

Pflege -Thermometer

2004

*Frühjahrsbefragung zur Personalsituation,
zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der
ambulanten Pflegedienste in Deutschland*

Isfort, M., Weidner, F., Messner, T., Zinn, W.: Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln, Bermuthshain, 2003

Studentische Mitarbeiterin, KFHNW
Ursula Laag

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
<http://www.dip-home.de>

Forschungsgruppe Metrik

An der alten Schule 16
36355 Bermuthshain
<http://www.metrik.org>

Finanziert aus Spenden und Förderbeiträgen

© dip 2004 Alle Rechte bei den Herausgebern

Köln, Bermuthshain im Oktober 2004

Das Pflege-Thermometer 2004 kann kostenlos unter www.dip-home.de heruntergeladen werden

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	5
Ambulante Pflege mit breitem Leistungsspektrum!	7
Ambulante Pflege vor neuen Herausforderungen!	7
Ambulante Pflege nach dem Boom!	8
Ambulante Pflege in der Existenz bedroht!	10
2. LEISTUNGSSPEKTRUM UND –ENTWICKLUNG DER AMBULANTEN PFLEGEDIENSTE	11
2.1 Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland	11
2.2 Erwartete Entwicklung der Leistungsangebote	13
2.3 Zusammenfassung	15
3. RAHMENBEDINGUNGEN	16
3.1 Finanzierungsgrundlage	16
3.2 Einschätzung bezüglich der Existenzsicherheit	17
3.3 Verordnungs- und Genehmigungspraxis	17
3.3.1 Ärztliche Verordnungen	17
3.3.2 Genehmigung der Verordnungen durch Krankenkassen	19
3.4 Patientenüberleitung aus den Krankenhäusern	21
3.5 Bewertung	22
3.6 Zusammenfassung	23
4. PERSONALSITUATION IN DER AMBULANTEN PFLEGE.....	24
4.1 Kennzahlen des Arbeitsmarktes	24
4.2 Personalbestand	26
4.3 Belastungsindikatoren	28
4.3.1 Überstunden des Pflegepersonals	28
4.3.2 Krankheitsausfälle des Pflegepersonals	29
4.4 Bewerbungssituation	30
4.4.1 Anzahl der Bewerber	30
4.4.2 Bisheriges Praxisfeld der Bewerber	31
4.4.3 Qualifikation der Bewerber	31
4.5 Personalgewinnung	32
4.6 Erwartete Entwicklung im Personalbereich	34
4.7 Bewertung	35
4.8 Zusammenfassung	36

5. HANDLUNGSKONSEQUENZEN.....	37
6. DATENQUALITÄT DER STUDIE	39
6.1 Repräsentativität der Studie	39
6.1.1 Verteilung nach Pflegestufen.....	39
6.1.2 Verteilung nach Bundesländern.....	39
6.1.3 Verteilung der Studienteilnehmer nach Trägern.....	40
6.2 Verteilung der Studienteilnehmer nach Antwortenden	41
6.3 Anzahl der betreuten Patienten in den befragten Pflegediensten	42
7. TABELLEN UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	43
8. LITERATUR- UND INTERNETVERZEICHNIS.....	44

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2002 wurde erstmalig durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln eine Studie über die Pflegepersonalsituation in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Altenheime und ambulante Pflegedienste) durchgeführt. Dabei ging es um die Gewinnung fundierter Erkenntnisse bezüglich der pflegerischen Versorgung von Patienten, Pflegebedürftigen und Bewohnern in Deutschland. Im Jahr 2003 erfolgte eine repräsentative Befragung von Einrichtungen in der stationären Altenhilfe.¹

Mit der hier vorgestellten Studie „Pflege-Thermometer 2004“, werden nun erstmalig umfassende, repräsentative Daten und Einschätzungen der ambulanten Pflegedienste in Deutschland vorgelegt. Der Sektor der ambulanten pflegerischen Versorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Bereits heute werden von den über 2 Mio. Menschen, die als pflegebedürftig nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes eingestuft sind, 1,4 Mio. zuhause betreut. Die größten Pflegedienste der Nation sind zweifelsohne die Familien, die Angehörigen, die Nachbarn und Freunde von pflegebedürftigen Menschen. Gut die Hälfte der Pflegebedürftigen (nach SGB XI), also rund 1 Million Menschen, werden zuhause von den Angehörigen versorgt. Die andere Hälfte allerdings ist auf professionelle Hilfe angewiesen. Davon wiederum werden 435.000 Pflegebedürftige von ambulant Pflegenden in der häuslichen Umgebung versorgt.² Nach Angaben der Berichte über die Entwicklung der Pflegeversicherung³ hat sich die Anzahl der ambulanten Dienste im Zeitraum von 1992 bis 1997 beinahe verdreifacht. Diesem Boom folgten jedoch weitere Jahre der Konsolidierung und nicht zuletzt durch veränderte Rahmenbedingungen verringerte sich die Zahl in den folgenden Jahren wieder. Waren es 1997 noch 11.700 Pflegedienste, so sank die Zahl bis 2001 auf 10.600. Diese beschäftigen nun schon fast 190.000 Mitarbeiter⁴ mit leicht steigender Tendenz allerdings mit höchst unterschiedlichen Qualifikationsprofilen und Beschäftigungszeiten.

Zukünftig muss von einer weiteren Zunahme der Versorgung von Menschen in der häuslichen Umgebung wie auch in den Altenheimen ausgegangen werden.⁵ Dies ergibt sich einerseits aus der demografischen Entwicklung, der Zunahme an Multimorbidität und Chronifizierung von Krankheiten sowie aufgrund der Steigerung gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Darüber hinaus wirken sich voraussichtlich auch die starken Strukturveränderungen im Krankenhaussektor auf den ambulanten Pflegebereich aus. Insbesondere die deutliche Absenkung der Aufenthaltsdauer von Patienten in Krankenhäusern wird nach Einschätzung von Experten den Bereich der ambulanten Pflege zukünftig vor neue Herausforderungen stellen. Einerseits werden Veränderungen im Leistungsspektrum erwartet (Zunahme an medizinischen Behandlungen und Nachsorge), andererseits wird mit einer steigenden Zahl an Patienten insgesamt gerechnet, da die Menschen zukünftig nach einer Krankenhausentlassung eher einer Nachsorge bedürfen als in früheren Zeiten.

¹ Die bisherigen Studienergebnisse liegen auf der Homepage des dip zum kostenlosen Download bereit (<http://www.dip-home.de>).

² Die meisten (40 %) der ambulant versorgten Pflegebedürftigen lebten in einem Ein-Personenhaushalt. Etwas mehr als ein Drittel lebte zu zweit (36 %). In Drei- und Mehr-Personenhaushalten lebten 23 %. (vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung –Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003, Bonn, 2004)

³ Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung; 1997; Bundestagsdrucksache 13/9528, Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2001; Bundestagsdrucksache 14/5590

⁴ Der einfachen Lesbarkeit halber wird in diesem Bericht nur die männliche Wortform genutzt.

⁵ Die Zahl der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen ist zwischen 1999 und 2001 um 4,7% (+ 19.000) und der in Heimen Versorgten um 5,4% (+ 31.000) gestiegen, während die Pflege durch Angehörige bzw. die "reinen" Pflegegeldempfänger um 2,6% (- 27.000) abnahm. Somit sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von 71,6% auf 70,4%. (<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2380095.htm>, 16.06.2003)

