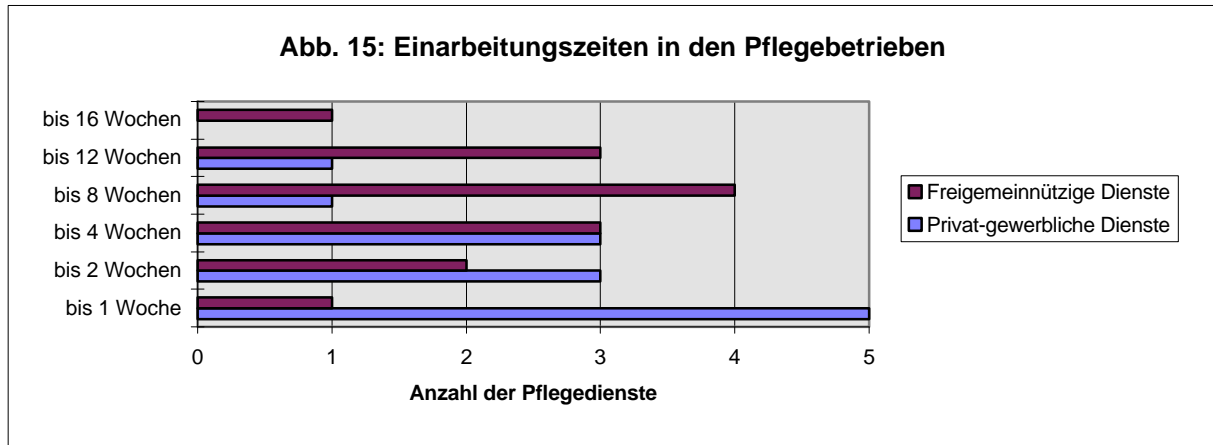
/Weiterbildung bei den freigemeinnützigen Pflegediensten auf freiwilliger Basis (in zehn der 15 Betriebe), d.h. es liegt im Ermessen und Interesse der Mitarbeiterinnen, an den Veranstaltungen teilzunehmen. Drei Betriebe nannten eine Kombination aus Pflicht und Freiwilligkeit und in zwei Fällen gehört die Weiterbildung zum Pflichtprogramm. Wie aus den Interviews zu erfahren war, ist die Teilnahme doch nicht immer so freiwillig wie im Fragebogen angegeben. Es wird wohl häufig so gehandhabt, daß interne Fort-/Weiterbildungen verpflichtend sind und nur die externen - die der Persönlichkeit der Mitarbeiterinnen zugute kommen sollen - auf freiwilliger Basis durchgeführt werden.

Erfolgt die Teilnahme an Maßnahmen der Fort-/Weiterbildung bei den freigemeinnützigen Anbietern auf überwiegend freiwilliger Basis, ist die Lage bei den privat-gewerblichen Diensten genau umgekehrt. In zehn von 13 Betrieben ist die Weiterbildung Pflichtprogramm. Zwei Betriebe nannten die Kombination aus Pflicht und Freiwilligkeit, und in einem Betrieb ist die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen freiwillig. Auch bei dieser Gruppe stellt sich das Problem der unterschiedlichen Nennung in Anzahl und in Arbeitstagen. An durchschnittlich drei Arbeitstagen schickt ein Betrieb, an etwa 4-5 Arbeitstagen schickt eine weiterer Pflegedienst seine Mitarbeiterinnen zur Fort-/Weiterbildung. Bei der Nennung der Häufigkeit lagen die Nennungen zwischen „so oft wie notwendig“ bis hin zu 14 mal in einem Jahr. Das arithmetische Mittel liegt bei 5,2 Fortbildungen pro Mitarbeiterin und Jahr. Der Median liegt bei 3,5 Fort-/Weiterbildungen je Mitarbeiterin und Jahr.



3.6.8 Einarbeitungszeit neuer Mitarbeiterinnen

Eine neue Mitarbeiterin in den Betrieb einzuarbeiten ist notwendig, um eine möglichst reibungslose Eingliederung in den Betrieb zu erlangen. Dies erfordert allerdings einen erheblichen Aufwand in zeitlicher wie finanzieller Hinsicht. Daher bezog sich eine Frage bei der Datenerhebung auf die Dauer der Einarbeitungszeit einer neuen Mitarbeiterin. Die Dauer der Einarbeitung wurde in Wochen gemessen.



Im Fall der Einarbeitungszeit neuer Mitarbeiterinnen tun sich zwischen den beiden Trägergruppen erhebliche Unterschiede auf. Jedoch dürfen diese Zahlen nicht isoliert gesehen und bewertet werden. Es ist zu berücksichtigen, daß die freigemeinnützigen Betriebe - legt man die Patientenzahlen als Indikator für die Größe des Betriebes zugrunde - im Schnitt etwa 126,2 Patienten bzw. 61,60 Patienten, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, versorgen. Die durchschnittliche Betriebsgröße liegt bei den privat-gewerblichen Betrieben bei etwa 31,92 zu versorgenden Patienten bzw. 19,46 Patienten, die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung sind. Die Zahl der zu versorgenden Patienten ist je nach Bezugsgröße bei den freigemeinnützigen Anbietern um mindestens den Faktor drei größer. Kommt nun eine neue Mitarbeiterin in den Betrieb, ist es sinnvoll wenn sie möglichst alle Patienten kennt. Dies nimmt natürlich bei einer größeren Anzahl Patienten mehr Zeit in Anspruch. Setzt man die Patientenzahlen und die Einarbeitungszeit in ein Verhältnis zueinander, so schwindet der augenscheinliche Vorteil der freigemeinnützigen Anbieter dahin.

Um etwa dreimal so viele Patienten kennen zu lernen, wird den Mitarbeiterinnen der freigemeinnützigen Pflegebetriebe im Durchschnitt etwa nur die doppelte und nicht auch die dreifache Zeit eingeräumt im Vergleich zu den privat-gewerblichen Pflegediensten. Da die Qualifikation der Beschäftigten bei beiden Trägern gleich ist, kann eventuell auch nicht damit argumentiert werden, daß dies eine kürzere Einarbei-

tungszeit rechtfertigen würde. Abschließend bleibt festzustellen - entgegen dem ersten Eindruck -, daß die Einarbeitungszeit pro Patient bei den privat-gewerblichen Anbietern etwas höher ist als bei den freigemeinnützigen, sofern man die Zahl der Patienten und Mitarbeiterinnen ins Verhältnis zueinander setzt.

3.6.9 Qualitätszertifizierung

Da in der Industrie schon eine beträchtliche Anzahl von Unternehmen qualitätszertifiziert ist und im Rahmen der Qualitätsdiskussion in der Pflege dieses Thema auch hier die Träger beschäftigt, wurde im Fragebogen abgefragt, ob es im Landkreis schon ambulante Pflegedienste gibt, die nach DIN EN ISO 9004, durch den TÜV oder eine andere Institution zertifiziert sind. Ein privat-gewerblicher Anbieter ist nach eigenen Angaben nach DIN ISO 9004 zertifiziert und drei der 13 Betriebe ziehen eine Qualitätszertifizierung durch eine unabhängige Organisation in Erwägung. Bei den freigemeinnützigen Anbietern sind zwei Betriebe zertifiziert: einmal durch den Bundesverbandes für Pflegeberufe (DBfK) und im anderen Fall durch den TÜV. Weitere drei Betriebe erwägen in Zukunft eine Qualitätszertifizierung.

3.6.10 Controlling

Vom Grundsatz her ein Stück weit mit der Qualitätssicherung und auch Zertifizierung verflochten ist ein Controllingkonzept⁷⁷. Ein solches Instrument haben die Einrichtungen der beiden Trägergruppen in etwa gleichem Umfang von ca. 30 - 33% in ihren Betrieben schon implementiert. Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Zukunftsplanung, was das Controllinginstrument betrifft. Etwa 27% der freigemeinnützigen Pflegebetriebe wollen ein solches Instrument in der Zukunft einführen bzw. befinden sich gerade in der Planungsphase. Eine Implementation in den nächsten Jahren streben 46 % der privat-gewerblichen Betriebe an.

3.6.11 Einheitliches Erscheinungsbild

Das einheitliche Erscheinungsbildes eines Betriebes wird auch zu einem Qualitätsmerkmal gezählt und ist zugleich auch Ausdruck der Unternehmenskultur. Der Betrieb stellt sich damit ein Selbstbildnis aus.

⁷⁸ Dadurch wird die Wiedererkennbarkeit z.B. durch Pkws gleichen Fabrikats, Farbe und Aufschrift, sowie einheitliche Kleidung eventuell mit Firmenemblem und Namensschild sowie Briefköpfen etc. in erheblichem Umfang verbessert. Es signalisiert dem Außenstehenden aber auch, daß es im Unternehmen

⁷⁷ Vergleich von Soll- und Ist- Zustand interner Betriebsabläufe, um dann bei Differenzen korrigierende Maßnahmen einzuleiten und Fehlentwicklungen zu vermeiden

⁷⁸ vgl. Eichhorn, Peter (1994): Auf dem Markt bestehen oder untergehen In: Caritas 95 S. 104.

einheitliche Ansprüche gibt und unter Umständen bei den Mitarbeiterinnen ein „Wir-Gefühl“ sich entwickelt. 14 der 15 freigemeinnützigen Pflegedienste haben ihr Erscheinungsbild schon vereinheitlicht, der fünfzehnte Betrieb arbeitet gerade an einem Konzept. In diesem Punkt sind die freigemeinnützigen Anbieter den privat-gewerblichen deutlich voraus. In dieser Trägergruppe haben erst acht der 13 Pflegedienste ein einheitliches Erscheinungsbild. Weitere drei befinden sich in der Planungs oder Nachdenkphase. Zwei Betriebe beschäftigen sich gar nicht mit dieser Thematik.

3.7 Kooperation

Es herrscht Wettbewerb unter den Anbietern auf dem Pflegemarkt. Da könnte es durchaus sein, daß jeder Pflegebetrieb für sich kämpft und versucht, seine „Schäfchen ins Trockene zu bringen“, d.h. die Patienten möglichst eng an sich und seinen Betrieb zu binden. Dies entspräche einem Einzelkämpfertum, das aber trotz des Wettbewerbs auf dem Pflegemarkt nur im Fall von einem Betrieb zu finden ist.

Kooperation hat zum Ziel, durch Zusammenarbeit mit einem anderen Pflegebetrieb den Patienten Leistungen anbieten zu können, die man selbst nicht anbieten kann, um damit dem Ziel einer optimalen Pflege und Versorgung näherzukommen. An diesem Fernziel scheinen die Pflegebetriebe im Landkreis zu arbeiten, da eine rege Zusammenarbeit unter den Diensten, aber auch mit der IAV-Stelle stattfindet.

3.7.1 Kooperation mit der IAV-Stelle

Die IAV-Stelle ist eine Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle, im Fall der Stadt Konstanz in kommunaler Trägerschaft. Sie kann aber auch einem Pflegebetrieb angegliedert sein und sich z.B. in Trägerschaft des Caritasverbandes befinden. Diese Stelle soll Menschen, die sich mit einem Hilfebedarf oder einem Problem an sie wenden, bei der Auswahl geeigneter Hilfen beraten. Mit dieser Stelle arbeiten bis auf einen freigemeinnützigen Anbieter alle zusammen. Der Anteil der privat-gewerblichen Pflegedienste, die mit der IAV-Stelle kooperieren liegt bei 46 %, d.h. sechs der 13 Betriebe pflegen Kontakte zu dieser Beratungsstelle. Dies ist auffällig, da die IAV-Stelle zumindest potentiell neue bzw. zukünftige Klienten vermitteln kann.

3.7.2 Kooperation der Pflegedienste untereinander

Die Berührungspunkte der Pflegedienste untereinander scheinen sehr gering zu sein. Das zeigt sich daran, daß es in Konstanz selbst einen Arbeitskreis bzw. eine Arbeitsgemeinschaft „Ambulante Pflege“ gibt, in der alle Pflegedienste - privat-gewerbliche und freigemeinnützige - vertreten sind und über Probleme oder pflegespezifische Themen sich beraten - unter der Devise: Wir sitzen alle im gleichen Boot.

In welchem Umfang kooperieren die Dienste miteinander?

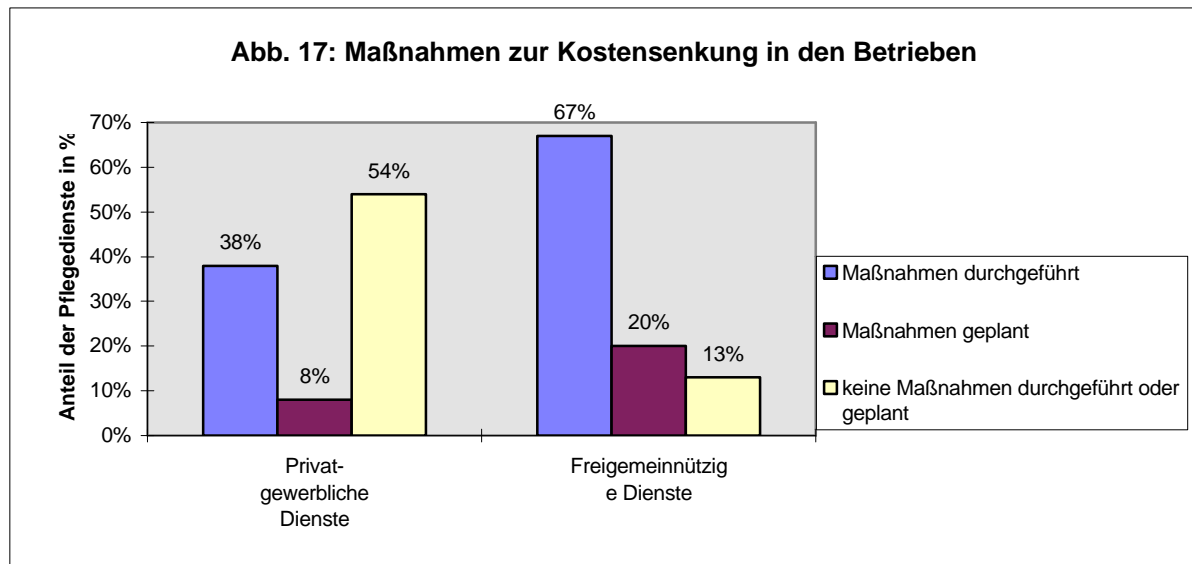
Da muß zuerst einmal unterschieden werden, ob Kooperation durch einen Vertrag erfolgt oder im Sinne guter Zusammenarbeit. Von den 13 privat-gewerblichen Diensten lehnen zwei eine Kooperation jeder Art ab und nennen als Gründe : „*Keine Kontrolle über fremdes Personal bzw. das des Kooperationspartners, sowie starkes Konkurrenzdenken im Einzugsgebiet des Pflegebetriebes*“. Im anderen Fall wird als Begründung die Ablehnung durch etablierte Sozialstationen, also freigemeinnützige Anbieter, genannt. Unter den freigemeinnützigen Anbietern gibt es keinen Betrieb, der nicht mit einem anderen kooperiert bzw. zusammenarbeitet.

Lediglich zwei Betriebe, je ein privat-gewerblicher und ein freigemeinnütziger - haben schriftliche Kooperationsverträge jeweils mit ihresgleichen abgeschlossen, um ihr Personal-Soll zu erfüllen. Ansonsten hätten diese beiden Betriebe keine Zulassung von den Pflegekassen erhalten.

Die anderen Kooperationen sind im Sinne frei vereinbarter Zusammenarbeit zu verstehen oder dienen dem Austausch von Informationen und Meinungen. Die Anbieter kooperieren jedoch überwiegend mit Einrichtungen in gleicher Trägerschaft. Bei den privat-gewerblichen Anbietern gibt es dies z.T. auch, aber insgesamt gesehen arbeiten sie eher etwas häufiger mit freigemeinnützigen Diensten zusammen. Dies kommt bestimmt nicht von ungefähr, denn betrachtet man die Verteilung der Patienten auf die Pflegedienste, so versorgen diese rund 82% der Patienten. Daher bietet es sich an, mit der großen anderen Anbietergruppe zusammenzuarbeiten in der Hoffnung, daß ein Patient, aus welchen Gründen auch immer (es wird hier nicht vom gezielten Abwerben von Patienten gesprochen!!), den Pflegedienst wechselt.

3.8 Maßnahmen zur Kostensenkung

Die Frage nach Maßnahmen zur Kostensenkung wurde in den Fragebogen mitaufgenommen, um einige Anhaltspunkte zu erhalten, was die Betriebe bisher getan haben, und welche Potentiale sie noch sehen, ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.



Die durchgeführten und geplanten Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit fallen bei den freigemeinnützigen Pflegediensten um einiges umfangreicher aus als bei den privat-gewerblichen Anbietern.

Auf die Umstellung aller Betriebsabläufe und Erfassungen auf EDV setzen alle Betriebe, die Veränderungen durchgeführt haben, oder planen, große Hoffnungen. Dies zählt auch zu den häufigsten Nennungen in beiden Trägergruppen. Die Vergabe von Leistungen an externe Firmen (Outsourcing) wird von zwei privaten und ebenfalls zwei Betrieben der freien Träger genannt. Vier freigemeinnützige Einrichtungen haben bzw. wollen ihren Fahrzeugpark verkleinern, um eine bessere Auslastung zu erzielen, wie es ebenfalls ein privat-gewerblicher Anbieter vor hat. Auch die Bildung von Einkaufsgenossenschaften ist in beiden Trägergruppen im Gespräch, rangiert aber an hinterer Stelle. Überraschend ist, daß fünf der freigemeinnützigen Dienste Stellen abbauen wollen, indem freigewordene Stellen nicht wiederbesetzt werden. Darüber hinaus wollen acht der 15 Leistungsverdichtungen durchführen. Das heißt im Klartext: Eine Mitarbeiterin muß in der gleichen Zeit entsprechend mehr leisten. Bei den Privat-gewerblichen wurde diese Maßnahme nur von zwei Betrieben durchgeführt bzw. geplant. Doch das Thema Leistungsverdichtung kann aus zwei Perspektiven gesehen werden. Dies kann heißen, daß bisher nicht hinreichend wirtschaftlich gearbeitet wurde, d.h. es gab Leerzeiten, oder interne Betriebsabläufe nahmen übermäßig viel Zeit in Anspruch. Diese Leistungsverdichtung könnte aber auch bedeuten, daß für wichtige Dinge keine Zeit mehr bleibt und nur noch die Wertschöpfung das Arbeitstempo diktiert. Man könnte es demnach so sehen, daß eventuell das Gespräch, die Zuwendung der Pflegekraft zum Patienten reduziert

werden muß, so daß der hilfsbedürftige Mensch allmählich zur Sache abgestuft wird. Endstation - und das befürchten, so äußerten sich die Interviewpartner, privat-gewerbliche wie auch freigemeinnützige Anbieter - wäre die „Schnell-satt-sauber-Pflege“.