Die Versorgung Pflegebedürftiger Menschen in Deutschland

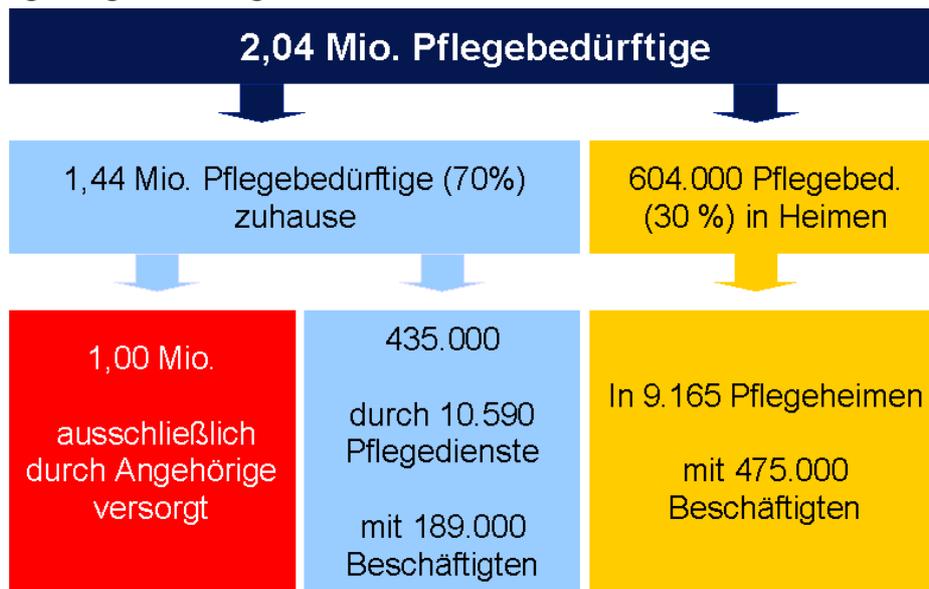


Abbildung 1: Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland ⁶

Im Zeitraum von Mai bis Ende Juni 2004 wurden insgesamt 4.893 ambulante Pflegedienste in Deutschland angeschrieben. Ihnen wurde ein weitgehend standardisierter Fragebogen mit insgesamt 21 Fragekomplexen (und über 60 Einzelfragen) zugesandt. Der Fragebogen wurde zuvor vom dip entwickelt, einem Pretest unterzogen und einschlägigen Experten zur Sichtung, Stellungnahme und Ergänzung vorgelegt. Ausgehend von den Daten der Pflegestatistik 2001⁷, die insgesamt 10.590 gemeldete ambulante Pflegedienste verzeichnet, entspricht dies einer Befragungsquote von 46% aller Pflegedienste.⁸ Entsprechend der Verteilungen der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern wurde eine geschichtete Stichprobenauswahl vorgenommen.⁹ Insgesamt konnten 632 Fragebögen ausgewertet werden, was einer Rücklaufquote von 13% entspricht. Befragt wurden die leitenden Pflegekräfte und/ oder die Geschäftsführungsebene (90% der Antwortenden). Somit entsprechen die Ergebnisse dieser Studie den Auskünften, Einschätzungen und Stellungnahmen von Verantwortlichen im Bereich der ambulanten Pflegedienste.

Die Studie kann in mehrfacher Hinsicht als repräsentativ bezeichnet werden, da sowohl die Verteilung der ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern, der betreuten Patienten nach Pflegestufen als auch die Verteilung nach Trägern der Einrichtungen eine große Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit aller deutschen ambulanten Pflegedienste aufweist.¹⁰

⁶ Die Zahlen sind der Pflegestatistik 2001 entnommen.

⁷ 3. Bericht Pflegestatistik 2001- Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2003

⁸ es liegt kein aktuelleres Datenmaterial mit der genauen derzeitigen Anzahl ambulanter Pflegedienste vor. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Bereich dynamisch ist, da sich viele Kleinstunternehmen darunter befinden, so dass die Zahl schwankend sein wird.

⁹ Das heißt, dass anteilmäßig in größeren Bundesländern mehr Pflegedienste angeschrieben wurden als in den kleineren Bundesländern. Nach einer proportionalen Berechnung erfolgte eine Zufallsauswahl der Adressen.

¹⁰ Siehe Kapitel Datenqualität

Ziel der Studie ist es, Erkenntnisse über die Ausprägung der Veränderungen und ihre Auswirkungen im Gesundheitswesen zu gewinnen, die auch im ambulanten Versorgungsbereich sichtbar werden. Mit den gesammelten Erkenntnissen soll ein Überblick über die bestehende Situation gegeben werden. Darüber hinaus sollen auch zukünftig als notwendig eingeschätzte Entwicklungen abgebildet werden.

Dennoch oder gerade wegen der zunehmenden Bedeutung und Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen werden in dieser Studie auch zentrale Brennpunkte und Problemfelder sichtbar. Obwohl die ambulante Pflege heute bereits ein breites Leistungsspektrum aufweise und zugleich vor neuen, großen Herausforderungen steht, hat sie ihren rasanten Wachstumsboom bereits hinter sich gelassen. Vielmehr scheint es sich jetzt mehr und mehr um einen harten Wettbewerb der verschiedenen Anbieter zu handeln unter zunehmend einschnürenden Rahmenbedingungen, die wiederum regional unterschiedlich ausgeprägt sein können. Dies führt bereits heute dazu, dass sich die große Mehrheit der Leistungsanbieter mit dem Rücken an der Wand stehen und sich in der unternehmerischen Existenz sogar bedroht sehen. Im Folgenden sollen diese Erkenntnisse zunächst zusammengefasst dargestellt werden. Dem schließt sich der Darlegungsteil an, in dem die Ergebnisse ausführlicher aufgezeigt und anhand von Grafiken und Tabellen erläutert werden.

Ambulante Pflege mit breitem Leistungsspektrum!

Zunächst belegt das Pflege-Thermometer 2004 eindrucksvoll das große und vielfältige Leistungsspektrum der ambulanten Dienstleister. Den größten Teil stellen hier die Pflegeleistungen nach SGB V und SGB XI dar. Das sind vor allem Hilfestellungen im Bereich der täglichen Verrichtungen (hauswirtschaftliche Unterstützung, Hilfestellung bei der Körperpflege, der Mobilität, der Ausscheidung etc.) sowie Pflegeleistungen, die sich aus der Nachsorge und Versorgung akuter Erkrankungen ergeben. Ferner erbringen die ambulanten Pflegedienste Leistungen zur Haushaltsführung, spezifische Betreuungsleistungen, Kurse für pflegende Angehörige sowie Hilfe zur Pflege nach BSHG und anderes mehr. Eine Vielzahl der befragten ambulanten Dienste weist zudem darauf hin, dass Leistungen erbracht werden, die überhaupt nicht verrechnet werden können, also unentgeltlich erbracht werden. Fazit: Die ambulanten Pflegedienste erbringen zentrale Leistungen bei der Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen und der Versorgung von Akutkranken in ihrer häuslichen Umgebung. Sie tragen somit in erheblichem Maße zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Bevölkerung bei.

Ambulante Pflege vor neuen Herausforderungen!

Langzeitpatienten müssen immer häufiger besucht und gepflegt werden. Die Betreuungshäufigkeit nimmt nach Auffassung von mehr als zwei Drittel der ambulanten Pflegedienste zu. Zudem beschreiben die Leistungserbringer auch eine Verschiebung hin zu einer immer häufiger notwendigen Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Bereits die Hälfte aller Befragten sieht trotzdem in einer unzureichenden nächtlichen Versorgung für viele Patienten ein entstehendes Problemfeld (49%). Deutlich mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer weisen darauf hin, dass die Pflege zu Hause durch Angehörige allein immer häufiger nicht mehr sichergestellt ist. Hier kündigt sich eine der wesentlichen neuen Herausforderungen an, nämlich die familiäre Hilfe und Pflege professionell maßgeblich zu unterstützen und die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen auf fundierte und finanziell gesicherte Grundlagen zu stellen.

Im vergangenen Jahr konnte mit dem Pflege-Thermometer für die stationäre Altenhilfe aufgezeigt werden, dass der Anteil demenziell erkrankter Bewohner deutlich zugenommen hat. Für die ambu-

lante Pflege zeigt sich jetzt eine vergleichbar dramatische Zunahme an gerontopsychiatrisch veränderten Patienten. Mehr als 90% der Dienste geben an, dass sie eine Zunahme dieser besonders hilfe- und schutzbedürftigen Patienten beobachten. Dies ist insofern eine große Herausforderung als sich aufgrund der besonderen Bedürfnislage der Betroffenen und ihrer Familien völlig andere Hilfeleistungen ergeben (werden), die bislang nur unzureichend berücksichtigt und finanziert werden.¹¹ Eine diesbezügliche Bedarfsfeststellung und Ausweitung des Leistungsspektrums bzw. eine Anpassung der finanzierten Leistungen sind bisher jedoch nur unzureichend angegangen worden.

Eine weitere Herausforderung der häuslichen Pflege stellt die Abwendung von Gefahr für Leib und Leben von Patienten mit besonderen Risiken durch präventives Arbeiten dar. So fordert beispielsweise § 5 SGB XI ein, mittels präventiver Strategien den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Gerade dieser Bereich stellt sich in der Praxis jedoch als stark verbesserungsbedürftig heraus. So gibt immerhin ein Drittel der Studienteilnehmer an, dass ihre Patienten hinsichtlich prophylaktischer Maßnahmen nicht ausreichend versorgt seien. Nahezu alle ambulanten Pflegedienste (91%) sehen hier einen dringenden Veränderungsbedarf im Sinne der verbesserten Möglichkeit, notwendige Leistungen für die Patienten erbringen zu können und auch finanziert zu bekommen.¹²

Ambulante Pflege nach dem Boom!

Wie oben bereits ausgeführt, ist die Zahl der ambulanten Dienste seit einiger Zeit wieder zurückgegangen. Seit Jahren nehmen zugleich die offenen Stellen im Bereich der Krankenpflege und der Altenpflege ab, hingegen steigen die Zahlen der arbeitslos gemeldeten Kranken- und Altenpfleger an. Die Arbeitslosenquote in der Krankenpflege beträgt aber gerade einmal 2% was allgemein als Vollbeschäftigung ausgelegt wird. In der Altenpflege sieht es anders aus: Die Arbeitslosenquote beträgt hier inzwischen 11,8%, allerdings sind die Vermittlungsmöglichkeiten der arbeitslos gemeldeten Fachkräfte hier aufgrund verschiedener Probleme relativ gering.¹³ Der ambulante Pflegemarkt ist kein boomender Markt mehr, sondern ein Markt, der sich kontinuierlich verändert und dabei beständig aber langsamer als bisher wächst.

So scheint sich die Personalsituation in den ambulanten Pflegediensten im Vergleich zu den letzten Jahren etwas zu beruhigen. 45% der Befragten geben an, dass sich die Zahl der Bewerber um einen Arbeitsplatz im Vergleich zum Vorjahr deutlich erhöht hat. Vermutlich profitiert der ambulante Bereich von dem seit Jahren zu beobachtenden Abbau von Pflegestellen im Krankenhaussektor.¹⁴ 57% geben an, dass sich die Zahl von Bewerbern, die vorher im Krankenhaus gearbeitet haben, im Vergleich zum Vorjahr erhöht hat. Hier zeigt sich eine „Wanderbewegung“ vom Krankenhaus hin zur ambulanten Pflege, die sich auch im Pflege-Thermometer 2002 bereits andeutete.¹⁵¹⁶

¹¹ „Eine Besonderheit des Hilfebedarfs demenzerkrankter älterer Menschen liegt darin, dass der Schlüssel für eine Bewältigung der kognitiven Einschränkungen in der Präsenz von Hilfspersonen liegt, die einen emotionalen Zugang zu dem Erkrankten haben. Lösungsansätze, die ausschließlich im Angebot von technischen Hilfen bestehen, um verloren gegangene Funktionen zu kompensieren, scheinen von vornherein ungeeignet.“ Vgl. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin, 2002

¹² vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz PKG) des Freistaats Bayern. Bundesrat. Drucksache 424/03 „Die klare Regelung zu den Kompressionsstrümpfen begrüßen wir ausdrücklich. Der Gesetzgeber muss aber noch nachbessern. Denn mit dem GMG sollten *alle* Zweifelsfragen zugunsten der Betroffenen geklärt werden, die durch die Rechtsprechung verursacht worden sind. Das war das erklärte Ziel von SPD, Grünen und CDU/CSU. In der Praxis werden aber weiterhin Leistungen der Pflegeversicherung zugeordnet. Hier brauchen wir jetzt eine endgültige Klarstellung, die die Versicherten finanziell entlastet und den ambulanten Pflegediensten Rechtssicherheit verschafft“, so Bernd Tews, Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), der bundesweit über 4.000 private ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen vertritt, bei der Anhörung im Bundestag. vgl. bpa Pressemitteilung vom 03.03.2004

¹³ vgl. Pflege-Thermometer 2003

¹⁴ Die DKG geht in Veröffentlichungen von einer Reduzierung der Personalstellen im Bereich der Krankenpflege im Zeitraum von 1995 bis 2001 um 19.297 Stellen aus. Vgl. Schriftenreihe Krankenhausbarometer DKG

¹⁵ Da in der häuslichen Pflege wie auch im Altenheim, nur annähernd jede zweite in der Pflege beschäftigte Kraft dreijährig qualifiziert ist, im Krankenhausbereich aber fast alle beschäftigten Pflegekräfte vollqualifiziert sind, geht mit dieser Wanderbewegung zugleich eine

D.h., die Nachfrage nach qualifizierten Personal – insbesondere nach Krankenpflegepersonal - in der ambulanten Pflege wird momentan u.a. vom Stellenabbau im Krankenhaussektor gespeist. Zukünftig ist zu erwarten, dass die Pflegeausbildungen wieder eine größere Rolle für die Akquisition von Fachpersonal im häuslichen Bereich spielen werden. Hier sind die Entwicklungen jedoch aufgrund der sich verändernden Rahmenbedingungen im Krankenhaus (DRG-bezogene Finanzierung etc.) und der Altenpflegefachseminare (veränderte Finanzierungsmodalitäten etc.) rückläufig.

Es zeigen sich bezüglich der Personalakquisition jedoch erhebliche regionale Unterschiede, die sich zusammenfassend als ein Ost-West-Gefälle beschreiben lassen. Vor allem in den ostdeutschen Bundesländern scheint die Gewinnung gut ausgebildeten und qualifizierten Personals für die häusliche Pflege mit einem größeren Aufwand verbunden bzw. immer öfter erfolglos zu sein. Bundesweit jedoch steigt die Zahl der qualifizierten Bewerber um einen Arbeitsplatz in der ambulanten Pflege und im Vergleich zu unserer Befragung vor zwei Jahren sinkt der Aufwand, geeignetes Personal zu finden¹⁷.

Das Pflegepersonal in den ambulanten Diensten muss heute schon in hohem Maße zur Flexibilität bereit sein. Nicht immer ergibt sich aus einem mitunter sehr kurzfristig entstehenden umfangreicheren Betreuungs- und Arbeitsaufwand aufgrund höherer Patientenzahlen auch eine Ausweitung des beschäftigten Personals. Es handelt sich bei den ambulanten Pflegediensten im überwiegenden Maße um kleinere Unternehmen. So leisteten die dort Beschäftigten dieser Studie zufolge in 2003 hochgerechnet insgesamt über 8 Mio. Überstunden, was umgerechnet ca. 4.500 Vollzeitstellen entspricht, die als zusätzliche Arbeitsbelastung von den Tätigen aufgefangen wurden. Die Häufigkeit und Dauer von krankheitsbedingten Ausfällen des Personals sind im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert geblieben. Die Frage der Rekrutierung nach nicht-qualifiziertem Personal scheint für die meisten Pflegedienste nicht so problematisch zu sein. Die illegale Beschäftigung hingegen, die im Bereich der häuslichen Versorgung deutlich wächst, stellt die ambulanten Dienstleister vor zunehmenden Problemen.

Die ambulanten Pflegedienste erwarten angesichts der Zunahme an Versorgungsleistungen bei gleichzeitig höheren Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, dass sie zukünftig vermehrt qualifiziert ausgebildetes Personal benötigen. Das setzt gleichermaßen die Finanzierungs- wie die Ausbildungssysteme unter einen steigenden Druck. Es müssen kurzfristig Antworten gefunden werden, auf die Fragen, wie der Umbau der pflegerischen Versorgungsformen von stationäre in häusliche Bereiche systematisch flankiert werden kann und nicht dem Zufall überlassen bleibt.

Veränderung der Pflegefachkraftquote über alle Institutionen des Gesundheitswesens einher. Oder anders formuliert: Für eine qualifizierte Pflegekraftstelle, die nicht mehr im Krankenhaus eingerichtet werden kann, müssten zum Ausgleich in den ambulanten Bereichen und der stationären Altenhilfe grundsätzlich zwei Arbeitsplätze entstehen.

¹⁶ Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1 000 (Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe), Copyright © 25.10.2004

¹⁷ vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) (Hrsg.): Pflege-Thermometer 2002, Köln, Juli, 2002. (Allerdings waren die Angaben bezüglich der ambulanten Pflege nicht repräsentativ)

Ambulante Pflege in der Existenz bedroht!

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Aussagen überrascht dann doch die folgende Feststellung und gibt zu denken: Sage und schreibe 86% der Pflegedienste sehen sich in absehbarer Zeit in ihrer unternehmerischen Existenz gefährdet. Die Studie macht aber die ursächlichen Faktoren dieser Existenzgefährdung sichtbar. Vor allem die unzureichende Finanzierung der gesetzlich beschriebenen Leistungen, die Einschränkung auf bestimmte Versorgungsaufgaben, die zunehmende Bürokratisierung und die komplizierte Verwaltungspraxis sind hier als Hauptgründe auszumachen. Diese insgesamt einschnürenden und belastenden Rahmenbedingungen müssen vor dem Hintergrund von zunehmend komplexen Pflegesituationen und steigenden Zahlen von gerontopsychiatrisch erkrankten Pflegebedürftigen gesehen werden.

Der überwiegende Anteil des Umsatzes der ambulanten Anbieter wird mit Leistungen aus der Pflegeversicherung (56%) und der Krankenversicherung (34%) erzielt. Die Beträge für die Erbringung von pflegestufenbezogenen Leistungen sind allerdings seit dem Bestehen der Pflegeversicherung unverändert geblieben, die Kosten der Erbringung jedoch inzwischen deutlich gestiegen. Die Möglichkeiten zusätzlicher Erlösquellen sind dagegen sehr begrenzt. Nur rund 10% macht der Anteil der privat erwirtschafteten Erlöse aus. Durch private Zuzahlungen seitens der Patienten ergeben sich somit kaum Möglichkeiten, finanzielle Ausfälle zu kompensieren. Im Gegenteil: Die Bereitschaft der Bevölkerung, zusätzlich privat finanzierte professionelle Leistungen in Anspruch zu nehmen, sinkt in der Wahrnehmung der ambulanten Pflegedienstler (57%). So können beispielsweise 68% der ambulanten Dienste inzwischen die gesetzlich verankerten Beratungsbesuche nach § 37 SGB V nicht mehr kostendeckend durchführen.