4 TRÄGERSPEZIFISCHE PROFILE

Die im vorangegangenen Unterkapitel vorgestellten quantitativen Daten sind ein Teil des Profils der Trägergruppen und sollen nun im folgenden durch ein qualitativen Teil ergänzt werden. Hierzu wurden mit je vier freigemeinnützigen und vier privat-gewerblichen Pflegediensten - die sich dazu bereiterklärt hatten - auf Leitfaden gestützte Interviews durchgeführt⁷⁹. Die Pflegedienste waren räumlich über den ganzen Landkreis hinweg gleichmäßig verteilt.

Die dort gewonnen Erkenntnisse wurden trägerspezifisch zusammengefaßt. Um eine Gegenüberstellung und einen Vergleich zu ermöglichen, wurden sechs Kategorien gebildet, in denen die Informationen zusammengefaßt werden. Diese sind:

Der Pflegemarkt: Wie sehen und nehmen die Anbieter den Pflegemarkt wahr? Auf welche Besonderheiten weisen sie hin?

Der Pflegebetrieb: Wie sieht sich der Betrieb selbst, welche Vorteile und Stärken kann er für sich ins Feld führen? Wo werden interne Probleme gesehen?

Das Leitbild: Was ist das Leitbild des Pflegebetriebes, seine (Pflege-) Ziele?

Mitbewerber: Wie sieht der Pflegedienst seine Mitbewerber, was spricht für sie, wo liegen deren Stärken?

Veränderungen: Hat der Pflegedienst sein Leistungsangebot verändert oder plant er dies? Aus welchen Gründen?

Kostensenkung/Effizienzsteigerung: Wo sehen die einzelnen Betriebe noch Potentiale, um ihre Wirtschaftlichkeit zu steigern, welche Maßnahmen werden typischerweise ergriffen?

4.1 Der Pflegemarkt

„Der Markt in der ambulanten Pflege ist gesättigt, was die Zahl der Anbieter aber auch die Nachfrage betrifft“, so die einhellige Einschätzung aller befragter privat-gewerblicher Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterinnen. Eine große Anzahl an Pflegediensten bemüht sich um die Patienten. Das große Angebot - manche sprechen schon von einem Überangebot - hat für die Patienten den Vorteil, daß diese sich einen Pflegedienst aussuchen können. Für den einzelnen Pflegedienst heißt dies jedoch, daß die Patienten den Anbietern nicht nachlaufen und die Pflegedienste sich um die Patienten bemühen müssen. „Daß ein starker Wettbewerbsdruck herrscht, spüre ich ganz klar an den Patientenzahlen. Hatte

⁷⁹ Interviewleitfaden siehe Kap. H Anhang S. 132

ich vor und noch kurz nach Einführung der Pflegeversicherung etwa 3 - 5 neue Patienten im Monat, so muß ich heute froh sein, wenn ich dieselbe Anzahl Patienten in einem Jahr neu aufnehmen kann!“

80

Das Miteinander der Pflegedienste bezeichnen alle als fair, Abwerbungen von Patienten kommen kaum vor. Als Zeichen dieser guten Zusammenarbeit werten die Dienste, daß es in Konstanz selbst eine Arbeitsgemeinschaft Privater Pflegedienste gibt und in allen Städten einen Arbeitskreis „Ambulante Pflege“, wo alle Anbieter gemeinsam an einem Tisch sitzen.

Dennoch gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung der Wettbewerbssituation. Zwei privat-gewerbliche Anbieter sind etwas mit Sorge erfüllt, da der Anbietermarkt gesättigt ist, und empfinden die Konkurrenzsituation daher als „fast erdrückend“. Die anderen beiden Anbieter sehen keine Probleme, da noch alle Pflegedienste gut ausgelastet sind.

*„Der Kuchen ist aufgegangen und fertig gebacken und immer mehr wollen von diesem Kuchen essen.“*⁸¹

In ähnlicher Weise wird auch von den freigemeinnützigen Anbietern die Lage auf dem Pflegermarkt wahrgenommen. Einhellige Meinung: Der Markt ist mit der momentanen Zahl an Anbietern gesättigt, und es kann schon ansatzweise von einem Überangebot gesprochen werden.

„Nach dem Ansteigen der Anbieterzahl pendelt sich der Markt jetzt langsam ein. Einige kleine privat-gewerbliche Anbieter befinden sich in einer Existenzkrise und werden wohl nicht überleben.“

Nachteilig haben sich die Privat-gewerblichen für die Freigemeinnützigen nicht bemerkbar gemacht, zumindest nicht in der Art, daß eine große Zahl an Patienten abgewandert wäre. Ihre größten Konkurrenten sehen die Freigemeinnützigen nicht bei den Privat-gewerblichen, sondern in ihren eigenen Reihen. Hier gibt es einige Dienste, die „massiv“ expandieren. Die Zusammenarbeit zwischen den Diensten, egal ob privat-gewerblich oder freigemeinnützig, wird ebenfalls als gut bezeichnet.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die beiden Anbietergruppen die Situation auf dem Pflegemarkt ähnlich einschätzen und trügerspezifische Sichtweisen nicht zu vermerken sind.

4.2 Der Pflegebetrieb

Jeder Pflegebetrieb hat sein eigenes Profil und verfolgt eigene Zielsetzungen. Im folgenden geht es darum, eine Charakterisierung der Pflegedienste vorzunehmen.

Alle interviewten freigemeinnützigen Pflegedienste nannten als eine ihrer Stärken, daß sie in der Pflege nur examinierte Kräfte mit 3-jähriger Ausbildung beschäftigen und über ein Know-how verfügen, das sie sich während der letzten 20 Jahre erworben haben. Besonders betonten sie auch ihre Flexibilität, die sie dadurch erreichen, daß die Pflegedienstleitung (PDL) in aller Regel und je nach Größe der Einrich-

⁸⁰ PDL eines privat-gewerblichen Pflegedienstes im Interview.

⁸¹ Schilderung des Pflegemarktes durch die PDL eines freigemeinnützigen Pflegedienstes.

tung auch die Stellvertretung z. T. von der Pflege freigestellt ist. Die PDL koordiniert im Großen und Ganzen nur noch die Einsätze der Pflegekräfte. Fällt eine Pflegekraft unvorhergesehen aus, z.B. durch Krankheit, Unfall oder sonstigen Gründen, so springt die PDL als sogenannter Springer ein und übernimmt die Patienten.

Die freigemeinnützigen Anbieter glauben bzw. sind der Ansicht, daß sie sich mehr Zeit für die Patienten und dessen psycho-soziale Betreuung nehmen können. Hierfür werden folgende Gründe angeführt. Fast allen Sozialstationen ist ein sogenannter Krankenpflegeverein angeschlossen. In diesem kann jeder Bürger der Gemeinde Mitglied werden, entrichtet dann einen meist sehr niedrigen Jahresbeitrag und kann im Gegenzug bestimmte Leistungen der Sozialstation kostengünstiger in Anspruch nehmen als Nichtmitglieder. Diese Beiträge werden von den Sozialstationen fast durchgängig und vollständig in Personal umgesetzt. Einige Sozialstationen sind daher in der Lage, folgende Kalkulation vorzunehmen: Von 60 Minuten Arbeitszeit sind ca. 45 - 50 für die Pflege angesetzt und die verbleibenden zehn bis fünfzehn Minuten sind dazu gedacht, daß die Pflegekraft den Patienten psycho-sozial betreut. Dadurch gibt man dem Patienten auch das Gefühl, nicht nur bei ihm zu sein, um Geld zu verdienen, sondern Körper, Geist und Seele zu pflegen, wie es das Leitbild fordert. Diese Krankenpflegevereine tragen vor allem in eher ländlichen Gebieten zur Verwurzelung einer Einrichtung unter der Bevölkerung bei. Ist man Mitglied in einem solchen Verein, wird man in aller Regel bei Bedarf auf diese Sozialstation zurückgreifen.

Eine weitere Stärke ihrer eigenen Einrichtungen sehen die Freigemeinnützigen in ihrer Ansprechbarkeit/Erreichbarkeit. Einerseits sitzt am anderen Ende der Leitung fast immer eine Mitarbeiterin und nur in den seltensten Fällen eine Maschine (Anrufbeantworter). Zusätzlich ist für die eigenen Patienten eine Rufbereitschaft bzw. Notruf eingerichtet.

Ein logistischer Vorteil ist für die Patienten, daß nahezu alle Hilfestellungen aus einer Hand angeboten werden können, insbesondere hauswirtschaftliche Versorgung und andere flankierende Maßnahmen. Für den Patienten heißt dies, er hat nur einen Ansprechpartner, der für ihn alles koordiniert und steuert, und er muß sich nicht mit einer Vielzahl von Anbietern/Dienstleistern auseinandersetzen und die Koordination der Dienste selbst übernehmen.

Die Fort- und Weiterbildung des Personals spielt eine zentrale Rolle und wird von den Anbietern besonders herausgehoben. In den Tarifverträgen (AVR) ist ein Mindest-Fortbildungsangebot festgeschrieben, welches fünf Arbeitstage pro Mitarbeiterin und Jahr betragen soll. Alle Sozialstationen bieten ihren Mitarbeiterinnen eine fünftägige externe Fortbildung an und zusätzliche interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Dabei unterscheiden sich interne und externe Fort- und Weiterbildung durch ihren Inhalt bzw. Thematik. Die externe Fortbildung soll der Persönlichkeit der Mitarbeiterin dienen, der Psychohygiene, die interne Fortbildung dagegen ist fachlicher Art, wozu Referenten für einen halben oder ganzen Tag eingeladen werden und über ein bestimmtes Thema referieren. Die Teilnahme an den internen Veranstaltungen, so stellte sich entgegen den Angaben in den Fragebögen heraus, ist für alle Mitar-

beiterinnen verpflichtend. Das Angebot der externen Fortbildung ist freiwillig und kann von den Mitarbeiterinnen wahrgenommen werden.

Aufgrund der durch Tarifvertrag abgesicherten Vergütung und des umfangreicheren Fort- und Weiterbildungsangebots verweisen die Sozialstationen auf eine hohe Personalkontinuität, d.h. das Personal wechselt eher selten, und dies kommt wiederum den Patienten zu gute.

Als eine ihrer Stärken heben die privat-gewerblichen Anbieter ganz besonders ihre Rufbereitschaft zu jeder Tages- und Nachtzeit hervor. Diesen Service können sie ihren Patienten deshalb anbieten, weil ihr Büro in oder neben ihrer Privatwohnung liegt und die PDL meist selbst die Rufbereitschaft übernimmt. Als ein Beleg für ihre kundenorientierte Arbeitsweise sehen sie, daß sie zu der ausgemachten Zeit zum Patienten kommen und natürlich auch so oft am Tag bzw. in der Woche, wie dieser dies wünscht.

„Wenn ein Patient erst abends um 21.30 Uhr ins Bett gebracht werden möchte, dann kommen wir erst zu dieser Zeit. Nach außen mögen dies ungünstige Arbeitszeiten sein, jedoch haben wir die Wünsche der Patienten und des Personals noch immer unter einen Hut gebracht. Es war auch kein Problem, Personal zu finden, das zu dieser Zeit arbeitet.“⁸²

Natürlich heben auch sie hervor, mit qualifiziertem Personal zu arbeiten, jedoch wurde dieser Aspekt nicht so klar und deutlich herausgestrichen wie es die Gesprächspartner der freigemeinnützigen Anbieter taten. Diese fügten, wenn sie von qualifiziertem Personal sprachen, immer noch die Ergänzung hinzu: „3-jährige Examierte“. Die privat-gewerblichen Anbieter setzen voraus und fordern von ihren Mitarbeiterinnen selbständiges und eigenverantwortliches Handeln, gestützt bzw. ergänzt durch das Team. Ein Pflegebetrieb hob als einen seiner Vorteile die Transparenz im Betrieb selbst und zu den Patienten hervor. Transparenz bedeutet, daß die Mitarbeiterin über alle Dinge den Betrieb betreffend informiert ist, und ganz besonders auch, was die finanzielle Lage anbelangt: Wie sind Kosten und Einnahmen bei jedem einzelnen Patienten.

Ein anderer Betrieb erstellt immer für eine Woche im Voraus einen Pflegeplan, den der Patient bekommt und für ihn dann klar ersichtlich ist, wann welche Pflegekraft zu ihm kommt. Auch diese Maßnahme kann der Kategorie Transparenz bzw. Information zugeordnet werden.

Einen Schwerpunkt ihrer Arbeit und damit ein Vorteil ihrer Betriebe sehen die Privat-gewerblichen in ihrem Beratungsangebot. Dieses erstreckt sich nicht nur auf die Pflege selbst, sondern auch auf flankierende Maßnahmen, die das Umfeld der Patienten betreffen. Einer der Pflegebetriebe sieht sich als Zentrum, das die Dienstleistung erbringt bzw. vermittelt.

Auch wenn es schwierig ist, Schwerpunkte herauszukristallisieren, wo die Pflegedienste ihre individuellen Vorteile und Stärken sehen, so kann doch folgendes als Essenz festgehalten werden:

Die Freigemeinnützigen sehen ihre Stärke in der Qualifikation des Personals, seiner ständigen Fort- und Weiterbildung, dem größeren zeitlichen Spielraum, der es erlaubt sich auch noch um den psycho sozia-

⁸² PDL eines privat-gewerblichen Anbieters im Interview.

len Aspekt beim Patienten zu kümmern, und in der Flexibilität, bei unvorhergesehenen Zwischenfällen sehr schnell reagieren zu können (aufgrund der Freistellung der PDL).

Qualifiziertes Personal, Erreichbarkeit rund um die Uhr, die Kunden-/Patientennähe und das Eingehen auf deren Wünsche und eine teamorientierte Arbeitsweise, so können die Leistungsvorteile der privat-gewerblichen Anbieter schlagwortartig zusammengefaßt werden.

4.3 Das (Pflege-) Leitbild der Betriebe

Die überwiegende Anzahl der freigemeinnützigen Pflegedienste befinden sich in Trägerschaft der beiden konfessionell geprägten Wohlfahrtsverbände, was sich im Pflegeleitbild niederschlägt. Grundlage ist das christliche Menschenbild, welches den Hilfsbedürftigen nicht als Kunden, sondern als Nächsten wahrnimmt. Man möchte für die Menschen da sein, ihnen Hilfestellung geben, um den Alltag besser bewältigen zu können, ein Stück gelebte Solidarität soll verwirklicht werden. Daher erhalten alle Menschen Hilfe, egal welcher Nationalität oder Religion sie angehören oder wie ihre (finanzielle) Lage zur Zeit aussieht. Da der Mensch im Mittelpunkt steht, ist es Aufgabe, nicht nur seinen Körper, sondern auch seinen Geist und seine Seele - den Menschen in seiner Ganzheit - zu pflegen. Ziel der Pflege soll es daher sein, dem Patienten ein menschenwürdiges Leben in und mit der Krankheit/Pflegebedürftigkeit zu sichern oder herzustellen. Hilfe zur Selbsthilfe ist das Kernanliegen. Der Patient soll eine möglichst große Selbständigkeit wiedererlangen, um eine Verbesserung seiner momentanen Lebensqualität herbei zu führen. Auf die Pointe gebracht könnte man das Pflegeziel der Betriebe wie folgt bezeichnen: Sich selbst - den Pflegebetrieb - letztendlich überflüssig zu machen.

Zwei der vier interviewten privat-gewerblichen Anbieter nannten als ihr Pflegeleitbild die „*Optimale Pflege*“⁸³. Ziel der Pflege ist es demnach, eine Situation herzustellen, in der sich der Patient wohler fühlt, seine Lage als besser empfindet und dadurch seine Lebensqualität steigt. Die beiden Pflegedienste, die diese Ziele verfolgen, sehen es auch als wichtig an, daß sich der Patient freut bzw. zumindest positiv eingestellt ist, wenn der Pflegedienst ins Haus kommt. Geht die Pflegekraft, soll der Patient sagen können, „*ja ich fühle mich gut versorgt*“.

Der Mensch muß Subjekt, nicht Objekt des pflegerischen Handelns sein, d.h. der soziale Aspekt bei der Erbringung der Dienstleistung Pflege darf nicht vergessen werden, so die Zielsetzung eines anderen „Dienstleisters“.

⁸³ Um es noch einmal kurz in die Erinnerung zurückzurufen: Bei optimaler Pflege erfährt der Patient eine auf ihn optimal abgestimmte Pflege, d.h. seine individuellen Bedürfnisse und Wünsche finden Berücksichtigung. Der Patient wie seine Angehörigen sind über alle ihn betreffenden Maßnahmen und die Pflegeplanung informiert und erfährt individuelle Zuwendung und Unterstützung in besonderen Lebenslagen. Sinn und Zweck aller Maßnahmen sind dem Patienten bekannt, und er kann seinen Tagesablaufplan, natürlich nur in bestimmtem Umfang, mitbestimmen und mitgestalten. Die Pflege von Kontakten nach außen wird akzeptiert und unterstützt. Der Pflegedienst berät und unterstützt auch die Angehörigen.

Für einen privat-gewerblichen Pflegedienst sind Zuverlässigkeit, Seriosität, Flexibilität, Krisenintervention und eine umfangreiche Beratung auch bei flankierenden Maßnahmen handlungsleitend. Eine eingehende Beratung der Patienten haben sich zwei der vier befragten Pflegedienste groß auf ihre Fahnen geschrieben. Drei Dienste sehen ihre Arbeit als Hilfestellung für den Patienten, um diesen zu aktivieren und zu mobilisieren, sie bemühen sich um eine Versorgung, bei der der Patient sich im Rahmen seiner Verhältnisse aktiv bemühen und beteiligen soll. Man tut mit ihm und nicht nur an ihm.

Der Leiter eines Pflegedienstes brachte sein Pflegeleitbild auf den folgenden Punkt:

„Die Pflege darf nicht so sein wie im Heim, der Mensch muß als Mensch und nicht als Objekt behandelt werden. Beherzigt man dies, so ist man meiner Ansicht nach auf dem richtigen Weg.“⁸⁴

Abschließend läßt sich konstatieren, daß die von den freigemeinnützigen Anbietern genannten Pflegeleitbilder insgesamt sehr ähnlich bis identisch sind, was natürlich auch nicht weiter verwundert, da nahezu alle Pflegedienste sich unter dem Dach der beiden konfessionellen Wohlfahrtsverbände wiederfinden.

Bei den privat-gewerblichen Pflegediensten hat im Grunde jeder Anbieter sein eigenes Profil und setzt Schwerpunkte. Das Leitbild der einen ist die optimale Pflege und Beratung der Patienten, ein anderer verfolgt das Leitbild eines modernen Dienstleistungszentrums, in dem König Kunde nahezu alle Dienstleistungen erhält bzw. zumindest vermittelt bekommt. Bei den Privat-gewerblichen zeigt sich eine Diversifizierung der zugrunde liegenden Leitbilder, und der Patient hat nun die Möglichkeit, den Betrieb für seine Pflege zu wählen, der von seiner Zielsetzung her am ehesten zu ihm paßt oder am sympathischsten ist.

4.4 Die Mitbewerber

Wie sieht die eine Trägergruppe jeweils die Mitstreiter der anderen Gruppe?

Wie schätzen sie diese ein und welche Vorteile und Stärken haben diese, die der eigene Betrieb nicht aufweisen kann?