Nahezu alle Pflegedienste (99%) leiden unter dem seit Jahren zunehmenden administrativen Aufwand. Immer mehr Dokumente, Verwaltungs- und Abrechnungsformalitäten müssen bearbeitet und geführt werden. Dieser zunehmende Aufwand wiederum steht in Zusammenhang mit einer komplizierten und problembehafteten Verwaltungs- und Genehmigungspraxis. Die ambulanten Dienste haben zunehmend damit zu kämpfen, dass ärztliche Verordnungen seitens der Krankenkassen in der Dauer gekürzt (74%) oder nicht ohne weiteres anerkannt werden (64%), gleichwohl sie verordnet sind. So werden seitens der Pflegedienste vielfach Leistungen erbracht, die nicht oder nur nach erheblichem Koordinierungs- und Verhandlungsaufwand überhaupt akzeptiert und finanziert werden. Die ambulanten Pflegedienste sehen hier einen dringenden Handlungsbedarf, denn nur bei einer ausreichenden Finanzierung und einer klaren Verwaltungspraxis kann eine langfristige und angemessene Versorgung der Patienten gewährleistet werden. Momentan jedoch, so der Gesamteindruck, stehen die Leistungserbringer, was die finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und ihre Konsequenzen für die tägliche Praxis anbelangt, mit dem Rücken an der Wand.

2. Leistungsspektrum und –entwicklung der ambulanten Pflegedienste

Die folgenden Auswertungen beschreiben zunächst das derzeitige Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste. Zudem werden erwartete Entwicklungen aus Sicht der Befragten vorgestellt.

2.1 Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland

Neben dem Kernbereich (der Erbringung von Leistungen im Rahmen von ärztlichen Verordnungen und Leistungen, die im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden), zeigt sich, dass 65% der Einrichtungen (413 Nennungen) Leistungen durchführen, die zusätzlich von den Patienten bezahlt werden. Im Bereich der privat finanzierten Leistungen konnte ermittelt werden, dass überwiegend zusätzliche hauswirtschaftliche Leistungen und pflegerische Versorgungsleistungen angefragt werden, die mit der Körperpflege und der Durchführung von Lebensaktivitäten in Zusammenhang stehen. Gering angefragt werden seitens der Patienten zusätzliche Service-Dienstleistungen wie Gartenarbeiten, kleinere Reparaturarbeiten oder aber Hilfestellungen und Leistungen, die zur Durchführung von Freizeitangeboten notwendig erscheinen. Dennoch finden sich auch in diesen Bereichen Angebote durch die ambulanten Pflegedienste. Daneben umfasst das Angebot Gesprächsgruppen für Angehörige, Training im Bereich der alltäglichen Lebensaktivitäten, Kurse für pflegende Angehörige (nach § 45 SGB XI), Hilfe zur Pflege (nach BSHG) und zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 a-c SGB XI durch [Pflegeleistungsergänzungsgesetz]). Auffallend ist, dass 91% aller Einrichtungen angeben, darüber hinaus Leistungen zu erbringen, die nicht finanziert werden. Dies können bspw. Vermittlungsangebote sein, aber auch die Erbringung von prophylaktischen Maßnahmen (die Folgeschäden verhindern) können dazu gerechnet werden.

Das Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste

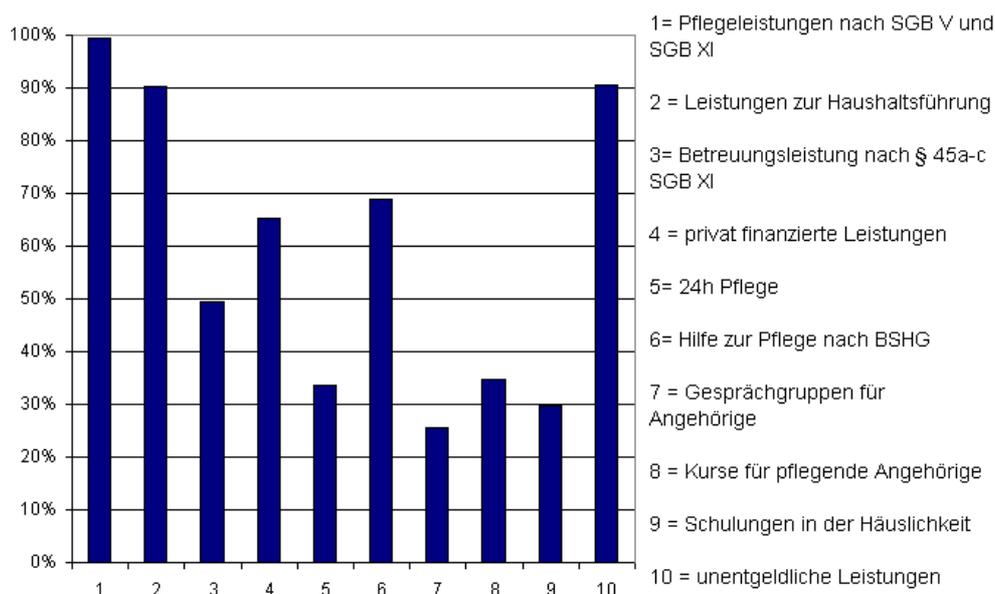


Abbildung 2 Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste

Doch trotz der mangelnden Finanzierungsmöglichkeit der Prophylaxen geben 66% der ambulanten Pflegedienste an, dass ihre Patienten diesbezüglich gut versorgt seien. Das bedeutet jedoch im Umkehrschluss, dass sich bei jedem dritten Patienten Probleme ergeben können, die teilweise mit Folgeschäden enden könnten. Im weiteren Bericht wird auf die Thematik der Prophylaxen noch gesondert eingegangen werden.

Zum Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste können auch die Beratungsbesuche gezählt werden, die gesetzlich verankert sind (§ 37 SGB XI Abs. 3). Diese Beratungsbesuche werden bei den Pflegebedürftigen durchgeführt, die keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen und sollen für Angehörige und Pflegebedürftige selbst eine beratende Unterstützung haben. Im Durchschnitt geben die ambulanten Pflegedienste an, 171 Beratungsgespräche pro Jahr durchzuführen.

Die Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI können wir kostendeckend durchführen

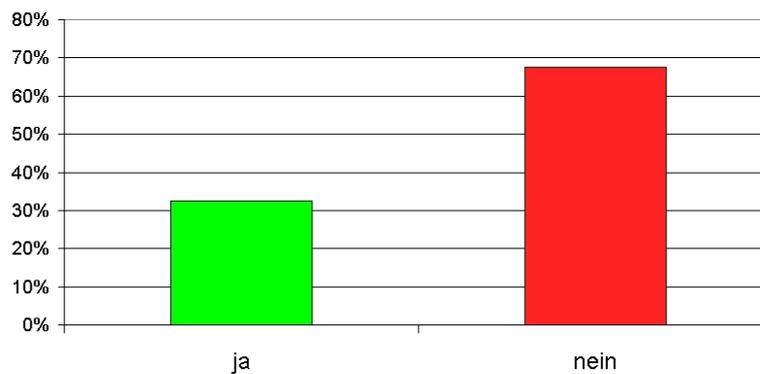


Abbildung 3: Geschätzte Kostendeckung der Beratungsbesuche

68% der befragten Pflegedienste geben an, dass sie diese (gesetzlich vorgeschriebenen und geforderten) Beratungsbesuche bei den Angehörigen und den Pflegebedürftigen selbst nicht kostendeckend durchführen können.¹⁸ Die ambulanten Dienste erfüllen hier eine notwendige Leistung (per Versorgungsauftrag festgelegt), die sie nicht hinreichend finanziert bekommen. Die Vergütungspauschalen decken Fahrtzeit und Arbeitszeit nur unzureichend ab. Inwieweit eine flächendeckende und wiederkehrende, jedoch unspezifische Beratungsleistung überhaupt sinnvoll erscheint, muss kritisch betrachtet werden.

Die ambulanten Pflegedienste könnten im Rahmen regelmäßiger Besuche einen wichtigen gesundheitsfördernden Beitrag leisten, sofern ihnen ein angemessener Rahmen dazu geschaffen würde. Zusätzlich zu den bisherigen Leistungsansprüchen könnten sie dann auch präventiv und rehabilitativ und in noch stärkerem Maße beratend und prophylaktisch (also gefahrenabwendend) arbeiten. Dazu bedarf es jedoch der Entwicklung geeigneter Konzepte, wie beispielsweise dem präventiven geriatrischen Hausbesuch. Dieser wird seitens des dip derzeit in Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse und der Robert Bosch Stiftung im Stuttgarter Raum erprobt.¹⁹ Ziel solcher Modellversuche ist es, die Effekte und Effizienz nachzuweisen und die erfolgreichen Ansätze in finanzierte Regelangebote zu überführen.