Ein privat-gewerblicher Anbieter nannte als Vorzug der Freigemeinnützigen das „Heer“ von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, die hauptsächlich in der Hauswirtschaft und bei den flankierenden Maßnahmen (Arztbesuche...) tätig sind. Ebenfalls ein Anbieter nannte die einheitlichen, schlagkräftigen und starken Verbände, die im Hintergrund stehen und die einzelnen Sozialstationen in rechtlichen, technischen oder sonstigen Fragen beraten können, als einen deutlichen Vorzug. Bei den Privat-gewerblichen kämpft fast jeder für sich, auch wenn er einem der sieben überörtlichen Verbände privat-gewerblicher Pflegedienste angeschlossen ist. Aber andere Privat-gewerbliche sehen dies wieder genau anders und sind der Ansicht,

⁸⁴ PDL eines privat-gewerblichen Anbieters im Interview

daß so große Verbände eher hinderlich seien und der einzelne dadurch nicht vollkommen frei auf dem Markt agieren könne.

Wieder ein anderer Anbieter dieser Gruppe interessiert sich gar nicht für seine Mitbewerber und sieht bei diesen keine Eigenschaften und Fähigkeiten, die er nicht auch hätte.

Fragt man die Freigemeinnützigen nach Vorteilen und Vorzügen der privat-gewerblichen Anbieter so wurden folgende Punkte genannt:

- *Sie sind nicht an Tarifverträge wie den AVR gebunden, können die Entlohnung mit den Mitarbeiterinnen sehr frei aushandeln.*
- *einen kleineren oder gar keinen Verwaltungsapparat, der einerseits in der Größe der Betriebe liegt, in den meisten Fällen von den Betreibern selbst durchgeführt wird, allerdings mit dem Nachteil der Doppelbelastung.*
- *Die PDL ist in aller Regel der Betriebsinhaber, und dieser arbeitet in aller Regel auch noch aktiv in der Pflege mit, es muß also keine freigestellte PDL von den arbeitenden Mitarbeiterinnen mitfinanziert werden.*
- *Manche Pflegedienste verfügen über keine separaten Geschäftsräume, sondern haben ihr Büro in ihrer Privatwohnung untergebracht. Dadurch entstehen keine zusätzlichen Mietkosten für die Räumlichkeiten.*

Von zwei Pflegedienstleitern/Pflegedienstleiterinnen der Sozialstationen wurde der Verdacht geäußert, den sie leider nicht belegen können, daß einige privat-gewerbliche Anbieter sich nur profitable Patienten herauspicken.

4.5 Veränderungen

Die Pflegebetriebe wurden darauf angesprochen, inwieweit sie ihr Leistungsprogramm in den vergangenen Jahren verändert haben und welche Veränderungen sie für die Zukunft planen.

Hier zeigen sich zwischen den beiden Anbietergruppen sehr deutliche Unterschiede. Bei den Freigemeinnützigen ist nach eigenen Aussagen Kundenorientierung angesagt. Man möchte noch mehr als bisher auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten eingehen. Diese sollen in Zukunft handlungsleitend sein, und es soll stärker nachfrageorientiert gearbeitet werden. Jede und jeder, der eine Leistung erbittet, soll sie auch bekommen. Bisher - zumindest bis zur Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung - war es bei den Sozialstationen üblich, sozusagen nur das „Brot“ anzubieten, eine Grund- oder Basisversorgung. „*In Zukunft können wir nicht mehr nur das Brot anbieten, sondern müssen auch Butter, Marmelade, Käse und Wurst im Angebot haben.*“⁸⁵ Wie ist das zu verstehen? Ein Beispiel soll diese Neuorientierung verdeutlichen. Die Sozialstationen haben bisher beim Patienten nur die Leistungen erbracht, die unbedingt notwendig waren und/oder von den Angehörigen nicht bewerkstelligt werden konnten. So

⁸⁵ PDL eines freigemeinnützigen Pflegedienstes im Interview

wurden Patientenbäder nur etwa in wöchentlichem oder zweiwöchentlichem Turnus durchgeführt, eine große Anzahl von Patienten wurde am Wochenende von der Station pflegerisch nicht versorgt. Diese Einschränkungen der Leistungen wurden z.T. auch aus Kapazitätsgründen vorgenommen. Die Sozialstationen wollen in Zukunft vermehrt Wochenendpflege anbieten und durchführen sowie sog. „Luxusleitungen“, die der Patient wünscht. Möchte er z.B. jeden zweiten Tag gebadet werden, so soll er diese Leistung erhalten, wo man bisher der Ansicht war, daß dies aus medizinischen und hygienischen Gründen nicht erforderlich war.

Die privat-gewerblichen Anbieter sprechen auch von Kunden- und Nachfrageorientierung. Jedoch haben diese schon andere Ziele im Auge als die freigemeinnützigen und sind diesen - so hat es tendenziell den Anschein - schon einen Schritt voraus. Fast jeder Anbieter sucht sich eine Marktnische. Ein Anbieter möchte sich zusätzlich auf die Pflege von Aids-Patienten, sowie psycho-soziale Betreuung spezialisieren. Außerdem wird ebenfalls bei diesem Anbieter gerade angedacht, ob man Tourismus und Altenpflege nicht miteinander verbinden könne, um es pflegebedürftigen Menschen zu ermöglichen, am Bodensee einen Urlaubsaufenthalt zu verbringen. Einem anderen Pflegedienst ist eine zweite Firma angeschlossen, mit der Pflegehilfsmittel und Hygieneartikel vertrieben werden. Dieses zweite Standbein möchte der Betreiber/die Betreiberin nach eigenen Angaben weiter ausbauen und, wenn möglich, Kassenlieferant werden. Ein Pflegebetrieb plant zur Zeit keine Veränderungen, *„aber wer weiß schon was morgen ist? Wenn mir morgen eine gute Idee kommt, dann setze ich sie übermorgen um.“*

Der vierte befragte Pflegedienst krepelt sein Angebot mit Beginn des kommenden Jahres um und betritt mit seinem Angebot völlig neues Neuland. Um welche Veränderung es sich hierbei handelt, kann an dieser Stelle leider nicht gesagt werden, da der Leiter /die Leiterin um Stillschweigen in dieser Angelegenheit gebeten hat.

Auf dem Gebiet des Leistungsangebots und dessen Veränderungen läßt sich folgendes festhalten:

Die freigemeinnützigen Anbieter bauen ihr Leistungsprogramm in Richtung Kunden-/ Nachfrageorientierung aus, wollen sich noch besser den Wünschen und Bedürfnissen ihrer Klientel anpassen. Spezialisierungen auf bestimmte Themen- oder Arbeitsgebiete bzw. bestimmte Klientel wurden in den Interviews nicht explizit genannt, dürften sich jedoch unter Umständen ergeben, wenn tatsächlich nachfrageorientiert gearbeitet wird.

Die privat-gewerblichen Anbieter hingegen haben, so scheint es zumindest, diese nachfrageorientierte Ausrichtung ihres Leistungsangebots schon vollzogen. Alle interviewten Dienste nahmen für sich in Anspruch, schon in höchstem Maße kundenorientiert zu arbeiten, da z.B. der Patient bestimmt, wie oft der Pflegedienst ihn wöchentlich oder täglich aufsucht. Bei dieser Anbietergruppe ist eher eine Spezialisierung bzw. die Schaffung zusätzlicher Standbeine neben der Pflege festzustellen, was sich darin äu-

Bert, daß eine angegliederte Firma ausgebaut werden soll, man sich zusätzlich auf bestimmte Patientengruppen spezialisieren möchte.

4.6 Effizienzsteigerung

Die Leistungsvergütung ist so bemessen und ausgehandelt, daß sie zu wirtschaftlichem Handeln anregen soll, da Gewinne wie Verluste von den Pflegeeinrichtungen zu tragen sind. Da stellt sich dann eventuell für die Pflegedienste die Frage, wie und wo noch eingespart werden kann, um die Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu erhöhen. Wo sehen die Anbieter der beiden Trägergruppen noch Einsparpotentiale, und in welchem Umfang planen sie, Maßnahmen zur Effizienzsteigerung zu ergreifen.

Zwei der privat-gewerblichen Anbieter meinen noch Einsparpotentiale dadurch realisieren zu können, daß sie alle Abläufe - von der Leistungserfassung bis hin zur Abrechnung mit der Pflegekasse - auf EDV umstellen und quasi „kein Papier“ mehr von Nöten ist. Ein Pflegebetrieb hat sie schon, die mobile Datenerfassung und ein weiterer spielt gerade mit dem Gedanken, ein solches System anzuschaffen. Ein Teil der Patientendokumentation entfällt dadurch, da es für jede Leistung einen Barcode gibt. Mit einem Penn werden dann die beim Patienten erbrachten Leistungen eingescannt - zugleich dokumentiert - und in der Station dann wiederum in den Computer eingelesen, und per Knopfdruck können dann auch gleich die Leistungsabrechnungen für die Pflegekassen oder die Patienten erstellt werden.

Ein Dienstplan, der laufend an Veränderungen angepaßt wird, bietet Möglichkeiten zur Vermeidung von Leerlaufzeit und somit zur Optimierung der betrieblichen Abläufe. Ein Pflegedienst stellt nur Mitarbeiterinnen ein, die mindestens ca. 35 Jahre alt sind. Der Grund hierfür: „ältere“ Mitarbeiterinnen denken und arbeiten insgesamt wirtschaftlicher und effizienter als ganz junge Kräfte.

Nach eigenen Angaben hat ein Pflegedienst schon alle intern Abläufe soweit optimiert, daß aus seiner Sicht nur noch die Möglichkeit besteht, beim Patienten Zeit zu sparen, also in Richtung „Schnell-und-sauber Pflege“ zu gehen- was er grundsätzlich ablehnt und somit als Einsparmöglichkeit wieder ausscheidet. Eine andere Möglichkeit ist, sehr kleinlich und überpenibel abzurechnen, sich jeden Handschlag bezahlen zu lassen.

„Einsparpotentiale sehe ich für meinen Betrieb keine. Alles ist auf EDV umgestellt incl. Mobiler Datenerfassung und Zeit beim Patienten einzusparen wäre widersinnig, da dies z.T. meine Berechnungsgrundlage ist. Brauche ich für ein Leistungsmodul mehr Zeit als von der Pflegekasse veranschlagt, so wird der zusätzliche Zeitaufwand nach Minuten abgerechnet. Eine Minute Pflege kostet z.Z. 0,85 DM.“⁸⁶

Ein anderer Pflegedienst setzt auf Information, was soviel heißt, daß jede Mitarbeiterin informiert ist über die aktuelle finanzielle Lage des Betriebes sowie über Kosten und Erlöse, die jeder einzelne Patient

⁸⁶ PDL eines privat-gewerblichen Anbieters im Interview

verursacht bzw. einbringt. Dadurch sollen die Mitarbeiterinnen zu wirtschaftlichem Handeln motiviert werden.

Um ihre Betriebe auf Vordermann zu bringen, setzen die freigemeinnützigen Anbieter an ihrer Ablauforganisation an: Alle Strukturen müssen kontinuierlich überprüft und angepaßt werden, um effizient zu arbeiten. Dies betrifft die Optimierung der Tourenpläne, Dienstpläne sowie die Zeiterfassung und eine optimal angepaßte EDV. Von all diesen Maßnahmen erhoffen sich die Pflegedienste, ihre Effizienz zu steigern. Ein Betrieb geht sogar noch einen Schritt weiter und beauftragt eine Unternehmensberatungsfirma damit, den Pflegedienst zu durchleuchten und unter den Patienten eine Umfrage durchzuführen. Einsparpotentiale werden auch noch darin gesehen, weniger qualifiziertes Personal einzustellen, oder nicht mehr so großzügig abzurechnen, sich also jeden Handschlag bezahlen zu lassen. Es bestünde natürlich auch noch die Möglichkeit, beim Patienten Zeit zu sparen, insbesondere die eingeplanten Zeiten für die psycho-soziale Betreuung herunterzufahren bzw. ganz zu streichen. Doch dies, so einhellige Meinung aller Befragten darf wirklich nur die allerletzte Möglichkeit sein.

Auf jeden Fall, so ein Interviewpartner, muß vermehrt betriebswirtschaftlich gedacht und auch gehandelt werden.

Vergleicht man nun die beiden Trägergruppen in Bezug auf Maßnahmen zur Steigerung ihrer Effizienz, sehen die freigemeinnützigen bei sich einen größeren und auch tiefgreifenderen Handlungsbedarf als die privat-gewerblichen. Die Mehrzahl der privat-gewerblichen Anbieter entstanden mit Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung und haben sich von Anfang an, an diesen Erfordernissen ausgerichtet. Für die freigemeinnützigen kam zugleich mit der Pflegeversicherung ein hoher Veränderungs- und Reformbedarf auf sie zu, der bei laufendem Betrieb bewerkstelligt werden muß und daher mehr Zeit in Anspruch nimmt. In diesem Zusammenhang ist auch die Betriebsgröße zu berücksichtigen. Diese Betriebe sind hinsichtlich der Zahl von Mitarbeiterinnen wie Patienten durchschnittlich etwa zwei bis dreimal so groß als die privat-gewerblichen Anbieter.

5 ÜBERPRÜFUNG DER INDIKATOREN

5.1 Betreuungsschlüssel

Das Betreuungsverhältnis liegt ausgehend von den am Patienten tätig werdenden Mitarbeiterinnen bei beiden Anbietern auf gleichem Niveau. Eine Differenz tritt erst auf, wenn man die Köpfe der Mitarbeiterinnen auf Vollzeitkräfte umrechnet. Der Betreuungsschlüssel liegt dann bei den privat-gewerblichen Anbietern bei 6,31 Patienten je Vollzeitmitarbeiterin und im Fall der freigemeinnützigen bei 7,48 Patienten je Vollzeitmitarbeiterin.

Es läßt sich konstatieren, daß das Betreuungsverhältnis - ohne Berücksichtigung der Einordnung der Patienten in die Pflegestufen und die Anzahl der täglich tatsächlich durchgeführten Hausbesuche - bei den freigemeinnützigen etwas schlechter ist, d.h. eine Vollzeitkraft muß in etwa einen (1,17) Patienten mehr versorgen.

Im Zusammenhang mit dem Betreuungsverhältnis ist insbesondere die Schwere der Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Schwerpflegebedürftige müssen in aller Regel mehrmals am Tag aufgesucht werden (morgens und abends) und aufgrund fehlender Selbständigkeit muß der Pflegedienst mehrere Leistungen erbringen.

Die Annahme, daß der Betreuungsschlüssel bei den privat-gewerblichen Pflegediensten ungünstiger ist als bei den freigemeinnützigen Anbietern, ist hiermit widerlegt. Einschränkend muß jedoch hinzugefügt werden, daß unklar ist, inwieweit dieser Vorteil durch vermehrte Wegezeiten und ein plus an pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten aufgezehrt wird, da schwerpunktmäßig Schwer- und Schwerstpflegebedürftige versorgt werden. Um dies festzustellen wäre es erforderlich, daß die Pflegekräfte über einen bestimmten Zeitraum hinweg (z.B. eine Woche) von einer unabhängigen Person begleitet werden, die die Zeit erfasst, die tatsächlich beim Patienten verbracht wird.

5.2 Anteil Geringfügig Beschäftigter

Tabelle 12: Anteil Geringfügig Beschäftigter bei den Trägergruppen

	Anteil geringfügig Beschäftigter	Median	Variationsbreite
Privat-gewerbliche Anbieter:	38,18%	30,78%	20 - 66%
Freigemeinnützige Anbieter:	19,08%	13,14%	0 - 60,86%

Von den 15 freigemeinnützigen Pflegebetrieben überschreiten sechs die 20% Marke, die anderen Betriebe liegen dann deutlich unter diesem Wert. Bei den privat-gewerblichen hingegen hält sich lediglich

einer der zwölf Betriebe an die Rahmenvorgabe, alle anderen überschreiten diese. Es kann festgehalten werden, daß die privat-gewerblichen Anbieter deutlich gegen die Rahmenvereinbarung verstoßen. Der Indikator wurde eindeutig bestätigt: Privat-gewerbliche Anbieter beschäftigen in großem Umfang 610-DM Kräfte.

5.3 Anteil examinierter Kräfte

Tabelle 13: Anteil examinierter Kräfte

	Anteil Examinierter	Anteil Examinierter an VZK	Median	Variationsbreite
Privat-gewerbliche Anbieter	79,46%	77,68%	79,16%	36,36 - 100%
Freigemeinnützige Anbieter	66,57%	77,74%	84,73%	23,58 - 100%

Die getroffene Annahme kann nur zum Teil bestätigt werden. Sowohl die privat-gewerblichen als auch die freigemeinnützigen Pflegedienste beschäftigen zu etwa 78% examinierte Kräfte mit 3-jähriger Ausbildung in der Pflege. Damit ist die Vermutung nicht zutreffend, daß der Anteil examinierter Kräfte bei den privat-gewerblichen Anbietern zwischen 58 und 75% liegt. Hinsichtlich dem Anteil examinierter Pflegekräfte bei den freigemeinnützigen Anbietern trifft die Annahme zu.

5.4 Entlohnung

Die Vergütung der Mitarbeiterinnen erfolgt bei den freigemeinnützigen Anbietern nach den Standardwerken AVR, BAT oder KR, also nicht nach Leistungsgesichtspunkten. Zuschläge für Nachtbereitschaft und Nacht-, sowie Sonn- und Feiertagsarbeit ist bis ins Detail geregelt. Den einzelnen Betrieben bleibt kaum Spielraum, eigene Vorstellungen oder Schwerpunkte einzubringen.

Relativ freie Hand haben die privat-gewerblichen Anbieter, was die Vergütung angeht. Acht der zwölf Betriebe vergüten nach eigenen Angaben entweder in Anlehnung oder nach den Vorgaben der Regelwerke AVR, BAT oder KR. Wie nahe diese Löhne dann tatsächlich an AVR oder BAT sind, läßt sich leider nicht beurteilen, denn es kann durchaus sein, daß der Arbeitgeber sich beim Grundlohn z.B. am AVR orientiert, die zusätzlichen Leistungen wie Zuschläge für Nacht-, Sonn-, oder Feiertagsarbeit zumindest geringer ausfallen oder gar nicht gezahlt werden. Die Vermutung liegt nahe, daß die Mehrzahl der privat-gewerblicher Pflegedienste wie ein interviewter Anbieter verfahren. Die Bezahlung erfolgt nach AVR mit allen Zusatzleistungen, jedoch ohne Feiertags- und Wochenendzuschlag.

Abschließend kann nicht eindeutig gesagt werden, ob die privat-gewerblichen Anbieter nun unter Tarif bezahlen, wenn man z.B. den AVR als Richtschnur heranzieht. In dem vorhin angeführten Beispiel handelt es sich bei strenger Auslegung des AVR um eine untertarifliche Bezahlung der Mitarbeiterin und würde die Annahme bestätigen, daß die privat-gewerblichen Anbieter unter Tarif bezahlen. Da nicht von allen Pflegediensten so ausführliche Informationen zur Verfügung stehen, liegt die Annahme nahe, daß

auch die anderen privat-gewerblichen nach diesem Muster verfahren. Wie gesagt, bei strenger Auslegung der Tarifrichtlinien handelt es sich dann um eine untertarifliche Vergütung. Ob die Bezahlung bei den privat-gewerblichen Pflegediensten tatsächlich unter Tarif liegt, kann nicht eindeutig geklärt, aber auch nicht widerlegt werden.