¹⁸ vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI: „Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro.“

¹⁹ Ströbel, A., Weidner, F., Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hrsg.): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2003 und Informationen zum Projekt „mobil“ auf der Homepage www.dip-home.de

2.2 Erwartete Entwicklung der Leistungsangebote

Von Experten beschrieben und in der Fachpresse diskutiert wird eine Zunahme an pflegerischen Leistungen, die sich aufgrund verkürzter Krankenhausaufenthalte ergeben. Dies steht im Zusammenhang mit den veränderten Finanzierungsleistungen für die Krankenhäuser. Erwartet wird für die Pflegedienste daher eine erhöhte medizinische Nachbetreuung (SGB V Leistungen). Angefragt wurde daher zunächst, inwieweit sich dies *bisher* tatsächlich darstellt bzw. inwieweit sich die Anbieter in der Lage sehen, diesen Bedarf auch abzudecken.

Aufgrund frühzeitiger Krankenhausentlassungen betreuen wir zunehmend Patienten mit kurzzeitiger Krankenhaushilfe

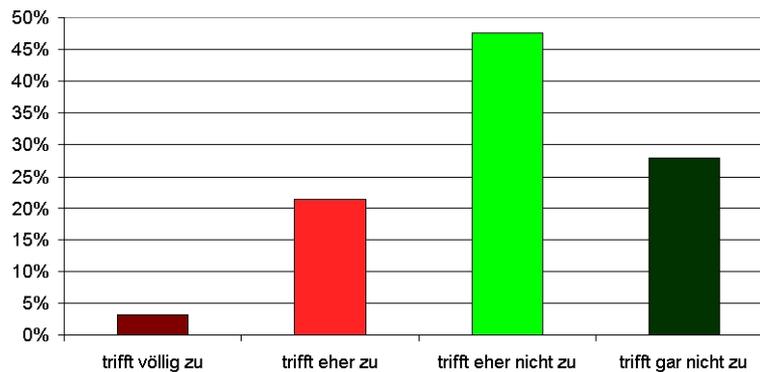


Abbildung 4: Patientenaufkommen mit kurzzeitiger Krankenhaushilfe

76% der Studienteilnehmer können diese Einschätzung bislang nicht beobachten, bzw. verzeichnen (noch) keinen Anstieg an Patienten mit kurzzeitiger Krankenhaushilfe. Ebenso fiel das Ergebnis bezüglich der Veränderung von Leistungen selbst aus. Hier ist kein bedeutender Anstieg sogenannter »behandlungspflegerischer Leistungen« zu verzeichnen, die eher medizinisch denn pflegetherapeutisch ausgerichtet sind. 68% der ambulanten Dienste verzeichnen in diesem Bereich keinen Anstieg oder eine Leistungsintensivierung. Die Hauptversorgungsaufgabe bleibt nach wie vor die Erbringung von Leistungen für Patienten (nach SGB XI), die eine kontinuierliche und zumeist eine entsprechende Langzeitbetreuung benötigen. Beobachtet wird hingegen eine andere Entwicklung im Bereich der Versorgung der Langzeitpatienten, nämlich die Leistungsintensivierung in diesem Bereich.

Die Betreuungshäufigkeit unserer Langzeitpatienten nimmt zu (von einmal auf mehrmals täglich)

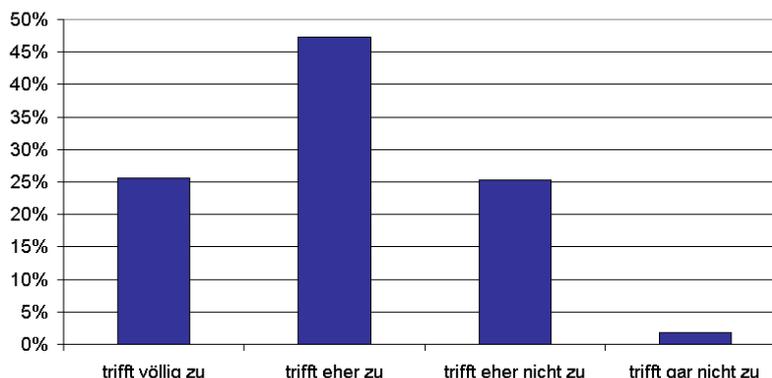


Abbildung 5: Zunahme an Betreuungshäufigkeit von Langzeitpatienten.

Zustimmend und stark zustimmend beantworteten 73% der Befragten die Aussage, dass die Betreuungshäufigkeit ihrer Patienten zunimmt. Hier zeigt sich eine Übereinstimmung mit Angaben in einschlägigen Quellen, die von einer weiteren Versorgungsintensivierung ausgehen und auf die Problematik hinweisen, dass diese Intensivierung nur in geringem Maße von Angehörigen selbst geleistet werden kann. Zukünftig erscheint daher eine professionell unterstützende Begleitung unverzichtbar zu sein.²⁰

Dementsprechend fällt auch die folgende Einschätzung in der Studie aus: 64% der Studienteilnehmer geben an, dass die Pflege zu Hause durch Angehörige allein immer häufiger nicht sichergestellt ist. Hier scheint sich die schwierige Betreuungssituation weiter zuzuspitzen.

Die ambulanten Pflegedienste bieten diesbezüglich zusätzliche Angebote an Entlastung an. Allerdings werden diese anscheinend nur in relativ geringem Umfang angenommen. So geben nur 33% der befragten ambulanten Pflegedienste an, dass diese Angebote auch tatsächlich wahrgenommen werden. Der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer scheint eher die Erfahrung zu machen, dass einerseits eine Überforderung der pflegenden Angehörigen zu sehen oder ein Versorgungsdefizit zu erkennen ist und sich so die Sicherstellung der Pflege als schwierig erweist. Auf der anderen Seite scheinen jedoch den Betroffenen entweder die Finanzmittel zu fehlen, sich zusätzliche Leistungen einkaufen zu können, oder aber die Bereitschaft, Geld für zusätzliche pflegerische Leistungen auszugeben, ist gering ausgeprägt²¹. Angenommen werden müssen auch grundsätzliche Vorbehalte bei pflegenden Angehörigen und Patienten gegenüber professionellen Dienstleistern. So erklärt sich auch der nur geringe Anteil von 10% des Umsatzes, den die Pflegedienste durch zusatzfinanzierte Leistungen erwirtschaften können (siehe weiter hinten). Das besondere Problemfeld der nächtlichen Versorgung muss eigens betrachtet werden. Denn vielfach scheint vor allem die mangelnde nächtliche Versorgung von Pflegebedürftigen eine auslösender Faktor für den Umzug aus der eigenen Wohnung in ein Heim zu sein. Diesbezüglich werden folgende Einschätzung abgegeben:

Eine fehlende pflegerische Unterstützung während der Nacht stellt für unsere Patienten zunehmend ein Problem dar

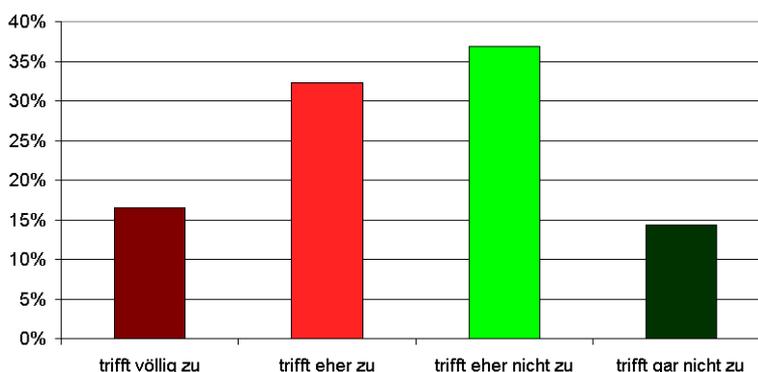


Abbildung 6: Problemeinschätzung nächtliche Versorgung

²⁰ Nicht nur eine Zunahme an Hilfebedarf ist zu verzeichnen, sondern auch eine Veränderung der Art der Betreuung, bzw. die notwendigen Zeitpunkte der Betreuung. Die meisten Pflegebedürftigen (82 %) benötigten Hilfe im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, 79 % bei der Körperpflege, 74 % bei der Mobilität und 58 % bei der Ernährung. Der Hilfebedarf nahm dabei – wie zu erwarten – mit der zugewiesenen Pflegestufe zu. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen der gleichen Pflegestufe sind hingegen relativ gering. (vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003, Bonn, 2004)

²¹ 81 % der ambulant Versorgten bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend durch ihre Rente oder Pension. 11 % erhielten ihren Unterhalt hauptsächlich durch Angehörige. Für 3 % waren die Leistungen aus der Pflegeversicherung die Hauptquelle und ebenfalls 3 % erwirtschafteten ihren Lebensunterhalt hauptsächlich durch Erwerbstätigkeit. (vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003, Bonn, 2004)

Im Pflege-Thermometer 2003 konnte für den Bereich der stationären Altenhilfe aufgezeigt werden, dass sich bereits jetzt eine dramatische Zunahme an gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern abzeichnet und dass diese bereits heute den überwiegenden Anteil der Bewohner in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe ausmachen. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Entwicklung auch den Bereich der ambulanten Pflegedienste berührt.

Der Anteil an gerontopsychiatrisch veränderten Patienten nimmt zu

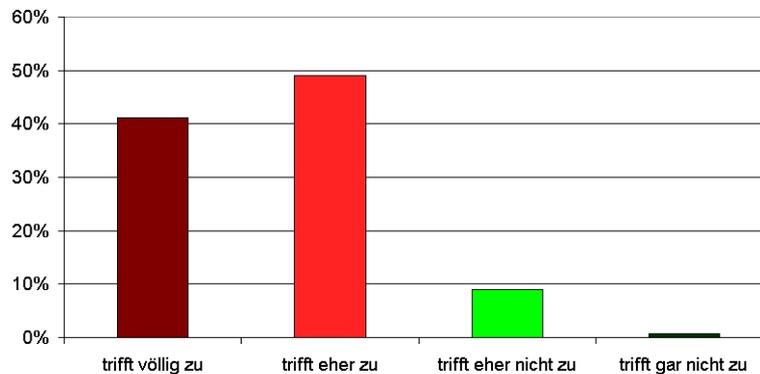


Abbildung 7: Erwartete Zunahme gerontopsychiatrisch veränderter Patienten

Es zeigt sich, dass auch im Bereich der ambulanten Pflege bereits jetzt schon und zukünftig wahrscheinlich in noch stärkerem Maße mit einem Anstieg in der Versorgung gerontopsychiatrisch veränderter Patienten zu rechnen ist. Dies ist in besonderem Maße brisant, denn wie im Sektor der stationären Altenhilfe kann auch hier davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Bedürfnisse dieser Patienten bislang nicht zufriedenstellend abgedeckt werden können. Die derzeitigen Einstufungskriterien der Pflegeversicherung berücksichtigen nur in unzureichender Art und Weise den Pflege- und Betreuungsaufwand dieser Patienten. Somit stellt sich die Frage nach einer möglichen sach- und fachgerechten Pflege auch für den ambulanten Pflegesektor.

Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass in Deutschland damit gerechnet wird, dass zunehmend Migranten der ersten Generation pflegebedürftig werden und somit auch professioneller Hilfe bedürfen. Im Bereich der stationären Altenhilfe gibt es bereits einige wenige Projekte zur kultursensiblen Einrichtung. Diesen Trend erwarten die ambulanten Pflegedienste bislang jedoch nicht, bzw. können ihn derzeit noch nicht ausmachen. 85% der befragten Einrichtungen geben an, dass sie „eher nicht“ oder „gar nicht“ eine Zunahme an Betreuungsleistungen für Patienten mit ausländischer Herkunft verzeichnen. Hier scheinen noch andere Versorgungsstrategien vorzuherrschen. Inwieweit dies auch Aspekte von mehr oder weniger gelungener Integration sind und ggf. welchen Anteil ambulante Pflegedienste an der beobachteten Enthaltung von Migrations-Familien bei der Nachfrage nach professionellen Dienstleistungen haben, lässt sich nicht hier nicht abschließend klären.

2.3 Zusammenfassung

In dieser Erhebung wird das breite Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste sehr deutlich. Es wird aber auch deutlich darauf hingewiesen, dass aus der Sicht der Befragten längst nicht mehr alles was geleistet wird, auch entsprechend vergütet wird. Dies stellt angesichts der immer noch geringen zusätzlichen Einnahmemöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste ein großes Problem dar. Denn zugleich wird eine Zunahme der Betreuungshäufigkeit der Patienten beobachtet. Ebenso ist festzustellen, dass der Anteil an gerontopsychiatrisch veränderten Patienten auch in diesem Versorgungssektor heute schon dramatisch ansteigt. Die Sicherstellung der nächtlichen Betreuung

von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld stellt für die pflegenden Angehörigen wohl zunehmend ein unüberwindbares Problem dar und beschäftigt die Dienstleistungserbringer. Der Anteil von Migrations-Familien unter den Leistungsempfängern bleibt nach der Angaben der Befragten bislang eher gering.

3. Rahmenbedingungen

Eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertig pflegerische Versorgung von Betroffenen sind die Rahmenbedingungen, unter denen die ambulanten Pflegedienste ihre Leistungen erbringen können. Dem Bedarf entsprechend muss eine stabile und dauerhafte Sicherstellung erreicht werden, damit die Patientenversorgung auch weiterhin gewährleistet werden kann. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören neben den Finanzierungsmodalitäten auch der Umgang mit den Verordnungen seitens der Kostenträger und weitere Indikatoren. Hier stellt sich ein Problemfeld aus Sicht der Anbieter dar, das in den kommenden Punkten näher beschrieben wird.

3.1 Finanzierungsgrundlage

Als Basis der Finanzierung für ambulante Pflegedienste sind vor allem Leistungen zu nennen, die entweder über die Krankenkassen finanziert werden oder aber über die Pflegeversicherung abgerechnet werden können. In jedem Falle bedürfen die zu erbringenden Leistungen ärztlicher Verordnungen oder aber eines Bescheids über die Einstufung in eine der drei Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz.

Finanzierungsgrundlage der ambulanten Pflegedienste

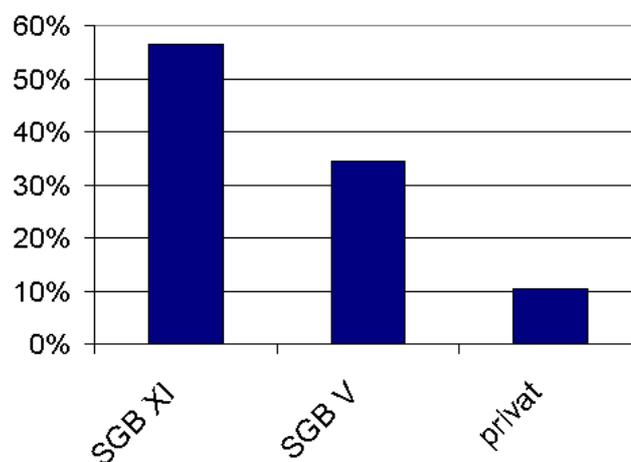


Abbildung 8: Finanzierungsgrundlage der ambulanten Pflegedienste

Es zeigt sich, dass der überwiegende Anteil im Bereich der Pflegeversicherungsleistungen erbracht werden. Das bedeutet, dass Hilfe bei der Grundpflege, bei Nahrungsherstellung und –aufnahme, Hilfen bei der Ausscheidung und Leistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung zu nennen sind. Diese machen den überwiegenden Anteil des Umsatzes der ambulanten Pflegedienste aus. Darüber hinaus werden über ein Drittel der Finanzmittel durch Leistungen erbracht, die durch Krankenkassen finanziert werden (bspw. Medikamenteneinnahme und -verabreichung, Blutzuckerkontrollen, Verbandwechsel etc.). Nur 10% der Finanzmittel werden durch Leistungen akquiriert, die von den Patienten oder Angehörigen zusätzlich finanziert werden.

3.2 Einschätzung bezüglich der Existenzsicherheit

Aufgrund der derzeitigen Finanzierungsmodalitäten ergeben sich für die Anbieter eine problematische Finanzlage, die in vielen Fällen zu einer Existenzbedrohung führt. 86 % der befragten ambulanten Pflegedienste sehen in der ausschließlichen Bearbeitung des Kernbereiches der bisherigen Aufgaben (SGB V und XI) ein auf Dauer nicht ausreichendes finanzielles Fundament für den Bestand ihrer Einrichtung. Das bedeutet, dass die ambulanten Pflegedienste in starkem Maße auf zusätzliche Leistungsangebote und frei finanzierte Leistungen angewiesen sind, um auf dem Markt bestehen zu können und den Fortbestand bzw. die Existenz zu sichern. Gleichwohl macht dies bislang nur 10% des Umsatzes der Einrichtungen aus. Legt man diese beiden Einschätzungen zugrunde, so kann daraus geschlossen werden, dass viele Einrichtungen an einem Existenzminimum angelangt sind und substantziell eine Bedrohung im Rahmen der Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung für Patienten zu befürchten ist.