5.5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die folgende Tabelle soll einen kurzen Überblick geben, in welchem Umfang die Pflegebetriebe der beiden Anbietergruppen schon Maßnahmen zur Qualitätssicherung implementiert haben.

Tabelle 14: Qualitätssicherung bei den beiden Trägergruppen

	Privat-gewerbliche Anbieter	Freigemeinnützige Anbieter
Qualitätssicherungspläne	53,85%	40,00%
Qualitätszirkel	30,77%	40,00%
Qualitätszertifizierung	7,69%	6,66%
Pflegeleitbild	84,62%	66,67%
Controlling	30,77%	33,33%
Einheitliches Erscheinungsbild	61,54%	93,33%
	44,87%	46,67%

Bildet man im folgenden einen einfachen Schnitt über die untersuchten Qualitätssicherungsmaßnahmen (ohne Gewichtung der Maßnahmen), so ergibt sich ein Bild, das den Freigemeinnützigen einen insgesamt hauchdünnen Vorsprung einräumt von nicht einmal zwei Prozentpunkten. Hierbei zeigt sich, daß die Träger bei der Qualitätssicherung etwas unterschiedliche Schwerpunkte setzen, andererseits sind die Vorsprünge der Privat-gewerblichen eventuell auch auf ein anderes Vorgehen (top-down) z.B. beim Pflegeleitbild zurückzuführen. Insgesamt gesehen liegen die beiden Trägergruppen in Sachen Qualitätssicherung mehr oder weniger gleichauf. Es kann jedoch nicht vermerkt werden, daß die Freigemeinnützigen deutlich mehr in Sachen Qualitätssicherung unternehmen, wie es etwa ihre Leitbilder vermuten lassen.

Die Annahme, daß freigemeinnützige Pflegedienste sich insgesamt in Sachen Qualitätssicherung mehr bemühen und entsprechende Maßnahmen ergreifen als privat-gewerbliche Anbieter, kann durch die Befunde nicht hinreichend bestätigt werden.

5.6 Angebot der Supervision

Jeweils ca. 53% der Betriebe beider Trägergruppen bieten ihren Mitarbeiterinnen Supervision an. Unterschiede sind im wesentlichen nur in zwei Punkten festzustellen:

Bei den privat-gewerblichen Anbietern ist die Teilnahme an dem Angebot, das während der Arbeitszeit stattfindet und vom Betrieb getragen wird, verpflichtend und in vier der sechs Betriebe wird Supervision nur bei Bedarf durchgeführt. Lediglich ein Betrieb führt Sitzungen in einem regelmäßigen monatlichen Turnus durch.

Fünf der acht freigemeinnützigen Dienste die Supervision anbieten, führen diese in einem regelmäßigen, überwiegend monatlichem Turnus durch und nur in drei Betrieben wird bei Bedarf gehandelt. Die Annahme kann als bestätigt angesehen werden, da bei den freigemeinnützigen Pflegediensten die Supervisionsitzungen in einem überwiegend regelmäßigen Abstand erfolgen.

5.7 Häufigkeit Dienstbesprechungen

Die Datenerhebung lieferte bezüglich der Häufigkeit von Dienstbesprechungen folgenden Befund:

Von den freigemeinnützigen Pflegediensten führen ca. 74% der Betriebe Dienstbesprechungen in wöchentlichem Turnus oder häufiger durch. Bei den privat-gewerblichen finden in 84% der Betriebe die Dienstbesprechungen einmal wöchentlich oder häufiger statt.

Das Ergebnis liegt sehr knapp neben der getroffenen Annahme, daß 75% der freigemeinnützigen Pflegedienste mindestens einmal wöchentlich eine Dienstbesprechung durchführen. Erfreulich jedoch in diesem Zusammenhang, der hohe Anteil von wöchentlichen Dienstbesprechungen bei den privat-gewerblichen Diensten. Die Dauer oder Inhalte der Dienstbesprechungen wurde nicht erhoben.

Die getroffene Annahme konnte nicht bestätigt werden.

5.8 Fort- und Weiterbildung

Mit 5,2 fort- und weiterbildenden Maßnahmen je Mitarbeiterin und Jahr (Median 3,5) führen privat-gewerbliche Pflegedienste etwa eine Veranstaltung mehr pro Jahr durch als die freigemeinnützigen Pflegedienste. Diese schicken ihre Mitarbeiterinnen nämlich etwa 4,3 mal (Median: 3) während eines Jahres auf Fort- und Weiterbildung. Bei dieser Betrachtung finden die Dauer und die Qualität der Veranstaltungen keine Berücksichtigung. Somit widerspricht dieses Ergebnis der Operationalisierung.

5.9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Tabelle 15: Zusammenfassung Ergebnisse Überprüfung der Indikatoren

Indikatoren	Untersuchungsergebnis bestätigt Indikatoren
1. Betreuungsschlüssel	- / x
2. Anteil Geringfügig Beschäftigter	+
3. Entlohnung	O
4. Anteil examinierter Kräfte	-
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung	+ / O
6. Angebot der Supervision	+
7. Häufigkeit Dienstbesprechung	-
8. Häufigkeit Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung	-

Legende: + Annahme bestätigt, - Annahme nicht bestätigt, O Ergebnis läßt keinen eindeutigen Schluß zu,
x Ergebnis erfordert Klärung weitergehender Fragen/Zusammenhänge

Lediglich in drei Fällen konnten die in den Indikatoren getroffenen Annahmen zumindest ansatzweise bestätigt werden. In allen anderen Fällen wurden sie widerlegt oder das vorliegende Ergebnis ist nicht eindeutig genug bzw. läßt noch Fragen offen die zu klären wären, um ein klares Fazit zu ziehen.

Angesichts dieses Ergebnis kann die Hypothese nicht aufrecht erhalten werden, daß privat-gewerbliche Anbieter eher kostensenkende Maßnahmen ergreifen und weniger für die Qualitätssicherung/-steigerung tun und die Freigemeinnützigen verstärkt Qualitätssicherung/-steigerung betreiben. In Sachen Qualitätssicherung liegen beide Anbietergruppen auf etwa gleichem Niveau.

Doch damit ist noch nicht gesagt, daß es keine Unterschiede oder zumindest Trägergruppen spezifischen Eigenheiten und Auffälligkeiten gibt.

5.10 Trägerspezifische Eigenheiten

Auch wenn die Hypothese nicht bestätigt werden konnte, so förderten die Untersuchungen doch einige trägerspezifische Reaktionsmuster /Eigenheiten an die Oberfläche. Zunächst sollen die Punkte kurz angerissen werden, um dann im zweiten Schritt den Versuch zu unternehmen, sie anhand der beiden unabhängigen Variablen „Markt -(Einfluß)“ und Recht-/Organisationform der Betriebe zu erklären.

5.10.1 Empirische Befunde

Erster Punkt der ins Auge fällt, ist die **Rechtsform** der Pflegebetriebe. Die Betriebe der freigemeinnützigen Träger sind fast ausschließlich eingetragene Vereine, während bei den freigemeinnützigen das Einzelunternehmen und die BGB-Gesellschaft (GbR) dominieren. GmbHs spielen in beiden Anbietergruppen eine untergeordnete oder gar keine Rolle.

Deutlich unterscheiden sich die Anbieter auch in ihrer **Betriebsgröße**. Hierbei spielt es keine Rolle, ob man die Betriebsgröße über die Zahl der Patienten oder der Mitarbeiterinnen bestimmt. Um etwa den Faktor drei sind die Betriebe der freigemeinnützigen Anbieter größer als die der privat-gewerblichen Anbieter.

In der **Patientenstruktur** heben sich die beiden Anbietergruppen insofern voneinander ab, daß privat-gewerbliche Pflegedienste schwerpunktmäßig - zu ca. 70% - Schwer- und Schwerst Pflegebedürftige (Pflegestufen II und III) versorgen. Freigemeinnützige Anbieter sorgen sich im wesentlichen um Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II (zusammen ca. 85%).

Im Bereich der **Mitarbeiterinnenstruktur** fallen zwei wesentliche Unterschiede ins Auge:

- Freigemeinnützige Pflegedienste beschäftigen eine große Anzahl von **Hauswirtschaftlichen Hilfen**, die etwa 45% aller Beschäftigten bzw. 24% aller Vollzeitkräfte ausmachen. Bei der konkurrierenden Anbietergruppe liegen diese Werte bei 8,53 bzw. 4,33%.
- Etwa zwei Fünftel der in der Pflege Beschäftigten fallen bei den privat-gewerblichen Anbietern in die Kategorie der **geringfügig Beschäftigten**.

Wie groß die Unterschiede im Bereich der **Vergütung** zwischen den beiden Trägergruppen nun wirklich sind, konnte durch die Untersuchung nicht geklärt werden. Es kann lediglich fixiert werden, daß die freigemeinnützigen Dienste aufgrund ihrer Mitgliedschaft in einem Wohlfahrtsverband nach AVR, BAT oder KR bezahlen müssen. Privat-gewerbliche Anbieter haben hier im wesentlichen freie Hand und bezahlen nach eigenem Verlautbaren in aller Regel nach oder in Anlehnung an AVR, KR oder BAT.

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden bei den privat-gewerblichen Anbietern häufiger statt als bei den freigemeinnützigen und die ist für ihre Mitarbeiterinnen fast ausnahmslos verpflichtend.

Die **Qualitätssicherung** betreffend, liegt der Unterschied zwischen den beiden Anbietern bei der Vorgehensweise bzw. Implementation dieser Maßnahmen. Der Betreiber eines privat-gewerblichen Pflegedienstes möchte in aller Regel seine Vorstellung und Philosophie von Pflege durch seine Mitarbeiterinnen realisiert sehen. Daher sollen sich die Mitarbeiterinnen die Vorstellung des Betreibers zu eigen machen und bei der Arbeit umsetzen. Bei den Freigemeinnützigen existieren auch Vorgaben z.B. von den übergeordneten Verbänden, jedoch können und werden diese dann von den einzelnen Betrieben ergänzt, abgeändert und an die örtlichen Gegebenheiten angepaßt. An diesem Umformungsprozeß werden nach eigenen Angaben die Mitarbeiterinnen beteiligt.

Die **Einarbeitungszeit** ist bei den freigemeinnützigen Pflegebetrieben etwa doppelt so lange als bei den privat-gewerblichen. Aber hierbei sind unter Umständen die Unterschiede in der Anzahl von Patienten noch zu berücksichtigen.

Was **Maßnahmen zur Kostensenkung** betrifft, wollen die Freigemeinnützigen mehrere Schritte gehen: EDV, Leistungsverdichtung und Stellenabbau. Die meisten privat-gewerblichen Anbieter sehen nur noch in einer Umstellung aller Vorgänge auf EDV Einsparpotentiale.

5.10.2 Ideen, Interessen und Leitbilder

Die beiden Trägergruppen heben sich auch in ihren Leitbildern, Ideen und Interessen voneinander ab. Dabei kann vermerkt werden, daß die freigemeinnützige Anbietergruppe in sich homogener ist. Dies ist eine logische Konsequenz, da die Sozialstationen im Landkreis zum größten Teil den beiden konfessionellen Wohlfahrtsverbänden angehören, was zu einer gewisse Einheitlichkeit und Kontinuität führt. Bei den Privat-gewerblichen ist eine Vielfalt zu erkennen, d.h. jeder Anbieter hat mehr oder weniger seine eigene Philosophie und Ziele, die er durch sein Angebot verwirklichen möchte.

Die Freigemeinnützigen wollen allen Menschen helfen - ohne Ansehen der Person, deren finanzieller Situation. o. ä. Gesichtspunkten. Die Hilfsmaßnahmen (pflegerischer und oder hauswirtschaftlicher Art) sollen Hilfe zur Selbsthilfe bieten bzw. so ausgerichtet sein, daß sich die Lebensqualität des Menschen verbessert und er mit seiner Situation besser umgehen kann. In diesem Zusammenhang messen sie der psycho-sozialen Betreuung eine große Bedeutung zu. Als einen weiteren Pluspunkt sehen sie, daß sie Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung aus einer Hand anbieten können und diese koordinieren, was den Patienten entlastet. Besonderen Wert legen die Freigemeinnützigen auf die Fort- und Weiterbildung ihrer Pflegekräfte. Zur Zeit arbeiten die Pflegedienste an der Überprüfung und Revision ihrer Strukturen und Prozesse, um die eigene Wettbewerbsfähigkeit zu steigern. Zentrales Anliegen der pflegerischen Arbeit soll es sein, noch mehr auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten einzugehen, also noch kundenorientierter zu werden. Vielleicht eine Folge des Wettbewerbs?

Die von den Sozialstationen angestrebte Kundenorientierung sehen die Privat-gewerblichen als ihre Kernkompetenz und Stärke. Die Bedürfnisse und Wünsche der Kunden stehen im Mittelpunkt des Handelns und leiten dieses. Diese Kundennähe findet ihren Ausdruck z.B. in der ständigen Rufbereitschaft, (das die Pflegekraft morgens frische Brötchen mitbringt, wenn der Patient einen solchen Wunsch zuvor geäußert hat - ohne zusätzliche Berechnung -). Große Teile dieser Anbietergruppen möchten ihre Angebote als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden wissen, um mit den Hilfestellungen zur Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität des Patienten beizutragen. Zur Überprüfung und Neuordnung interner Strukturen sehen die privat-gewerblichen Pflegedienste keinen Anlaß, sie setzen lediglich auf eine möglichst vollständige Computerisierung aller Abläufe, z.T. auch bei der Leistungserfassung. Sprechen die Anbieter von Veränderungen ihres Leistungsangebots, so kristallisieren sich Spezialisierungen zugunsten bestimmter Patientengruppen oder Dienstleistungen heraus.

5.11 Erklärungsmuster

Es gibt trotz vieler Gemeinsamkeiten - z.B. auf dem Gebiet der Qualitätssicherung - auch noch einige trägergruppenspezifische Unterschiede zwischen den Anbietern. Diese Eigenheiten werden nun aufgegriffen um einen Versuch zu wagen, sie mit den beiden unabhängigen Variablen Markt und Rechtsform des Betriebs zu erklären.

5.11.1 Kundenorientierung

Kundenorientierung ist für die privat-gewerblichen Pflegedienste nach eigenen Angaben kein Thema mehr, sondern eine Selbstverständlichkeit. Dieser eigenen Sichtweise widerspricht - zumindest ein Stück weit - die Tatsache, daß sie nur in geringem Umfang Personal für die hauswirtschaftliche Versorgung beschäftigen. Nun kann es sein, daß die Pflegekräfte die hauswirtschaftlichen Arbeiten nebenher erledigen, was aber für den Betrieb und den Kunden unwirtschaftlich ist. Für den Kunden wäre dies nicht von Vorteil, da er die teurere ausgebildete Kraft in Rechnung gestellt bekommt, obwohl solche Dienste auch eine angelernte Kraft übernehmen kann und daher entsprechend günstiger abgerechnet werden kann. Zum Nachteil wäre dies für den Betrieb, da er hochqualifiziertes Personal mit nicht adäquaten Tätigkeiten beschäftigt, eine Vergeudung von Ressourcen. Es könnte aber auch der Fall sein, daß die privat-gewerblichen Anbieter die hauswirtschaftlichen Angebote soweit als nur möglich beschränken und anderen Dienstleistern diese überlassen und lediglich vermitteln. Eines ist klar: Wenn hauswirtschaftliche Helferinnen beschäftigt werden, bedeutet dies einen erheblichen Mehraufwand an Koordination, Einsatzplanung, Verwaltung, aber auch Betreuung und ebenfalls die Durchführung fort- und weiterbildende Maßnahmen - und dieser Aufwand kann größer als der Nutzen sein. Einige Sozialstationen haben sich darüber beklagt, daß private Dienste die Pflege übernehmen und die freigemeinnützigen dann in einer

Vielzahl der Fälle die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen. Nun stellt sich die Frage, ob es kundenfreundlich ist, gewisse Dienste nicht anzubieten, bzw. lediglich zu vermitteln.

Die Freigemeinnützigen hingegen befinden sich, so die Essenz der Interviews, in einem Transformationsprozeß/Umordnungsphase. Bisher bzw. zumindest bis zur Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ging man eher „nötigkeitsorientiert“ vor. Das heißt, der Patient hat von der Sozialstation oft nur die Leistungen erhalten, die aus pflegerischer, medizinischer oder hygienischer Sicht notwendig waren und nicht von Angehörigen durchgeführt werden konnten. Die Wünsche oder Bedürfnisse der Patienten nach zusätzlichen oder „außerordentlichen“ Leistungen wurden nicht oder nur in sehr geringem Umfang berücksichtigt - auch wenn der Patient sie aus eigener Tasche bezahlte. Hier ist man jetzt an einem Punkt, an dem ein Umdenken stattfindet bzw. stattfinden muß. Ansonsten kann es leicht passieren, daß man Patienten an andere Pflegedienste verliert, die dem Kunden mehr entgegenkommen. Denn mittlerweile sind einige Anbieter auf dem Markt, die genau dies anbieten. Gleiches gilt für Zeiten bzw. Zeitrahmen, in denen die Patienten versorgt werden, oder im Besonderen die pflegerische Versorgung an Wochenenden. Vor Einführung der Pflegeversicherung wurden die letzten Patienten z.B. um 18.00 Uhr von der Sozialstation zu Bett gebracht. War dies dem Patienten zu früh, mußten die Angehörigen diesen Part übernehmen. Nun kamen mit der Pflegeversicherung Anbieter auf den Markt, die die gleiche Leistung auch noch um 22.00 Uhr erbringen oder auch am Wochenende sowie an Sonn- und Feiertagen. An diesem Punkt setzt seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung der Marktmechanismus ein. Es ist eine Nachfrage vorhanden und darauf reagierten - im wesentlichen privat-gewerbliche Anbieter - mit einem entsprechenden Angebot zu gleichen Konditionen. Von daher ergibt sich für die etablierten Sozialstationen ein gewisser Veränderungsdruck, der zumindest teilweise durch die privat-gewerblichen Anbieter, aber auch durch die Nachfrager (Patienten) ausgelöst wurde.

Bei der Kunden-/Patientenorientierung lassen sich (noch) gewisse Unterschiede feststellen. Einige Privat-gewerbliche sind z. T. eher in der Lage, detaillierter auf die Wünsche der Patienten einzugehen. Worauf ist dies zurückzuführen? Viele dieser Pflegedienste haben so angefangen - wie vorhin schon angedeutet -, daß sie genau das anboten, was die Sozialstationen ihren Patienten nicht oder nur sehr eingeschränkt angeboten haben. Dies war häufig die Versorgung spät abends sowie an Wochenenden und Sonn- und Feiertagen. Hier haben die Privat-gewerblichen eine Nachfrage aufgegriffen, der von den Freigemeinnützigen nicht genügend Beachtung geschenkt wurde. Da dann immer mehr Patienten Leistungen zu „ungünstigen“ Zeiten nachgefragt haben, führte dies zu dem Veränderungsdruck, dem die Sozialstationen nachkommen müssen. Problematisch scheint z.T. das interne Umdenken und die Umorientierung zu sein, denn ansonsten müßten die Sozialstationen schon heute Pflege zu den „außergewöhnlichen“ Zeiten anbieten, was noch nicht bei allen der Fall ist und sich auch in Äußerungen zeigt wie: *„In Zukunft müssen wir sehr stark kundenorientiert arbeiten und die Interessen der Mitarbeiterinnen zurückstellen, um gut im Markt zu sein.“*⁸⁷.