Langfristig kann unsere Einrichtung von den gesetzgeberisch definierten und finanzierten Pflegeleistungen alleine nicht überleben

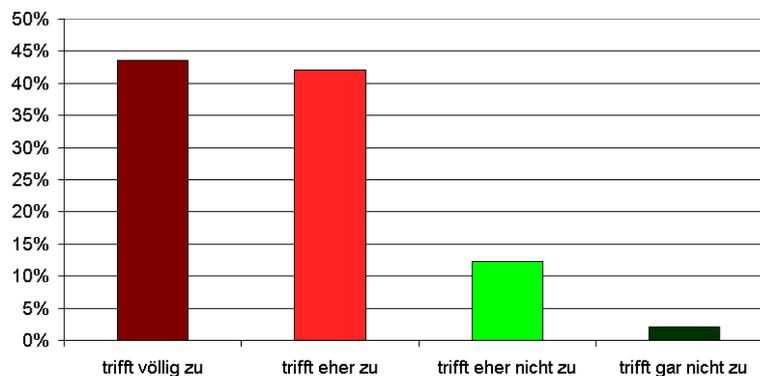


Abbildung 9: Selbsteinschätzung bezüglich der Existenzsicherheit

Erschwerend kommt hinzu, dass ein Rückgang bezüglich der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen zu verzeichnen ist. 57% der Einrichtungen beobachten diesen Trend, der für die Anbieter selbst eine weitere Zuspitzung der finanziellen Situation bedeutet. Betrachtet man demgegenüber das politische und gesetzgeberische Postulat „ambulant vor stationär“, so kann allgemein gesagt werden, dass dies ohne eine grundlegende Reform in der Finanzierung und der Sicherstellung keine Entsprechung in der Praxis findet.

3.3 Verordnungs- und Genehmigungspraxis

Einen wesentlichen Einfluss auf die finanzielle Situation der ambulanten Pflegedienste hat der Umgang mit den Verordnungen, die die Basis für abrechenbare Leistungen sind. In den folgenden Auswertungen werden die zentralen Ergebnisse zu diesem Themenkomplex dargestellt.

3.3.1 Ärztliche Verordnungen

Als Anbieter und Leistungserbringer sind die ambulanten Pflegedienste in ihrer Einschätzung und Durchführung nicht autonom, sondern abhängig von anderen Berufsgruppen. So müssen Dienstleistungen nach dem SGB V (eher medizinisch-therapeutische Bereiche) von einem Arzt verordnet werden, Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung werden aufgrund der festgestellten und finanzierten Zeitkorridore für einzelne Pflegehandlungen abgerechnet. Sie bedürfen einer gu-

tachterlichen Absicherung seitens der medizinischen Dienste der Krankenkassen. Somit stellt sich für die ambulanten Pflegedienste das Problem, in einem komplexen Netzwerk und Ordnungsgefüge zu bestehen.

Bei neuen Patienten werden Leistungen erbracht, die nicht finanziert werden, da die ärztlichen Verordnungen zu spät ausgestellt werden

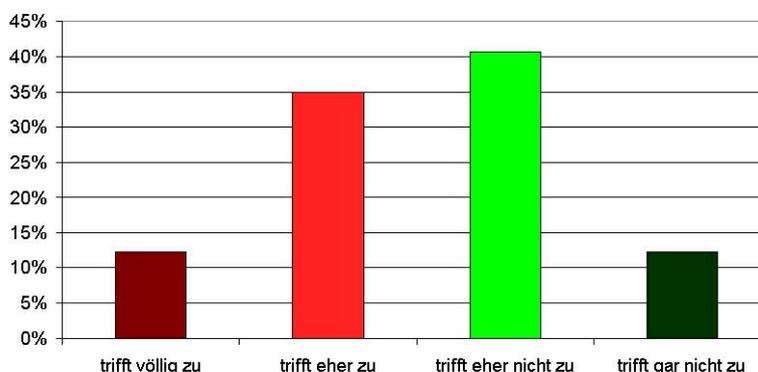


Abbildung 10: Übernahme nicht finanzierter Leistungen

47% der Befragten geben an, dass sie oftmals Leistungen erbringen, für die sie keine Gegenfinanzierung bekommen, weil die ärztlichen Verordnungen nicht rechtzeitig ausgestellt werden können. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. In der Praxis werden Patienten oftmals aus dem Krankenhaus entlassen und sofort muss die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden. Die notwendigen ärztlichen Verordnungen folgen oftmals erst später und eine Rückdatierung wird von den Krankenkassen nur in engem Rahmen zugelassen. Ebenso kann es durch Urlaub der Ärzte usw. zu Verzögerungen in der Verordnung kommen. Für die ambulanten Pflegedienste besteht die Problematik, dass sie einerseits aus ihrem Versorgungsauftrag heraus Patienten nicht unversorgt lassen wollen und können, andererseits hier in Vorleistung treten, die rückwirkend nicht immer abgedeckt ist.

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich durch die Budgets der Hausärzte. Diese müssen im Rahmen ihrer Verordnungen darauf achten, dass sie nicht in erheblichem Maße über ihren Budgets liegen, was sich offensichtlich in einer zunehmend restriktiven Verordnungspraxis bemerkbar macht. 55% der Befragten sehen hier einen Trend der Verkürzung von notwendigen Verordnungen, der nicht nur für die Ärzte, sondern vor allem auch für die ambulanten Pflegedienste mit einem erheblichen administrativen Mehraufwand verbunden ist, da sie es sind, die diese Verordnungen dann organisieren müssen.

Ärzte stellen heute im Allgemeinen Verordnungen über eine kürzere Dauer der pflegerischen Behandlung aus als das früher der Fall war

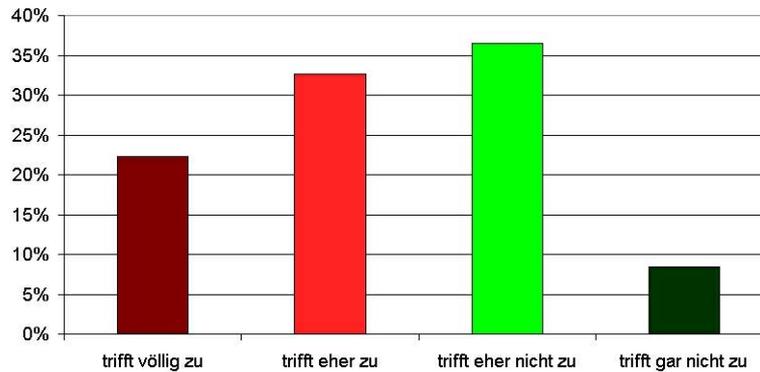


Abbildung 11: Verkürzung der Verordnungsdauer

Positiv bewerten die ambulanten Pflegedienste vor allem die fachliche Zusammenarbeit mit den Hausärzten. 73% der Studienteilnehmer geben an, dass die aus ihrer Sicht notwendigen medizinischen Verbrauchsgüter (bspw. Spezielle Wundauflagen etc.) in aller Regel von den Hausärzten verordnet werden. Insgesamt kann hier also von einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit für den Patienten ausgegangen werden.

3.3.2 Genehmigung der Verordnungen durch Krankenkassen

Problematischer betrachten die ambulanten Pflegedienste in Deutschland die Genehmigungspraxis der Verordnungen durch die Krankenkassen. Hier zeigen sich Problembereiche, die mit einer erheblichen Mehrbelastung im administrativen und abrechnungstechnischen Aufwand einhergehen.

Die ärztlichen Verordnungen werden von den Krankenkassen im Allgemeinen ohne Weiteres genehmigt

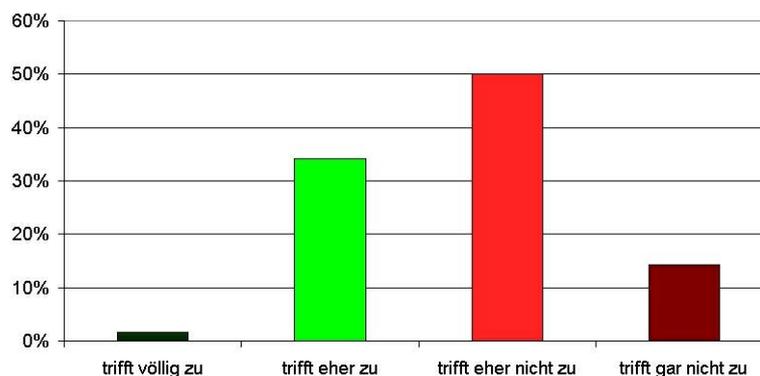


Abbildung 12: Genehmigungspraxis durch die Krankenkassen

Hier zeigt sich eines der Kernprobleme für die ambulanten Pflegedienste. Einerseits sind sie für die Leistungserbringung auf ärztliche Verordnungen angewiesen, um überhaupt tätig zu werden. Andererseits ist selbst dann eine Leistungsfinanzierung nicht automatisch zugesichert, da seitens der Krankenkassen Verordnungen nicht automatisch anerkannt werden. 64% der befragten ambulanten Pflegedienste machen diesbezüglich schlechte Erfahrungen. Die Krankenkassen erfüllen eine Kontrollfunktion. Sie müssen entscheiden, ob die verordneten Leistungen einer medizinischen Notwendigkeit entsprechen und ob die Leistungen überhaupt verordnungsfähig sind. Es kann da-

von ausgegangen werden, dass nicht alle Anbieter und Hausärzte im Detail über die verordnungsfähigen Leistungen informiert sind. Das finanzielle Risiko jedoch tragen die ambulanten Dienste.