⁸⁷ Mehrere Geschäftsführer/Pflegedienstleiter von freigemeinnützigen Pflegediensten äußerten sich in diesem Sinne zu den Erfordernissen des Pflegemarktes.

Den Grund hierfür kann man in der Rechtsform bzw. Organisationsstruktur suchen. Hat z.B. ein Geschäftsführer oder PDL einer freigemeinnützigen Pflegeeinrichtung einen Bedarf/Nachfrage festgestellt, so kann sie nicht in allen Fällen frei agieren. Denn die eigentliche Verantwortung - bei den eingetragenen Vereinen - trägt immer der (ehrenamtliche) Vorstand und dieser hat die eigentliche Entscheidungsbefugnis. Es bedarf also einer Informationsvermittlung und Abstimmung zwischen Geschäftsführung und Vorstand. Der Vorstand muß von der Notwendigkeit einer Veränderung überzeugt werden wie z.B. vermehrte Wochenendarbeit. Stimmt der Vorstand einem solchen Vorhaben nicht zu, da er z.B. die Notwendigkeit nicht erkennt, sind dem Geschäftsführer bzw. der Pflegedienstleitung die Hände gebunden. Der Geschäftsführer einer Sozialstation sagte, daß es auch die Aufgabe eines Geschäftsführers sei, eine bestehende Problematik dem Vorstand so darzustellen, daß dieser folgen kann und nach Möglichkeit die vom Geschäftsführer vorgeschlagene Maßnahme aufgreift. *„Ein Geschäftsführer muß einen guten Draht zum Vorstand haben und die Probleme gut „rüberbringen“.*⁸⁸ Der Vorstand setzt sich in aller Regel aus ehrenamtlichen Kräften zusammen, mit den verschiedensten beruflichen Hintergründen. Bei einem solchen Abstimmungsprozess kann es sehr leicht und schnell zu Konflikten zwischen ehrenamtlichem Vorstand und hauptamtlichem/professionellem Geschäftsführer kommen. Häufig ist es dann so, daß der Vorstand sehr wertkonservativ denkt.

Zweites Problem in diesem Zusammenhang kann die Regelung der Entlohnung sein. Der AVR schreibt z.B. für Sonn- und Feiertagsarbeit bestimmte Zuschläge vor, an die die Sozialstation gebunden ist und auch bezahlen muß, da sie z.B. Mitglied im Caritasverband ist. Dadurch steigen die Lohnkosten und machen es eventuell wirtschaftlich betrachtet schwierig, eine solche Dienstleistung verstärkt anzubieten. Es muß also sehr genau abgewogen werden, was die Veränderung an zusätzlichen Einnahmen bringt, aber auch, welche zusätzlichen Kosten durch die Veränderung verursacht werden.

Ein privat-gewerblicher Anbieter hingegen hat es relativ einfach. Findet er eine geeignete Kraft, die zu seinen Konditionen - sprich Gehalt und Arbeitszeit - tätig wird, kann er sofort agieren. Da die meisten Betriebe Einzelunternehmen sind, hat meistens eine Person das Steuer in der Hand - muß sich also mit keinem anderen Funktionsträger abstimmen - kann frei entscheiden, trägt dann aber auch die volle Verantwortung. Der Tatendrang wird nicht durch komplexe Abstimmungs- und Entscheidungsverfahren gebremst.

So leicht und flexibel können eingetragene Vereine und auch GmbHs nicht agieren, da die eigentlichen Entscheidungs- und Verantwortungsträger immer in der zweiten Reihe stehen und dadurch ein höherer Abstimmungsaufwand besteht. Bei einer GbR, wenn z.B. zwei Personen Betreiber eines Pflegedienstes sind, entsteht auch schon ein Abstimmungsbedarf. Aber in solchen Fällen ist davon auszugehen, daß die beiden Partner zumindest ähnliche Vorstellungen und Interessen haben und an einem Strang ziehen.

⁸⁸ Geschäftsführer/Geschäftsführerin eines freigemeinnütziger Pflegedienstes im Interview.

Funktioniert die Kommunikation zwischen den Beteiligten nicht, kommt es zur Trennung, mit der Folge, daß jeder der beiden einen eigenen Pflegedienst eröffnet. So auch schon geschehen.

Bei der Kundennähe sind die Freigemeinnützigen noch etwas im Rückstand, insbesondere was die Pflege zu „unattraktiven Zeiten“, wie spät abends und vor allem am Wochenende betrifft. *„90 % meiner Patienten versorge ich auch am Wochenende. Sie werden keine Sozialstation finden die so etwas anbietet und tut.“*⁸⁹ Als ein Vorteil der Freigemeinnützigen kann ins Feld geführt werden, daß sie Pflege und vor allem Hauswirtschaft aus einer Hand anbieten können, was eine Entlastung für den Patienten darstellt. Doch die Veränderung hin zu mehr Kundennähe wurden vom Markt bzw. vom Wettbewerb ausgelöst. Das dadurch erforderlich gewordene Umdenken und die daraus resultierende Umorganisation dürfte aufgrund der Rechtsform und der Betriebsgröße vermutlich etwas mehr Zeit in Anspruch nehmen, denn größere Betriebe sind bekanntlichermaßen nicht so schnell wandlungsfähig als kleine.

5.11.2 Veränderungen des Leistungsangebots

Ähnliche Ursachen dürften auch den von den Pflegediensten genannten Veränderungen zugrunde liegen. Etwa die Hälfte der freigemeinnützigen Betriebe strebt eine Veränderung des Angebots an. Dabei handelt es sich aber überwiegend um etablierte/gängige Maßnahmen und Leistungen wie Essen auf Rädern, Rund-um-die-Uhr-Pflege, Notrufdienst, Fahrdienste, Übernahme einer Altenwohnanlage oder dem verstärkten Angebot von Nachtwachen. Lediglich ein Betrieb nannte eine „weitergehende Spezialisierung“, ohne dies auszuführen.

Etwa 70% der Privat-gewerblichen möchten ihr Leistungsspektrum in der nächsten Zeit verändern. Darunter finden sich natürlich auch schon angebotene und etablierte Maßnahmen. Angedacht sind bei einigen Betrieben auch Veränderungen, die etwas von der „klassischen Pflege“ abweichen wie z.B. die Verknüpfung von Tourismus und Pflege, der Ausbau einer angegliederten Vertriebsfirma für Pflege-, Inkontinenzartikel und Verbandstoffe.

Aus der Vogelperspektive heraus hat es den Anschein, als ob sich die Freigemeinnützigen auch in Zukunft auf das Kerngeschäft „Pflege“ und „Hauswirtschaft/Nachbarschaftshilfe“ beschränken, während die privat-gewerblichen eher Marktnischen suchen und diese auffüllen wollen, wie sie es bei Einführung der Pflegeversicherung schon getan haben..

Auf einem freien Markt kann jeder ein Angebot schaffen, für das er glaubt, Nachfrager zu finden. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Aussagen einiger Geschäftsführer von sowohl freigemeinnützigen wie auch privat-gewerblicher Anbietern, daß man in Zukunft von der Pflege allein nur noch schwerlich überleben könne. Daher sei es erforderlich, sich ein zweites Standbein zu suchen.

Sind diese festgestellten Unterschiede für geplante Leistungsveränderungen ein Vorbote dieses Trends? Wäre dies so, könnte man zu dem Eindruck gelangen, daß die Privat-gewerblichen den Freigemeinnützi-

⁸⁹ PDL eines privat-gewerblichen Dienstes im Interview.

gen wieder einen Schritt voraus sind. Diese Eigenschaft - Vordenker und in Sachen Angebot den Freigemeinnützigen immer schon einen Schritt voraus zu sein - nehmen auch einige privat-gewerbliche Betriebe für sich in Anspruch.

Was sind eventuelle Gründe für die Unterschiede bei Leistungsveränderungen? Der freie Markt bietet genügend Spielraum für eigene Ideen, auch wenn sie außergewöhnlich sind. Der Markt bietet ein Potential, das noch offen ist, ausgeschöpft und genutzt werden kann.

In einem solchen Fall ist Entscheidungs- und Risikofreude gefragt. Diese Eigenschaften sind eher bei einer Einzelperson zu finden, da hier alle Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zusammenfallen. Auch wenn die Rechtsform des eingetragenen Vereins von den Freigemeinnützigen als prinzipiell nicht hinderlich betrachtet wird, so mußten einige Geschäftsführer von Sozialstationen doch eingestehen, daß eine GmbH oder GbR eher zu Risiko- und entscheidungsfreudigkeit beiträgt und somit ein größerer Handlungsspielraum entsteht. Im Zusammenhang mit der Entscheidungsfreudigkeit haben die privat-gewerblichen Pflegedienste einen deutlichen Vorteil gegenüber den Freigemeinnützigen. Bei ihnen sind die Entscheidungswege kurz und an der Entscheidung partizipieren weniger Personen. Die Organisationsform beeinflußt in diesem Fall die Handlungsfähigkeit, kurze Wege, wenig Hierarchien, schnelle Entscheidungen.

5.11.3 Maßnahmen zur Kostensenkung

Ausgehend von der Anzahl an Nennungen bezüglich Maßnahmen zur Senkung der internen Kosten, könnte man den Eindruck gewinnen, daß bei den freigemeinnützigen Anbietern ein größerer Handlungsbedarf besteht. Genannt wurden die drei zentralen Punkte EDV, Leistungsverdichtung und Stellenabbau. In diesem Zusammenhang ist jedoch die Betriebsgröße eine entscheidende Einflußgröße. Da die freigemeinnützigen Betriebe etwa dreimal so groß sind besteht natürlich ein größerer Verwaltungs- wie auch Koordinationsaufwand. Dies zeigt sich darin, daß die PDL immer freigestellt ist, also nicht ständig/kontinuierlich in die Touren integriert ist. Ihr kommt die Aufgabe zu, Erstbesuche durchzuführen, Koordinations- und Informationstreffen mit anderen sozialen Einrichtungen und Diensten zu besuchen, die Einsatzplanung durchzuführen. Pflegedienstleitung heißt im wesentlichen koordinatorische Aufgaben durchzuführen. Die Kosten, die durch eine solche Freistellung entstehen, müssen durch die anderen Mitarbeiterinnen erst einmal wieder erwirtschaftet werden. Bei vielen Privat-gewerblichen hingegen arbeitet der Eigentümer voll mit und übernimmt dann nach Abschluß der Pflgetätigkeit noch die Verwaltungsaufgaben. Zwei Stellen und Funktionen werden von einer Person wahrgenommen. Dies bringt einerseits ein erhebliches Einsparvolumen mit sich, da zumindest eine Verwaltungskraft eingespart werden kann. Andererseits ist dies für die betreffende Person auf die Dauer eine erhebliche physische wie psychische Belastung. Einige privat-gewerbliche Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterinnen haben dies erkannt und streben an die Pflegedienstleistung freizustellen oder zumindest eine Verwaltungskraft einzustellen. Man

zieht hier sozusagen den freigemeinnützigen Diensten nach. Damit geht dann wieder ein finanzielles Problem - das Abschmelzen des Gewinns - einher. Dies kann schwierig sein oder werden, wenn der Preis einer Leistung auf dem Markt entscheidend ist, oder die anfallende Arbeit nur auf die vorhandenen Pflegekräfte verteilt wird und deren Arbeitsbelastung sich dadurch entsprechend erhöht. Andererseits kann es auch ein „Plus“ für die Qualität bedeuten, da die PDL mehr Zeit hat und alle Prozesse wie Tourenplanung und Koordination verschiedener Leistungen besser aufeinander abstimmen kann und somit auch zur Effizienzsteigerung beitragen kann.

Bringt man Leistungsverdichtung in Zusammenhang mit der Organisationsstruktur, so heißt dies, reibungsträchtige, zeitaufwendige Abläufe aus dem Betriebsgeschehen zu eliminieren. Dies kann einerseits bei der Verwaltung geschehen. Ist z.B. die Leistungserfassung und Abrechnung vollkommen auf EDV umgestellt, kann die monatlich fällige Abrechnung für die Pflegekasse per Knopfdruck erfolgen. Dadurch wird der Zeitaufwand für diese Prozedur drastisch reduziert, was Potentiale bei den Mitarbeiterinnen freisetzt und sie unter Umständen überflüssig macht. Leistungsverdichtung kann aber auch in einer Optimierung und ständigen Anpassung von Pflege- und Tourenplanung an die momentanen Gegebenheiten bestehen. Ziel ist es, die Fahrtstrecken und damit die Wegezeiten so weit als möglich zu reduzieren. Leistungsverdichtung kann aber auch - negativ gesehen - bedeuten, Zeit beim Patienten einzusparen, um in der gleichen Zeit mehr Patienten versorgen zu können. Aber diese Form der Leistungsverdichtung wiesen die Interviewpartner der freigemeinnützigen Betriebe weit von sich.

Die Maßnahmen zur Kostensenkung sind (noch) kein Erfordernis des Marktes oder durch die Organisationsstruktur geboten, sondern beruhen auf den landesweiten Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen. Entweder schätzen die freigemeinnützigen ihre Einsparpotentiale größer ein als die privat-gewerblichen Dienste, oder ihr Reformbedarf ist tatsächlich größer und sie leiten daher umfangreichere Maßnahmen ein.

5.11.4 Betriebsgröße und Mitarbeiterinnenstruktur

In ihrer Mitarbeiterstruktur und Betriebsgröße unterscheiden sich die beiden Anbietergruppen klar voneinander. Da hier die Rechtsform/Organisationsstruktur keine Bedeutung hat, kommen eigentlich nur wirtschaftliche Interessen zum Tragen.

Mit durchschnittlich etwa 32 Patienten und 10,5 Mitarbeiterinnen sind die Privat-gewerblichen deutlich kleiner als die Sozialstationen mit ca. 126 Patienten und knapp 40 Mitarbeiterinnen. Hier spielt natürlich auch der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle. Die Sozialstationen sind häufig schon seit 15 Jahren tätig, während die privat-gewerblichen Pflegedienste oftmals erst im Zusammenhang mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung gegründet wurden. In solch kurzer Zeit läßt sich natürlich kein Betrieb in der Größenordnung der etablierten Sozialstationen aufbauen, zumal die Sozialstationen bei Ein-

führung der GPV noch eine nahezu monopolistische Stellung hatten und die Privaten quasi bei null anfangen mußten.

Andererseits steigt mit der Betriebsgröße auch der Koordinations- und Verwaltungsaufwand an. Für die Verwaltung müssen mit steigenden Patienten und Mitarbeiterinnenzahlen zusätzliche Kräfte eingestellt werden, und außerdem ist es ab einer bestimmten Größe unumgänglich, die PDL freizustellen. Da Verwaltungskräfte und die PDL keine eigentliche Wertschöpfung erzielen, müssen die Pflegekräfte entsprechende Überschüsse erwirtschaften, um diese Stellen mitzufinanzieren. Die meisten privat-gewerblichen Pflegedienste weisen eine Betriebsgröße (bis zu 15 Mitarbeiterinnen bzw. ca. 6 - 10 Vollzeitäquivalenten) auf, die es ermöglicht, daß der Eigentümer die PDL und nach Möglichkeit auch die Verwaltung übernehmen kann. Dadurch werden Einsparpotentiale erzielt, die sich auf der Haben Seite als Gewinn niederschlagen.

Die Antriebsfeder für den hohen Anteil von geringfügig Beschäftigten bei den privat-gewerblichen Pflegediensten lautet vermutlich Gewinnmaximierung. Die 610 DM-Kräfte bieten dem Betrieb die Vorteile, daß er relativ frei agieren kann - leichtes Einstellen und Entlassen. In schwierigen Situationen steht man nicht vor dem Problem, wie der Lohn bezahlt werden soll, da nach Stunden abgerechnet wird. Fällt z.B. einmal wenig Arbeit an, können die Stunden problemlos heruntergefahren werden. Wären dagegen reguläre Kräfte eingestellt worden, müßte der trotzdem der volle Lohn bezahlt werden. Bei den geringfügig Beschäftigten fallen - und das ist der entscheidende Vorteil - , keine Lohnnebenkosten an. Es handelt sich also um einerseits günstige Arbeitskräfte, die zudem noch sehr flexibel je nach Arbeitsanfall eingesetzt werden können. Der hohe Anteil geringfügig Beschäftigter, so kann nur vermutet werden, ist eine eindeutig kostensenkende Maßnahme vieler privat-gewerblicher Pflegedienste.

Warum der Anteil in der Hauswirtschaft Tätigen bei den Freigemeinnützigen so groß und den Privat-gewerblichen so klein ist, kann zwei Ursachen haben. Entweder ist diese Sparte für die privat-gewerblichen Anbieter nicht profitabel, d.h. es kann lediglich kostendeckend gearbeitet werden, da je nach Umfang dieser Leistungen auch wiederum ein relativ großer Koordinationsbedarf für eine Einsatzplanung entsteht, Aufwand und Nutzen also in keinem angemessenen Verhältnis stehen. Es kann aber auch möglich sein, daß die Dienste sich auf die Pflege selbst konzentrieren wollen und nur das unbedingt Notwendige im hauswirtschaftlichen Bereich übernehmen. In diese Richtung ging der Vorwurf eines Geschäftsführers eines freigemeinnützigen Pflegebetriebes, daß die Privat-gewerblichen wenn möglich nur die Pflege übernehmen und die hauswirtschaftliche Versorgung den Sozialstationen überlassen. Dem würde dann jedoch die Äußerung von drei Privat-gewerblichen widersprechen. Einer dieser beiden Anbieter „beneidet“ die Sozialstationen um das „Heer“ der hauswirtschaftlichen Helferinnen und zwei weitere Pflegebetriebe möchten auf diesem Sektor expandieren, um ihre Pflegekräfte fachspezifisch einsetzen zu können, mit dem Ziel, für die Pflege selbst mehr Zeit zu haben. Dritte Möglichkeit wäre,

daß der Markt mit einer solchen hauswirtschaftlichen Versorgung völlig gesättigt ist und kein Bedarf dafür besteht und die Privat-gewerblichen deswegen diese Dienstleistung nicht verstärkt anbieten.

5.11.5 Patientenstruktur

In ihrer Patientenstruktur unterscheiden sich die beiden Anbietergruppen ganz erheblich. Schwerpunktmäßig, zu ca. 85 % versorgen die freigemeinnützigen Pflegedienste Patienten der Pflegestufen I und II. Von dieser Strukturierung weichen die privat-gewerblichen Pflegedienste ganz erheblich ab. Sie betreuen zu etwa 70 % Patienten der Pflegestufen II und III. Da drängt sich die Frage auf, wie es zu solch gravierenden Unterschieden in der Patientenstruktur kommen kann.

Seitens der freien Wohlfahrtspflege wird den privat-gewerblichen Anbietern oftmals sog. „Rosinenpickerei“ vorgeworfen, d.h. die Anbieter suchen sich die für sie lukrativsten Fälle/Patienten heraus. Nun liegt bei dem vorliegenden Untersuchungsergebnis dieser Verdacht recht nahe bei der Hand, denn mit steigendem Pflegebedarf steigt die Anzahl der abrechenbaren Module, der Umsatz und somit letztendlich der Gewinn. Es ist aber zu berücksichtigen, daß ein Schwerpflegebedürftiger mehrmals am Tag aufgesucht werden muß und dadurch eventuell lange Fahrzeiten in Kauf genommen werden müssen. Im Durchschnitt dürften die Wegezeiten und Nebenkosten in einem gewissen Umfang ansteigen, jedoch kann nicht spezifiziert werden, um welchen Prozentsatz der Block „Aufwendungen“ tatsächlich ansteigt.

Im Interview wurde allen Pflegedienstleitern und Pflegedienstleiterinnen die Frage gestellt, ob die Versorgung von Patienten der Pflegestufe II und III gewinnträchtiger seien als die der Pflegestufe I. „Generell kann man dies nicht sagen“ war die einheitliche Antwort aller Dienste. Dies sei von den Wegezeiten, der Anzahl der (täglichen) Hausbesuche und dem tatsächlichen Pflegebedarf abhängig. So nebenbei ließen zwei privat-gewerblichen Pflegedienste durchscheinen, daß sie den erforderlichen Aufwand und den daraus resultierenden Nutzen stark gegeneinander abwägen. Wohnt ein Patient sehr abgelegen oder verkehrstechnisch ungünstig (stauträchtige Strecke), so kann es schon einmal sein, daß sie einen Patienten nicht aufnehmen bzw. an einen anderen Pflegedienst verweisen oder weitergeben. Die anderen beiden privaten hingegen gaben von sich an, bisher alle Patienten aufgenommen und versorgt zu haben, ohne auf Wegezeiten oder Umfang des pflegerischen Bedarfs zu achten, was ebenfalls alle freigemeinnützigen Pflegedienste für sich in Anspruch nehmen. Manchen privat-gewerblichen Pflegediensten kann man eine verstärkte Kostenorientierung unterstellen, was aber nicht zu dem Schluß berechtigt, von „Rosinenpickerei“ zu sprechen.

Ein anderer Erklärungsversuch könnte folgender sein: Durch ihre Flexibilität, vor allem was die Pflegezeiten betrifft - abends, am Wochenende, sowie an Sonn- und Feiertagen - liegen die privat-gewerblichen Anbieter eher in der Gunst der Nachfrager, da sie ihren Wünschen in größerem Umfang entgegenkommen können. Pflegebedürftige der Stufen II und III erfordern in aller Regel zwei oder mehrere Hausbesuch pro Tag. Nun kann in einem solchen Fall die Pflegezeit ein Auswahlkriterium des Pfl-

gebedürftigen bzw. dessen Angehörigen sein. Man wird dann unter Umständen eher dem Pflegedienst zugetan sein, der Pflege zu dieser Zeit anbieten kann, die einem vorschwebt. Für einen Pflegebedürftigen ist es angenehmer - und das kann wohl jeder nachvollziehen -, daß man im Sommer vielleicht lieber erst um 21.00 Uhr zu Bett gebracht werden möchte als etwa schon um 19.00Uhr.

Dies würde in der Konsequenz dann bedeuten, daß die Freigemeinnützigen die Nachfrage noch nicht erkannt haben bzw. diese noch nicht so befriedigen können - aufgrund der Abstimmungswege im Betrieb und der Tarifstruktur, was die Vergütung der Mitarbeiterinnen betrifft, und daher eher zumindest zeitlich gesehen unproblematischere Fälle bekommen. Auch der Pflegemarkt funktioniert mittlerweile nach Angebot und Nachfrage und wer das bessere Angebot hat, macht das Geschäft.

5.11.6 Einarbeitungszeit

In puncto Einarbeitungszeit heben sich die beiden Trägergruppen deutlich voneinander ab. Bei den freigemeinnützigen Pflegediensten ist die Einarbeitungszeit mit ca. 6 Wochen etwa doppelt so lange als bei den privat-gewerblichen Betrieben. Die Einarbeitungszeit wird in erster Linie von drei Faktoren beeinflusst: der Qualifizierung der Mitarbeiterin, den wirtschaftlichen Interessen des Betriebes und der Anzahl Patienten.

Da die Qualifizierung des Personals bei beiden Anbietergruppen als gleich bzw. vergleichbar bezeichnet werden kann, scheidet diese Einflußvariable schon einmal aus. Im nächsten Schritt ist es von Belang, wie viele Patienten zu versorgen sind. Es ist auf jeden Fall sinnvoll, wenn eine Mitarbeiterin zumindest einmal möglichst alle Patienten gesehen hat, um in Notsituationen angemessener reagieren zu können. Mehr Patienten kennenzulernen, bringt einen größeren Zeitaufwand mit sich, der die Einarbeitungszeit verlängert. Aber in der Regel werden die Mitarbeiterinnen schwerpunktmäßig auf die Touren eingearbeitet, die sie dann zu betreuen haben und lernen die anderen Touren nur im „Vorbeigehen“ kennen. Festgehalten werden kann, daß die Einarbeitungszeit mit der Zahl der Patienten wächst, jedoch nicht um welchen Faktor. Dritter Faktor und mutmaßlich genau so entscheidend sind die wirtschaftlichen Interessen. In der Einarbeitungszeit begleitet die neue Kraft in aller Regel eine Mitarbeiterin und wird von dieser eingewiesen. Dies bedeutet natürlich einen doppelten Aufwand. Zwei Mitarbeiterinnen tun quasi gemeinsam eine Arbeit, und jede erhält ihren Lohn. Je früher die neue Kraft selbständig arbeiten kann, um so eher lohnt sich das für den Betrieb, da mehr Patienten versorgt und abgerechnet werden können. Die Einarbeitungszeit hat sicherlich auch einen Einfluß auf die Qualität der zu erbringenden Pflegeleistung. Denn in der Einarbeitungszeit soll auch die Philosophie, das Leitbild und das Pflegeverständnis an die neue Mitarbeiterin weitergegeben werden. Abschließend bleibt festzuhalten, daß die Einarbeitungszeit von der Zahl der Patienten und der Wirtschaftlichkeit wohl maßgeblich beeinflusst wird. Ob die Einarbeitungszeit bei doppelter Patientenzahl um den gleichen Faktor verlängert wird oder werden muß, kann nicht gesagt werden. Diesmal scheidet die Rechtsform und der Markt als Einflußgröße aus, viel-

mehr scheint die Ökonomie eine Rolle zu spielen, was aber nicht eindeutig und schlüssig belegt werden kann.

5.11.7 Zusammenfassung

Tabelle 16: Zusammenfassung Einfluß Unabhängige Variable Markt und Rechtsform

Trägerspezifische Unterschiede	Erklärung möglich/nachvollziehbar durch	
	Markt/Nachfrage	Rechtsform
Kundenorientierung	++	+
Veränderungen des Leistungsangebots	++	+
Betriebsgröße/Mitarbeiterinnenstruktur	-	O
Patientenstruktur	+	-
Einarbeitungszeit	-	-

Legende: ++ deutlicher Zusammenhang, + schwacher Zusammenhang, - kein Zusammenhang, O Zusammenhang unklar

F SCHLUßBEMERKUNG UND AUSBLICK

„Auf dem Pflegemarkt herrscht mittlerweile ein harter Wettbewerb dem sich die Anbieter stellen müssen. Der wesentliche und auch einzige Unterschied zwischen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Anbietern sehe ich darin, daß die privat-gewerblichen gewinnorientiert arbeiten und die anderen altruistische Handlungsmotive verfolgen.“⁹⁰

Eine Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes ist mittlerweile schon Realität geworden: Es gibt einen freien Pflegemarkt, der vom Wettbewerb gesteuert wird. Wettbewerb heißt für die Anbieter von Pflegeleistungen, einmal kundenfreundlich- und orientiert zu arbeiten und sich andererseits von den Mitbewerbern abzusetzen - ein eigenes Profil herauszuarbeiten. Daher lag die Vermutung nahe, daß es trägerspezifische Reaktionsmuster geben könnte. Dies war das Hauptanliegen dieser Untersuchung. Daneben war noch von Interesse, welche Veränderungen, die vom Pflegeversicherungsgesetz als erwünscht angesehen und angestrebt wurden, im Landkreis Konstanz schon existent sind und wie sie sich auswirken.

Die vorherrschende Stellung der freigemeinnützigen Anbieter wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz gebrochen, und es erfolgte eine Marktöffnung. Allein im Einführungsjahr der GPV kamen sechs privat-gewerbliche Anbieter hinzu und bis dato noch einmal weitere vier. Innerhalb von drei Jahren hat sich die Anzahl privat-gewerblicher Pflegedienste mehr als vervierfacht. Auch die freigemeinnützigen Pflegedienste haben ihr Angebot aufgestockt. In dem oben genannten Zeitraum kamen sechs neue Sozialstationen hinzu. Beide Trägergruppen betreiben nun ein gutes Dutzend an Pflegediensten. Ist bei der Anzahl der Dienste nun in etwa ein Gleichstand erreicht, so unterscheiden sich die Dienste doch ganz erheblich in ihrer Größe. Beschreibt man den Marktanteil über die Zahl der Patienten, so haben die Freigemeinnützigen noch eine Vorrangstellung, da etwa 82% der Patienten von ihren Diensten versorgt werden und lediglich 18 % der Pflegebedürftigen von den privat-gewerblichen Pflegediensten. Die Marktöffnung hat auch im Raum Konstanz zu einer Verbreiterung des Angebots beigetragen und damit einhergehend zu einer größeren Vielfalt unter den Anbietern.

Die Untersuchung wurde von den beiden zentralen Fragen geleitet, ob es trägerspezifische Ideen, Interessen und daraus resultierende Maßnahmen/Reaktionsmuster gibt und ob diese dann bei den privat-gewerblichen Diensten eher in Richtung Kostensenkung gehen und bei den Freigemeinnützigen hin zu verstärkter Qualitätssicherung. Diese beiden Fragen bauen auf dem Selbstbild/-verständnis der Freien Wohlfahrtspflege und dem der privat-gewerblichen Dienste auf. Auf Basis dieses Selbstbildes wurde nachfolgende Hypothese entwickelt: *Die privat-gewerblichen Anbieter ergreifen eher kostensenkende Maßnahmen und halten sich bei der Qualitätssicherung/-steigerung zurück, um einen Gewinn zu er-*

⁹⁰ Herr Maser AOK Pflegekasse für den Landkreis Konstanz

zielen, während die freigemeinnützigen Anbieter, eher Qualitätssicherung/-steigerung anstreben, allerdings um den Preis höheren (Pflege-) Kosten.

Die beiden unabhängigen Variablen Rechtsform der Pflegedienste und die Situation am Anbietermarkt sollten dazu beitragen, eventuelle Unterschiede zu erklären.

Die empirische Erhebung und die ergänzend durchgeführten Interviews, förderten einige Trägerspezifische Reaktionsmuster/Eigenheiten zu Tage. Zentral waren hierbei die Aspekte „Interesse an Kostensenkung“ und „Qualitätssicherung“.

Bei der Rechtsform/Organisationsform der Pflegebetriebe gibt es trägerspezifische Muster, denn bei den privat-gewerblichen dominieren die Rechtsformen Einzelunternehmen und Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Wie zu erwarten, sind die Pflegedienste der freigemeinnützigen Anbieter fast ausschließlich als eingetragene Vereine ausgebildet.

In Sachen Qualitätssicherung bewegen sich die beiden Anbietergruppen auf gleichem Niveau. Es gibt zwar einige Unterschiede bei einzelnen Maßnahmen, aber insgesamt gesehen forcieren die freigemeinnützigen Anbieter Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht in erheblich stärkerem Umfang als die privat-gewerblichen Anbieter. Die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen ist in beiden Trägergruppen identisch. Einen besseren Schlüssel von Mitarbeiterinnen zu Patienten können die privat-gewerblichen Pflegedienste für sich verbuchen. In diesem Zusammenhang gilt es jedoch zu berücksichtigen, daß sie eine deutlich andere Patientenstruktur, mit einem hohen Anteil Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger aufweisen. Inwieweit dieser Vorsprung bei den Privat-gewerblichen durch vermehrte Wegezeiten und dem größerem Pflegeumfang wieder aufgezehrt werden, kann nicht beurteilt werden.

Der Anteil der geringfügig Beschäftigten liegt bei den privat-gewerblichen Anbietern hingegen doppelt so hoch als nach den Rahmenverträgen zulässig. In aller Regel erfolgt die Vergütung der Mitarbeiterinnen nach oder in Anlehnung an die Regelwerke (AVR, KR oder BAT). Inwieweit das Lohnniveau im Endeffekt von dem der Freigemeinnützigen abweicht, konnte nicht hinreichend geklärt werden. In Sachen Wirtschaftlichkeit stellte sich heraus, daß die freigemeinnützigen Anbieter weit mehr als ihre Mitbewerber Maßnahmen zur Kostensenkung durchführen wollen bzw. planen (EDV, Leistungsverdichtung und Stellenabbau).

Der Wettbewerb hat dazu geführt, daß die freigemeinnützigen Pflegedienste ihre Kundenorientierung ausbauen, also verstärkt Pflege am Abend und an Wochenenden anbieten wollen. Diese Bereiche wurden bisher überwiegend von den privat-gewerblichen Diensten abgedeckt.

Von ihrer Zielsetzung, ihren Interessen unterscheiden sich die Trägergruppen nicht sehr wesentlich, wenn man die weltanschauliche Prägung außer Acht läßt. Alle sind nach eigenen Angaben bestrebt, eine für den Patienten optimale Pflege zu leisten, um seine Lebensqualität zu sichern. In ihren Angebotsstrukturen und zusätzlichen Leistungsangeboten unterscheiden sie sich ebenfalls nur sehr unwesent-

lich. Lediglich die Frage nach hauswirtschaftlicher Versorgung und deren Umfang ist bei den Privatgewerblichen nicht ganz klar, da sie nur in sehr geringem Umfang entsprechende Kräfte vorhalten.

Die Arbeitshypothese wurde durch Indikatoren operationalisiert, um Qualitätssicherung und insbesondere Kostensenkung meßbar zu machen. Anhand dieser Indikatoren konnte nicht nachgewiesen werden, daß die freigemeinnützigen Anbieter deutlich qualitätsorientierter arbeiten, und die privat-gewerblichen überwiegend von Kostensenkungsinteressen dominiert werden. Jedoch ist im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung und der Implementation entsprechender Maßnahmen bei den Freigemeinnützigen eine eher Mitarbeiterinnenorientierte Vorgehensweise (nach eigenen Angaben der Dienste) festzustellen. Die Arbeitshypothese ist somit hinfällig. Vielmehr läßt sich festhalten, daß beide Anbietergruppen qualitätsorientiert arbeiten, was sich beispielsweise an dem hohen Anteil examinierter Pflegekräfte, den diversen Maßnahmen zur Qualitätssicherung, aber auch zur Fort- und Weiterbildung zeigen.

Bei den Privat-gewerblichen gibt es lediglich vereinzelte Indizien, die auf eine eher kostenorientierte Arbeitsweise hindeuten, wie die Anzahl Geringfügig Beschäftigter, die Betriebsgröße oder eventuell die Patientenstruktur. Ein Pflegedienst rechnet z.B. nach dem tatsächlich erforderlichen Zeitaufwand ab. Zwei Dienste wägen - wenn sie Pflege übernehmen können - ab, ob Aufwand und Ertrag in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen (z.B. Berücksichtigung von Wegezeiten).

Bei den geplanten Veränderungen des Angebots zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Es hat den Anschein, als ob sich die freigemeinnützigen Anbieter eher auf das „Kerngeschäft“ Pflege und entsprechende flankierende Maßnahmen konzentrieren wollen. Die Privat-gewerblichen tendieren hingegen eher dazu, sich zusätzliche Standbeine an der Peripherie der Pflege zu suchen. Damit ergibt sich schon ein Hinweis auf eine Problematik, mit der die Pflegedienste in Zukunft zu kämpfen haben könnten. Die momentanen Vereinbarungen zur Pflegevergütung sind z. T. ausgelaufen, und es stehen Neuverhandlungen mit den Pflegekassen an. Diese haben ein Interesse an möglichst niedrigen Vergütungen, so daß zu erwarten ist, daß sich die zukünftigen Vergütungen auf bisherigem aber aller Wahrscheinlichkeit auf niedrigerem Niveau bewegen. Tritt dieser Fall ein, wird es nach Angaben der Pflegedienste schwer, mit der Pflege als alleinigem Standbein überleben zu können. Doch nicht nur die Pflegevergütung ist eine wesentliche Einflußgröße für die Pflegebetriebe, sondern auch der Markt und dessen Angebot. Durch die Öffnung des Pflegemarktes traten viele privat-gewerbliche Pflegedienste mit einem Angebot an, das die freigemeinnützigen bis dato nicht anbieten konnten, da sie „nötigkeitsorientiert“ und nicht kundenorientiert vorgegangen waren. Dadurch entstand ein Veränderungsdruck, dem sie nachgeben mußten, ihr Angebot den Wünschen der Kunden verstärkt anzupassen. Doch diese Veränderung scheint nicht so leicht von Statten zu gehen, als man vielleicht vermuten mag. Durch die Rechtsform haben es GbRs oder Einzelunternehmen leichter, Veränderungen durchzusetzen, da an Entscheidungen nicht so viele Gremien beteiligt sind und sich der interne Kommunikationsaufwand reduziert.

Als problematisch kann bei den e.V. die Tatsache gesehen werden, daß der ehrenamtliche Vorstand die Verantwortung trägt, die Geschäfte aber in aller Regel von einem hauptamtlichen und professionellen Geschäftsführer geführt werden. Unterschiedliche Sichtweisen, Verständnisse etc. können sich in einem solchen Fall zu einem großen Problem entwickeln, durch welche die Handlungsfähigkeit gelähmt wird. Nach eigenen Angaben ist dies aber z.Z. bei keinem der befragten Dienste der Fall, und die Zusammenarbeit wurde als sehr gut bezeichnet. Einige freigemeinnützige Pflegebetriebe sehen es als etwas problematisch an - hinsichtlich der Mitarbeiterinnenvergütung - das sie mit ihrer Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband zwingend an dessen Vergütungsregelungen gebunden sind. Dies macht es für die Dienste schwer, bestimmte nachgefragte Angebote (wie z.B. am Wochenende-, an Sonn und Feiertagen sowie nachts) wirtschaftlich und damit konkurrenzfähig erbringen zu können.

Der Pflegemarkt und die Pflegevergütung sind die handlungssteuernden Einflußvariablen auf der Makro-Ebene. Hier werden Handlungsfelder eröffnet und abgegrenzt. Die Rechts- und Organisationsform steuert die Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse - insbesondere deren Geschwindigkeit - , die sich als Reaktion oder vorausschauendes Agieren (Schaffung neuer Angebote) niederschlagen. Mit dem geschaffenen Markt sind alle Pflegedienste einem kontinuierlichen Wandel unterworfen, sie stehen unter dem Kostendruck, der durch die Pflegevergütung besteht, und sollen bzw. wollen qualitativ hochwertige (Pflege-) Leistungen anbieten. Dieser Spannung, auch aufgrund der nicht weiter ansteigenden Nachfrage, werden nicht alle Pflegedienste standhalten können und ihre Arbeit einstellen zu müssen. Der Aufschwung des Pflegemarktes hinsichtlich der Zahl der Anbieter hat jetzt - so beurteilten dies alle Interviewpartner - seinen Höhepunkt erreicht und es folgt nun die Konsolidierungsphase, in der einige, vor allem sehr kleine Pflegedienste, nicht überleben werden. Bleibt nur zu hoffen, daß bei diesem Prozeß, der von den Pflegekassen durch die Leistungsvergütung in erheblichem Umfang mitbeeinflusst wird, die Qualitätsorientierung der Pflegedienste im Landkreis Konstanz nicht auf der Strecke bleibt. Es ist zu Bedenken, daß auf dem Pflegemarkt keine Waren gehandelt werden, sondern es um Menschen geht und Qualität hier oberste Priorität haben muß.

Ein ganz herzliches Dankeschön sei an dieser Stelle an alle Pflegedienste im Landkreis Konstanz gerichtet, die diese Arbeit durch die Teilnahme an der Fragebogenaktion sowie durch zusätzlich geführte Interviews - die ebenfalls einen sehr großen Zeitaufwand darstellten - ermöglicht und unterstützt haben.

G LITERATURVERZEICHNIS

- Asam, Walter H./ Altmann, Uwe (1995):* Geld oder Pflege: zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (Hrsg.)(1995):* Umsetzung der Pflegeversicherung - Auswirkungen für die Arbeiterwohlfahrt (Strategiepapier). In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 46. Jg. Nr. 4/1995 S. 122 - 124
- Baron, Rüdiger (1995):* Ein guter Tag für den Sozialstaat? Das Pflegeversicherungsgesetz läßt noch viel zu tun übrig. In: Sozialmagazin, 20 Jg. 1995 Heft 1, S. 18 - 24 und 45 - 47.
- Behr, Johannes-Bernhard u.a. (1995):* SGB XI Soziale Pflegeversicherung PflegeV; Kommentar. Heidelberg: v. Decker Losebl.-Ausgabe, 1997.
- Besendorfer, Andrea/Göschel, Irmgard/Senfleben, Barbara (1996):* Gütekriterien für die Pflege; Pflegestandards als Instrument zur Qualitätssicherung In: Altenpflege 7/96 S. 458 - 460.
- Beyer-Peters, Detlev (1996):* Zwischen Bürokratie und Profit; Die Folgen der Pflegeversicherung für die Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen. In: Altenpflege 2/96 S. 93 - 101.
- Brauer, Jörg-Peter (1996):* DIN EN ISO 9000 - 9004 umsetzen: Gestaltungshilfen zum Aufbau Ihres Qualitätsmanagementsystems. München; Wien: Hanser.
- Braun, Ute und Schmidt, Roland (1997):* Kunde statt Klient. In: Social Management -Magazin für Organisation und Innovation 7. Jg. 1/1997 S. 5, 6.
- Bremen, Klaus (1992):* Paritätische Qualitätssicherung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 11 + 12/92 S. 307 - 309.
- Breyer, Friedrich und Zweifel, Peter (1997):* Gesundheitsökonomie. 2., überarb. und erweiterte Auflage. -Berlin; Heidelberg: Springer.
- Breyer, Friedrich (1995):* Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Diskussionsbeiträge Serie - NR. 277 Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (1996):* Qualitätsentwicklung in der Pflege: Abschlußbericht. Baden-Baden: Nomos Verl.-Gesellschaft.
- Busch, Susanne (1996):* Empirische Analyse von Betriebsabläufen in ambulanten Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 4. Jg. 4/96 S. 364 - 379.
- Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V. (1995):* Materialsammlung für Sozialstationen. Lambertus

- Dahlem, Otto (1993):* Qualitätssicherung der Pflege im Alter. In: Sozialer Fortschritt 42. Jg. 4-5/1993. S. 105 - 109.
- Dane, Thomas (1996):* Auf Heller und Pfennig. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 10/96 S. 274 - 277.
- Degener, Theresia (1994):* Das ambulante Pflegerechtsverhältnis als Modell eines Sozialrechtsverhältnisses. Frankfurt am Main: Lang, 1994.
- Deutscher Caritasverband (1997):* Leitbild für den Deutschen Caritasverband. In: „Caritas“ Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft Heft 7 /1997 98. Jg. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1996):* Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege. In: Nachrichten NDV Dienst 76 Jg. 1/96 S. 1 - 5. Frankfurt am Main.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)(1994):* Grundlagen für die Leistungsbeschreibungen und die Bestimmung der Leistungsqualität in diakonischen Einrichtungen. In : Betriebswirtschaftliche Informationen des Diak. Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland; Nr. 1/94.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)(1996) (Hrsg.):* Dokumentation - 3. Evangelisches Symposium „Ambulante sozialpflegerische Dienste“ - Menschen pflegen Menschen; Nr. 4/96.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)(1997):* Diakonische Einrichtungen und Dienste im Wettbewerb. In: Betriebswirtschaftliche Informationen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland; Nr. 1/97.
- Doni, Christine und Gresch, Ulrich/Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus (Hrsg) (1996):* Pflegehandbuch. Ein Beitrag zum Qualitätsmanagement in der Altenpflege. 2. überarbeitete Auflage. Friedrichshafen: Diakonie-Verlag.
- Doppler, Klaus (1994):* Es muss im Leben noch mehr als Profit geben. Wer steuert Verhalten und Struktur in Non-Profit-Dienstleistungsunternehmen. In: Organisationsentwicklung spezial 2/94 S. 128 - 139.
- Eichhorn, Peter (1994):* Auf dem Markt bestehen oder untergehen. In : caritas 95 (1994)/3 S. 100 - 105.
- Endt vom, H. Joachim/Kirchhof, Ralf-R./ Mezger, Mafred/ Weber-Sieb, Janthe (1996):* Grundsätze für die Ermittlung leistungsgerechter Entgelte (Pflugesätze) nach § 93 BSHG n. F. und § 84 SGB XI (PflegeVG). In: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung - Zeitschrift für das Recht der Sozialen Sicherheit, 49. Jg. 3/95 S. 66 - 69.
- Evers, Adalbert (1995):* Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung. In Sozialer Fortschritt 44 Jg. 2/1995.
- Fachinger, Uwe und Rothgang, Heinz (Hrsg.) (1995):* Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Sozialpolitische Schriften: H. 68. Berlin: Duncker und Humblot.

- Frieling-Sonnenberg, Wilhelm (1996):* Verfälschte Realität; Dank der Pflegeversicherung befindet sich die Altenhilfe endgültig in einer Sackgasse. In: *Altenpflege* 3/96 S. 207 - 209.
- Frings, Peter und Ludemann, Georg (1994):* Kostendeckende Leistungsentgelte im Bereich der ambulanten Pflegedienste. In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE)* Heft 23 S. 37 - S. 48.
- Gabanyi, Monika (1995):* Die Pflegeversicherung - Die politische Willensbildung und der Aspekt der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege - Augsburg.
- Gaßmann, Uwe (1995):* Soziale Pflegeversicherung: (SGB XI). Stuttgart; München; Hannover; Berlin; Weimar; Dresden: Boorberg.
- Geigant, Friedrich und Oberender, Peter (Hrsg.) (1985):* Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsökonomie; Bd. 8, Robert Bosch Stiftung GmbH. Gerlingen: Bleicher.
- Gerste, Bettina (1997):* Pflegestrukturdatei - Erster Überblick über den Anbietermarkt. In: *DOK* 79. Jg., 4/1997 S. 133 - 136.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e. V. (1991):* Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Band 21; Gesetz zur Sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz); Textausgabe mit Begründung; SGB XI. Sankt Augustin: Asgerd-Verl. Hippe, 1994.
- Giese, Dieter (1992):* Qualitätssicherung in der Altenhilfe. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit* 11 + 12/92 S. 304 - 309.
- Goll, Eberhard (1991):* Die freie Wohlfahrtspflege als eigener Wirtschaftssektor: Theorie und Empirie ihrer Verbände und Einrichtungen. 1. Auflage - Baden-Baden: Nomos.
- Griep, Heinrich (1997):* Erste Erfahrungen mit der Pflegeversicherung. In: *Caritas-Korrespondenz* 1/1997 S. 27 - 38.
- Gutschmidt, Gunhild (1996):* „Herzenswärme und menschliche Zuwendung“ Das Pflegeversicherungsgesetz und die Folgen für Frauen - Billiglöhne und unbezahlte Selbsthilfe als Gefahren. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit* 10/96 S. 278 - 279.
- Haenselt, Roland (1997):* Pflegeversicherungsgesetz und Qualitätssicherung. Erscheinungsweise und mögliche Verlaufsformen eines unauflösbaren Widerspruchs. In: *Soziale Arbeit* 7/97 S. 226 - 230.
- Hesse-Schiller, Werner (1996):* Streckenweise Glatteis - Die Pflegeversicherung ist ein Gesetz voller Sollbruchstellen - Hinweise auf Prinzipien künftiger Sozialpolitik. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit* 10/96 S. 265 - 270.
- Hueck, Götz (1991):* Gesellschaftsrecht: ein Studienbuch. 19., neubearb. Auflage. München: Beck.
- Igl, Gerhard (1993):* Rechtliche Fragen der Qualitätssicherung bei der Pflege alter und behinderter Menschen. In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE)* Heft 21 S. 31 - 45.

- Interview*: Herr Maser AOK Pflegekasse für den Landkreis Konstanz, September 1997
- Jackson, Peter und Ashton, David (1995)*: ISO 9000 Der Weg zur Zertifizierung. 3. Auflage. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Jung, Karl (1995)*: Die neue Pflegeversicherung SGB XI. Bonn: Stollfußverlag, 1995.
- Jung, Karl (1997)*: Zwei Jahre Erfahrung mit der Pflegeversicherung - Zum Stand der Umsetzung des SGB XI. In: Die Krankenversicherung 49. Jg. 3/1997 S. 65 - 70.
- Kamiske, Gerd F. und Brauer, Jörg-Peter (1993)*: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. München; Wien: Hanser.
- Karotsch, Dieter (1995)*: Pflegequalität heute und morgen. Teil 2: Ungereimtheiten und Widersprüche im Pflegeversicherungsgesetz. In: Altenpflege 7/95.
- Kessler, Herbert (1996)*: Nur kundenorientierte Anbieter werden überleben. Die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Pflegeversicherung - Studie belegt positive Wirkungen des neuen Zweigs der Sozialversicherung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 10/96 S. 290 - 291.
- Kesselheim, Harald (Hrsg)(1997)*: Die Praxis der Pflegeversicherung; Texte, Erläuterungen und Materialien zum Recht der Pflegeversicherung. Band 3. Verlagsgesellschaft W.E. Weinmann mbH.
- Klie, Thomas (1996)*: *Pflegeversicherung*: Einführung, Lexikon, Gesetzestext, SGB XI mit Begründungen, Empfehlungen und Rundschreiben der Pflegekassen, Nebengesetze, Materialien; 3., neubearb. und erw. Aufl..Hannover: Vincentz.
- Klie, Thomas (Hrsg)(1996)*: Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege. 2.Erw Auflage. Melsungen Bibliomed, Med. Verl.-Ges.
- Klie, Thomas und Lörcher, Uwe (1995)*: Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Einführung, Modelle, Maßnahmen. Jugendwerkstatt e. V., Östringen.
- Klug, Wolfgang (1995)*: Mehr Markt in die Freie Wohlfahrt? Zum Problem marktwirtschaftlicher Bedingungen in der Freien Wohlfahrtspflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 25- 26/95, S. 34 - 43.
- Klunzinger, Eugen (1993)*: Grundzüge des Gesellschaftsrechts. 8., verb. Aufl. - München: Vahlen.
- Knaack, Andreas (1994)*: Maßstäbe zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege - Entwicklung qualitätssichernden Maßnahmen im Pflegebereich. In DOK 76. Jg., 9/1994 S. 273 - 276.
- Kraft, Alfons und Kreutz, Peter (1997)*: Gesellschaftsrecht. 10., überarb. und erw. Auflage. Neuwied: Luchterhand.
- Kühnert, S. und Schnabel, E.(1996)*: Gegenwärtige Personalsituation und Qualifizierungserfordernisse in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 29 Heft 6/96 S. 411- 417.

- Künzel-Schön, Marianne (1996):* Sozialarbeit - trotz Pflegeversicherung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 10/96 S. 280 - 284.
- Kunath und Lochmann (1993):* Klassifikation als Voraussetzung für Qualitätssicherung: Grundlagen und Anwendung. Landsberg/Lech: ecomed.
- Lehmann, Knut (1994):* Der Markt löst die Probleme nicht. Kritische Anmerkung zur Privatisierungsdebatte. In: Caritas 95 (1994)/ 7/8 S. 300 - 310.
- Maurer, Hartmut (1992):* Allgemeines Verwaltungsrecht. 8., überarb. und erg. Aufl. - München: Beck.
- Merchel, Joachim (1993):* Die freien Träger, der „Dritte Sektor“ und der Dilettantismus. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) Heft 22 S. 42 - 54.
- Meyer, Jörg Alexander (1996):* Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen - Akteure - Politikprozesse. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag Wissenschaft.
- Moldenhauer, Meinolf (1996):* Pflegeversicherung - Vertragsrechtliche Perspektiven zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages in der vollstationären Pflege - In: Die Betriebskrankenkasse 84. Jg. 7/96 S. 387 - 393.
- Moldenhauer, Meinolf (1996):* Pflegeversicherung - Zwischenbilanz der vertragsrechtlichen Umsetzung. In: Die Betriebskrankenkasse 84. Jg. 2/1996 S. 84 - 90.
- Nawrath, Viktoria (1996):* Vereinbarungen über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gem. § 89 SGB XI. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Köln; Berlin; Bonn; München; Heymanns.
- Niermann, Thomas (1996):* Pflege statt Bildung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 10/96 S. 292 - 294.
- Offermann, Volker (1996):* Pflegeversicherung und Lebenslage. In: Sozialer Fortschritt 45. Jg. 3/96 S. 65 - 71.
- Oldiges (1995):* Pflegemarkt im Wandel. In: DOK 77. Jg, 22/1995 S. 738 - 742.
- Oppl, Hubert (1992):* Zur „Marktposition“ der Freien Wohlfahrtspflege. In: Soziale Arbeit 5/92;S. 152 - 158.
- Oppl, Hubert (1994):* Mehr Markt für soziale Dienstleistungen. In: Caritas 95 (1994), 7/8 S. 292 - 300.
- Piehl, Andrea und Ristock, Bruno (1996):* Pflege-Buchführungsverordnung. Ein Arbeitsbuch für ambulante und teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Prognos AG (199?):* Freie Wohlfahrtspflege im zukünftigen Europa; Herausforderungen und Chancen im Europäischen Binnenmarkt.
- Roth, Erwin (1993):* Sozialwissenschaftliche Methoden: Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis. 3. überarb. und erw. Aufl. München, Wien: Oldenbourg.

- Rüth, Stefanie (1996):* Welche Zukunft will die freie Wohlfahrtspflege? In: Caritas 97 (1996)/2;S. 52 - 62.
- Sans, Reiner (1993):* Pflegeversicherungs-“Vorentwurf“ unter der Lupe. In: Caritas 94 (1993)/22, S. 73 - 83
- Sans, Reiner (1993):* Freie Wohlfahrtspflege und Pflegeversicherung. In: In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE) Heft 21 S. 1 - 19.
- Schlichting, Ruth und Schröter, Rainer (Hrsg) (1996):* 200 Tage Pflegeversicherung Bilanz und Perspektiven. Marburger Forum zur Gerontologie Band 1. Vektor-Verlag, Grafshaft.
- Schmidt, Roland (1996):* Neupositionierung im Konkurrenzgeflecht. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 10/96 S. 285 - 289.
- Schnell, Rainer; Hill, Paul; Esser, Elke (1992):* Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. überarb. und erw. Auflage. München; Wien;; Oldenbourg.
- Späth, Bernhard (1993):* Sichert Qualitätssicherung Qualität? In: Caritas 94 (1993) S. 96 - 102.
- Spiegelhalter, Franz (1996):* Das Leistungsplus von Caritas und freier Wohlfahrtspflege. In Caritas 97 (1996)/2 S. 56 - 62.
- Staiber, Helmut und Kuhn, Ulrich (1995):* Mit Markt Sozialstaat sichern. In: Caritas 96 (1995) S. 19 - 23.
- Staiber, Helmut (1995):* Mehr Markt: Beispiele aus der Alten- und Behindertenhilfe. In: Caritas 96 (1995) S. 23 - 27.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (1997):* Die Bevölkerung 1996; Band 518.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.)(1996):* Öffentliche Sozialleistungen: Pflege- und Betreuungsstatistik 1995 in Baden-Württemberg. Stuttgart: Metzler-Poeschel Verlag.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (1994):* Kleinräumige Bevölkerungsvorberechnungen bis 2005. Band 483.
- Stiftung Warentest (1993):* Samariter mit wenig Zeit. In: test 9/1993.
- Stöbener, André (1996):* Die Pflegeversicherung: ein Lehrstück über Aushandlungsprozesse eines „sozialen Problems“ in der Sozialpolitik. MenschenArbeit. Freiburger Studien Band 5. Konstanz: Hartung-Gorre
- Straub, Fritz (1994):* Die gesetzliche und private Pflegeversicherung: die neue soziale Pflegeversicherung nach dem Pflegeversicherungsgesetz 1994. Freiburg im Breisgau: Haufe, 1994.
- Tebbe, Maria E. und Trost, Dirk (1996):* Die Kehrseite der Medaille; Die Pflegeversicherung: nicht nur Mängel, sondern auch Möglichkeiten? In: Altenpflege 1/96 S. 29 - 31.
- Thiemeyer, Theo (1986):* Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? In: Sozialer Fortschritt 35. Jg. 5/6 / 1986 S. 97 - 104.

Udsching, Peter (1995): SGB XI, Soziale Pflegeversicherung: Kommentar. München: Beck.

Veith, Werner (1996): Pflegeversicherung verändert Sozialstationen. In: Caritas `97 (1996) S. 284 - 290.

Vogel, Georg und Schaaf, Michael (1997): Die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Darstellung und Anmerkungen bis zum 1. SGB XI-Änderungsgesetz (Teil 2). In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht. 6. Jg. 3/ 1997 S. 111- 118

Vogel, Georg und Schaaf, Michael (1995): Soziale Pflegeversicherung SGB XI. München C.H.Beck.

H ANLAGE

1 FRAGEBOGEN FÜR AMBULANTE PFLEGE- BETRIEBE

1. PFLEGEBETRIEB

1.1 Gehört Ihr Pflegebetrieb einem der folgenden überörtlichen Träger/Verbände an? Bitte kreuzen Sie an.

- | | |
|---|-----------------------|
| Wohlfahrtsverband mit konfessioneller Prägung | <input type="radio"/> |
| Wohlfahrtsverband ohne konfessionelle Prägung | <input type="radio"/> |
| Verband privat/gewerblicher Anbieter | <input type="radio"/> |
| Sonstiger überörtlicher Träger: _____ | <input type="radio"/> |
| Pflegebetrieb gehört keinem überörtlichen Träger/Verband an | <input type="radio"/> |

1.2 In welchem Jahr wurde Ihr Pflegebetrieb gegründet bzw. eröffnet? _____

1.3 Welche Rechtsform hat Ihr Pflegebetrieb? Bitte kreuzen Sie an.

- | | |
|---|-----------------------|
| Eingetragener Verein (e. V.) | <input type="radio"/> |
| Körperschaft des öffentlichen Rechts | <input type="radio"/> |
| Gesellschaft bürgerlichen Rechts | <input type="radio"/> |
| Stiftung | <input type="radio"/> |
| GmbH | <input type="radio"/> |
| gGmbH | <input type="radio"/> |
| Einzelunternehmen | <input type="radio"/> |
| Freiberufler | <input type="radio"/> |
| Sonstige Rechtsform, bitte nennen Sie:
_____ | <input type="radio"/> |

1.4 Bitte benennen Sie das Einzugsgebiet, in dem Sie Ihre PatientInnen betreuen.

1.5 Wie viele Pkws umfaßt Ihr Fuhrpark? _____

2. PATIENTEN

2.1 Wie viele PatientInnen werden von Ihrem Pflegebetrieb momentan gepflegt? _____

2.2 Wie viele Ihrer PatientInnen erhalten Leistungen der Pflegeversicherung? _____

2.2.1 Welchen Pflegestufen gehören diese PatientInnen an?

Bitte nennen Sie jeweils die Anzahl der PatientInnen.

Pflegestufe 1: _____

Pflegestufe 2: _____

Pflegestufe 3: _____

Härtefall: _____

2.2.2 Die Pflegeversicherung (§§ 36, 37 und 38 SGB XI) sieht für die Pflegebedürftigen eine Wahlmöglichkeit zwischen Sach- und/ oder Geldleistung vor. Bitte nennen Sie:

Anzahl PatientInnen, die den Abrechnungsmodus über die Sachleistung wählen: _____

Anzahl PatientInnen, die den Abrechnungsmodus über das Pflegegeld wählen: _____

Anzahl PatientInnen, die die Kombination Sachleistung und Pflegegeld wählen: _____

2.3 Wieviele PatientInnen kaufen noch weitere (zusätzliche) Leistungen bei Ihnen ein, die über die von der Pflegeversicherung (Pflegestufen 1-3) gewährten Leistungen hinausgehen?

Anzahl PatientInnen: _____

2.4 Wie werden die Pflegekosten derjenigen PatientInnen finanziert, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten? Bitte nennen Sie jeweils die Anzahl der PatientInnen.

Selbstzahler/privat: _____

Sozialhilfe (§§ 68, 69 BSHG): _____

Krankenversicherung (§ 37 SGB V): _____

Unfallversicherung (§§ 557, 558 RVO): _____

Sonstige: _____

3. PERSONAL

3.1 Wie viele MitarbeiterInnen beschäftigen Sie?: _____

3.2 In welchem Beschäftigungsstatus stehen Ihre MitarbeiterInnen und wie teilen sich Ihre Beschäftigten auf die folgenden Bereiche auf? Bitte nennen Sie jeweils die Anzahl der MitarbeiterInnen.

	Pflege	Hauswirtschaft	Verwaltung
Vollzeitkräfte			
Teilzeitkräfte			
Geringfügig Beschäftigte			
PraktikantInnen/ZDL/FSJ			
Freie MitarbeiterInnen (Werkvertrag)			
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen			
Anzahl MitarbeiterInnen insgesamt			
umgerechnet auf Vollzeitkräfte			

	Nachbarschaftshilfe	Sonstige
Vollzeitkräfte		
Teilzeitkräfte		
Geringfügig Beschäftigte		
PraktikantInnen/ZDL/FSJ		
Freie MitarbeiterInnen (Werkvertrag)		
Ehrenamtliche MitarbeiterInnen		
Anzahl MitarbeiterInnen		
umgerechnet auf Vollzeitkräfte		

3.3 Wie sind Ihre in der Pflege tätigen MitarbeiterInnen qualifiziert?

	Anzahl	Umgerechnet auf Vollzeitkräfte
Examierte Pflegfachkraft *(3-jährige Ausbildung)		
PflegehelferInnen (1-jährige Ausbildung)		
Kranken-/AltenpflegerIn mit Abschluß, der in der BRD nicht anerkannt wird		
ZDL/FSJ/PraktikantInnen		
angelernete/fachfremde Kräfte		
Sonstige		

* z.B. Krankenschwester/pfleger, staatl anerk. AltenpflegerIn, Kinderkrankenschwester/pfleger

3.4 Verfügen MitarbeiterInnen Ihres Betriebes über bestimmte Zusatzqualifikationen (siehe folgende Liste)?

Nein

Ja

Wenn ja, wieviele ? _____

Welcher Art sind die Zusatzqualifikationen bzw. Ausbildungen?

Bitte kreuzen Sie an und nennen Sie jeweils die Anzahl der MitarbeiterInnen.

Leitungsqualifikation/Leitungsausbildung	<input type="radio"/>	_____
Intensivmedizin (OP, Chirurgie, Urologie, Dialyse)	<input type="radio"/>	_____
(geronto-)psychiatrische Qualifikation	<input type="radio"/>	_____
Zusatzausbildung Gemeindepflege	<input type="radio"/>	_____
Sozialarbeit/Sozialpädagogische Qualifikation	<input type="radio"/>	_____
Hauswirtschaftliche Zusatzqualifikation	<input type="radio"/>	_____
Sonstige, bitte nennen Sie:	<input type="radio"/>	_____

3.5 Besondere Beschäftigungsverhältnisse

Beschäftigen Sie ABM - Kräfte?

Nein

Ja Wieviele?: _____

Beschäftigen Sie körperlich oder geistig behinderte Personen?

Nein

Ja Wieviele?: _____

3.6 Bezahlung der MitarbeiterInnen. Falls nur eine Kategorie zutrifft, kreuzen Sie bitte an. Ansonsten nennen

Sie bitte die Anzahl der MitarbeiterInnen.

nach BAT	<input type="radio"/>	_____
in Anlehnung an BAT	<input type="radio"/>	_____
nach KR	<input type="radio"/>	_____
in Anlehnung an KR	<input type="radio"/>	_____
nach Vereinbarung/Aushandlung	<input type="radio"/>	_____
über Tarif	<input type="radio"/>	_____
unter Tarif	<input type="radio"/>	_____
abhängig von Qualifikation	<input type="radio"/>	_____
Werkvertrag	<input type="radio"/>	_____
Sonstige	<input type="radio"/>	_____

3.7 Wie viele Ihrer Beschäftigten sind: Anzahl

Deutscher Nationalität: _____

Angehörige eines EU-Staates: _____

Osteuropäischer Nationalität: _____

Anderer Nationalität: _____

3.8 Fallen in Ihrem Betrieb Überstunden an?

Nein

Ja

Wieviele etwa pro MitarbeiterIn und Monat? _____

3.9 Sahen Sie sich durch die Einführung der Pflegeversicherung veranlaßt neues Pflegepersonal einzustellen?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Art von Personal und mit welcher Qualifikation?

Bitte nennen Sie jeweils die Anzahl.

	Anzahl	Umgerechnet auf Vollzeitkräfte
Examinierte Pflegefachkraft (3-jährige Ausbildung)		
PflegehelferInnen (1-jährige Ausbildung)		
ZDL/FSJ/PraktikantInnen		
angelernete/fachfremde Kraft		
Sonstige		

4. LEISTUNGSANGEBOT

4.1 Welche der folgenden Leistungen bietet Ihr Dienst den Hilfesuchenden zusätzlich zur Grund- und Behandlungspflege an, bzw. haben Sie schon vor Einführung der Pflegeversicherung angeboten?
Bitte kreuzen Sie an.

	Angebot besteht	Bereits vor Einführung der PflegeV. wurde angeboten
Hausnotrufdienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegehilfsmittelverleih	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rund-um-die-Uhr-Pflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzzeit-Pflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ISB-Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen auf Rädern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urlaubspflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachtwache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauskrankenpflegekurs für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesprächskreis für pflegende Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sterbebegleitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Leistungen, bitte zählen Sie auf:		

4.2 Planen Sie Angebotsveränderungen innerhalb der nächsten 2-3 Jahre?

- Nein
Ja

Welche Veränderungen hinsichtlich Ihres Angebots planen Sie? Bitte nennen Sie diese, wenn möglich mit einer stichwortartigen Begründung.

5. PFLEGESÄTZE

Bitte nennen Sie die Preise für folgende Pflegeleistungen, oder legen Sie eine Preisliste bei.

	Preis je Leistung bei Abrechnung als Sachleistung	Preis je Leistung bei Abrechnung als Geldleistung
Große Toilette		
Kleine Toilette		
Vollbad		
Hilfen bei Ausscheidung		
Einfache Hilfe bei Nahrungsaufnahme		
Zubereitung einer Mahlzeit		
Großer Einkauf		
Waschen der Wäsche/Kleidung		
Grundreinigung der Wohnung		
Wegekostenpauschale		

6. QUALITÄTSSICHERUNG UND WEITERBILDUNG

Welche der folgenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Pflege führen Sie in Ihrem Betrieb durch?
Bitte kreuzen Sie an.

6.1 Pflegedokumentation/Patientenberichte

- Nein
Ja

6.2 Qualitätssicherungspläne/Leitfaden ⁹¹ für MitarbeiterInnen

- Nein
Ja
geplant

6.3 Hat Ihr Betrieb/Ihre Einrichtung ein eigenes Pflegeleitbild ⁹² ?

- Nein
Ja
Erstellung geplant

6.4 Finden in Ihrem Betrieb Dienstbesprechungen statt?

- Nein
Ja

Wie oft finden diese statt? Bitte kreuzen Sie an.

- bei Bedarf
1x monatlich
2x monatlich
3x monatlich
1x wöchentlich
2x wöchentlich
täglich

6.5 Gibt es in Ihrem Betrieb die Einrichtung eines Qualitätszirkels ⁹³ ?

- Nein
Ja
geplant

⁹¹ Mit Hilfe eines Qualitätssicherungsplanes/Leitfadens sollen behandlungspflegerische Tätigkeiten standardisiert, schriftlich fixiert und den MitarbeiterInnen als Orientierungsrahmen an die Hand gegeben werden. Dieser Leitfaden soll für alle MitarbeiterInnen verbindlich sein, die Qualifikation der Durchführenden festlegen, fachliche Informationen und pflegerische Vorgehensweisen enthalten

⁹² In einem Pflegeleitbild werden die Ziele der Pflege und die angestrebten Pflegestandards dargelegt. Alle MitarbeiterInnen sollen ihr Handeln an diesem Pflegeleitbild ausrichten bzw. sich zumindest daran orientieren.

⁹³ Ein Qualitätszirkel beschäftigt sich mit Themen und Problemen die Pflegequalität betreffend, und versucht Vorschläge und Lösungen zu erarbeiten, um Defizite abzubauen bzw. erst gar nicht entstehen zu lassen.

6.6 Besteht für Ihre MitarbeiterInnen in Ihrem Betrieb das Angebot der Supervision?

- Nein
- Ja
- geplant

Wie oft finden Supervisionssitzungen statt?

- bei Bedarf
- 1x vierteljährlich
- 2x vierteljährlich
- 1x monatlich
- 2x monatlich
- 3x monatlich
- 1x wöchentlich

Wann finden Supervisionssitzungen statt?

- während der Arbeitszeit
- in der Freizeit

Von wem werden die Kosten der Supervision aufgebracht?

- vom Betrieb/der Einrichtung
- von den MitarbeiterInnen
- aufgeteilt zwischen Betrieb und MitarbeiterInnen

Ist die Teilnahme an der Supervision für Ihre MitarbeiterInnen Pflicht oder erfolgt diese auf freiwilliger Basis?

- verpflichtend
- freiwillig

6.7 Werden die bei Ihnen durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen systematisch dokumentiert?

- Nein
- Ja
- geplant

6.8 Zur Qualitätssicherung wird auch die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen gezählt. Führen Sie in Ihrem Betrieb Maßnahmen (interne wie externe) zur Fort- und Weiterbildung durch?

- Nein
- Ja

Wie oft nimmt ein(e) MitarbeiterIn Ihres Betriebes im Laufe eines Jahres an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil?

Erfolgen die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

- während der Arbeitszeit
- in der Freizeit

Wer trägt die Kosten der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen?

- der Betrieb/die Einrichtung
- der/die MitarbeiterIn
- aufgeteilt zwischen Betrieb und MitarbeiterIn

Ist die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Ihre MitarbeiterInnen Pflicht oder erfolgt diese auf freiwilliger Basis?

- Teilnahme ist verpflichtend
- Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis

6.9 Wie lange, d.h. über welchen Zeitraum hinweg wird ein(e) neue(r) MitarbeiterIn üblicherweise in Ihrem Betrieb eingearbeitet? _____

6.10 Ist Ihr Betrieb nach DIN/ISO 9004 zertifiziert?

- Nein
- Ja
- angestrebt/geplant

6.11 Ist Ihr Betrieb TÜV geprüft?

- Nein
- Ja
- angestrebt/geplant

6.12 Haben Sie, um die internen Betriebsabläufe zu verbessern, ein Controllingkonzept ⁹⁴ eingeführt?

- Nein
- Ja
- angestrebt/geplant

6.13 Haben Sie Maßnahmen ergriffen, um Ihrem Betrieb ein einheitliches Erscheinungsbild zu verleihen?
(z.B. Kleidung, alle Kfz in gleicher Farbe und gleicher Aufschrift, Embleme...)

- Nein
- Ja
- angestrebt/geplant

⁹⁴ Umfaßt einen Vergleich von Soll - Ist Zustand der internen Betriebsabläufe, um bei Differenzen korrigierende Maßnahmen einzuleiten.

7. KOOPERATION

7.1 Arbeiten Sie mit der IAV-Stelle zusammen?

- Nein
- Ja

7.2 Arbeiten Sie mit anderen Einrichtungen zusammen?

- Nein
- Ja

Wenn nein: Was sind Gründe, die aus Ihrer Sicht gegen eine Kooperation mit anderen Einrichtungen/ Betrieben sprechen? Eine stichwortartige Nennung genügt.

Wenn ja: Mit welchen Einrichtungen/Betrieben kooperieren Sie? Bitte nennen Sie:

Wenn ja: Aus welche Gründen kooperieren Sie mit diesen Betrieben?

Eine stichwortartige Nennung genügt.

8. MAßNAHMEN ZUR KOSTENSENKUNG

Haben Sie bisher Maßnahmen zur Kostensenkung ergriffen? Bitte kreuzen Sie an

- Nein
 Ja
 Geplant

Welche der folgenden Maßnahmen zur Kostensenkung haben Sie schon ergriffen, und welche werden Sie noch ergreifen? Bitte kreuzen Sie an oder nennen Sie.

	<i>bereits durchgeführt</i>	<i>geplant</i>
Zusammenschluß zu einer Einkaufsgenossenschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umstellung aller Abläufe auf EDV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungsverdichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verkleinerung des Fahrzeugparks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Streichung freiwerdender Stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergabe von Diensten an Externe bzw. Fremdfirmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Maßnahmen:		

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!

Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden eingehalten!

Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte!

Der Autor der Studie wird keinen Pflegedienst eröffnen.

Bei der Auswertung werden die Betriebe in verschiedene Kategorien zusammengefaßt. Es ist daher nicht mehr nachvollziehbar, welcher Betrieb welche Angaben gemacht hat!
 Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen sind nicht möglich!

Falls Sie noch Fragen haben oder Unklarheiten bestehen, wenden Sie sich bitte an:

Christoph Langer
 Neuhauser Straße 13
 78464 Konstanz
 Tel.: 07531/958903

2 INTERVIEWLEITFADEN

1. Wie würden Sie den **Pflegemarkt** im Landkreis Konstanz beschreiben? (Besonderheiten, Auffälligkeiten.)
2. Gibt es schon **Wettbewerb** (Wie sieht dieser aus? Kosten - Qualitätsorientiert?) unter den Anbietern, oder dominieren momentan Anpassungsanstrengungen an die neue Finanzierungsstruktur?
 - **wie wirkt er auf Ihre Einrichtung?**
 - Welche **Folgen** hat er bisher nach sich gezogen?
3. Worin sehen Sie die **Stärken und Vorzüge** Ihrer Einrichtung, Was ist Ihr Leitbild - Ihre zentralen Ziele?
4. Worauf achten die Kunden bei der Auswahl eines Pflegedienstes?
 - Warum haben die Kunden gerade ihren Betrieb ausgewählt? (Auswahlkriterien)
 - Worauf werden die Klienten in Zukunft achten?
5. Was sind die **Merkmale/Kriterien Ihrer Ansicht nach, die ein Pflegebetrieb aufweisen muß um erfolgreich zu sein**
=> Kernkompetenzen (Personal, Organisation, Führung...)
6. Zu welchen **zukünftigen strukturellen Veränderungen** sehen Sie sich kurz- und mittelfristig gezwungen bzw. welche streben Sie an? und Warum?
7. Wenn Sie Ihr **Angebot seit Einführung der GPV verändert haben**, was waren die **Ursachen bzw. Zentralen Antriebsquellen dafür**?
 - Was ist seitdem geschehen?
 - **Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostensenkung**
 - **aufgrund -> Pflegeversicherung (Finanzierung) oder Wettbewerbs?**
8. Was sind **Einflußgrößen**, die auf einen Pflegebetrieb einwirken bzw. dessen Handeln prägen (Pflegesätze, Organisationsform,...)
9. Wie schätzen Sie ihre **Mitbewerber/Konkurrenten** ein? Wo liegen deren **Stärken und Schwächen**? Wie haben sich diese verändert/angepaßt?
10. Wodurch **unterscheiden** sich frei-gemeinnützige bzw. Privat gewerbliche Anbieter voneinander?
 - Wo liegen deren jeweiligen Stärken und Schwächen?
 - Setzung von Schwerpunkten, andere Ansprüche, anderes Verständnis von Pflege? Personal?
11. Welche **Entwicklung** wird der **Pflegemarkt** hinsichtlich der Anbieter nehmen?
12. Habe ich etwas vergessen, was in dem jetzt besprochenem Zusammenhang noch Bedeutung ist, Ihnen am Herzen liegt?

13. Ergänzende Fragen, sofern nicht zuvor im Zusammenhang angesprochen:

- Welche **Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung bzw. Kostensenkung** sehen Sie für Ihre Einrichtung bzw. welche haben Sie ergriffen und welche Maßnahmen werden noch folgen?
- Welchen **Stellenwert nimmt die Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen** in ihrer Einrichtung ein? Wie oft erfolgen Maßnahmen und welcher Art?
- Welche **Maßnahmen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit** haben Sie ergriffen bzw. werden Sie ergreifen? Warum gerade diese Maßnahmen?