Ein weiteres Hemmnis für die ambulanten Dienste zeigt sich auch bezüglich der Anerkennung der Verordnungsdauer. Ist bei den Ärzten hinsichtlich der Verordnungspraxis schon eine Zurückhaltung und eine Verkürzung der Verordnungsdauer zu verzeichnen, so wird diese zusätzlich von den Krankenkassen in Frage gestellt. 74% der Studienteilnehmer beobachten auch hierbei eine zunehmend restriktive Politik der Krankenkassen. Die von den Ärzten verordneten Maßnahmen werden in der Dauer gekürzt, was neben einer erneuten Beantragung und damit zusätzlichem Aufwand für die Pflegedienste auch bedeutet, dass eine Finanzplanung in erheblichem Maße gestört wird.

Die Dauer der ärztlichen Verordnung wird häufig durch die Krankenkasse verkürzt

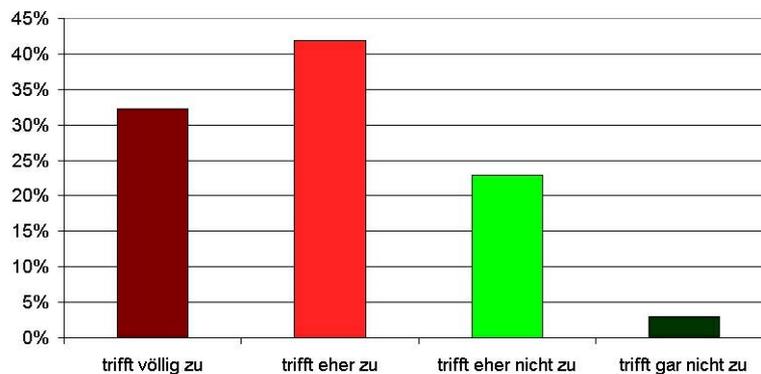


Abbildung 13: Kürzung der Verordnungsdauer durch die Krankenkassen

Aus den beschriebenen Problematiken ergibt sich nicht nur eine finanzielle Schwierigkeit, sondern auch eine Erhöhung des verwaltungstechnischen Aufwandes für die ambulanten Pflegedienste.

Der Zeitaufwand für Verwaltung, Abrechnung, Qualitätssicherung hat zugenommen

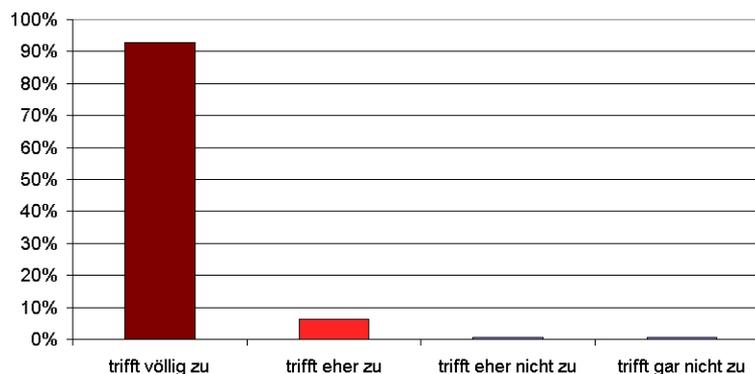


Abbildung 14: Zunahme an Verwaltungsaufwand

Fast alle Befragten stellen eine Zunahme des Zeitaufwandes für verwaltungsbezogene Aufgaben fest. Insgesamt erhoffen sich 59% der befragten ambulanten Pflegedienste eine Verbesserung der Dokumentationsmöglichkeiten, wenn sie elektronisch erfolgen könnte.

Als weiteres Problemfeld stellt sich für die ambulanten Pflegedienste dar, dass sie vielfach Doppelleistungen bringen, die nur einmal abgerechnet werden können, oder aber dass sie zwei unterschiedliche Leistungen aus dem gleichen „Leistungskomplex“ erbringen, der jedoch nur einmal abgerechnet werden kann.

Wichtiger Bestandteil pflegerischer Versorgung ist die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen, die eine Gefährdung und Folgeschäden von Patienten abwenden (bspw. Druckgeschwüre durch langes Liegen, Kontrakturen von Gelenken durch unzureichende Bewegung, Lungenentzündungen durch Bettlägerigkeit oder Thrombosen durch unzureichende Strömung des Blutes). Diese Bereiche sind jedoch momentan zu großen Teilen von den Finanzierungen ausgeschlossen, gleichwohl sie durchgeführt werden sollen und müssen. So erklärt sich die zentrale Forderung der ambulanten Pflegedienste, dass diese wichtigen Leistungsbereiche auch in die finanzierten Leistungen aufgenommen werden sollten.

Eine gesonderte Verordnungsfähigkeit von Prophylaxen ist notwendig

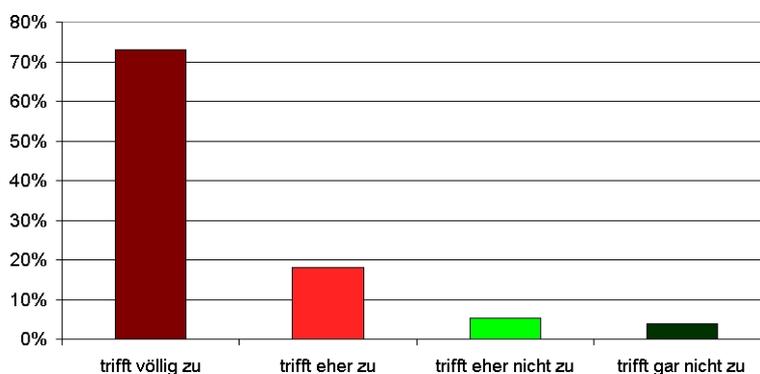


Abbildung 15: Notwendige Verordnungsfähigkeit von Prophylaxen

91% der Befragten sehen hier einen Handlungsbedarf. Dies deckt sich mit der Einschätzung in der erfragten Prioritätenliste. Hier wurde der Bereich der Verordnungsfähigkeit als einer von drei Punkten als besonders wichtig hervorgehoben (siehe dort).

3.4 Patientenüberleitung aus den Krankenhäusern

Ein weiterer Aspekt im Bereich der Kooperationen ist die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern. Im Rahmen der lückenlosen Versorgung der Patienten ist einerseits die frühzeitige Anmeldung bei ambulanten Pflegediensten wichtig, damit diese die entsprechenden Maßnahmen einleiten und Versorgungsbrüche vermieden werden können. Andererseits erscheint es notwendig, dass geordnete Verfahren und standardisierte Protokolle vorliegen, die es den ambulanten Diensten ermöglichen, eine angemessene Versorgung übernehmen zu können. Ohne gezielte Informationen ist eine lückenlose Versorgungsleistung nur schwierig zu erreichen. Im Rahmen der Entwicklung von pflegewissenschaftlichen Standards wurde hier vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Jahr 2002 ein Standard vorgelegt.²²

²² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung. Osnabrück, 2002

Von den Krankenhäusern werden strukturierte Überleitungsbögen zur Verfügung gestellt

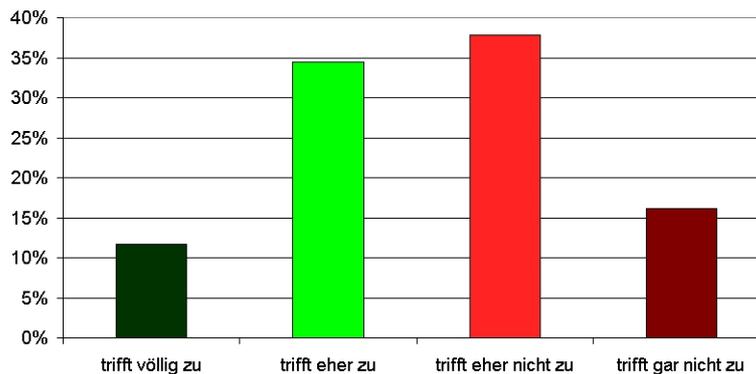


Abbildung 16: Strukturierte Überleitungsbögen durch Krankenhäuser

Trotz des seit einiger Zeit vorliegenden Expertenstandards scheint sich derzeit noch keine flächendeckende Verbreitung abzuzeichnen. Nur knapp die Hälfte (46%) der befragten ambulanten Pflegedienste bekommen seitens der Krankenhäuser meist oder immer strukturierte Überleitungsbögen, die ihnen ein zielgerichtetes und sofortiges Einleiten der benötigten Maßnahmen ermöglichen. Für nur 12% der befragten Dienste scheint hier eine lückenlose Kommunikation erreicht zu sein.

3.5 Bewertung

Träger ambulanter Pflegedienste weisen darauf hin, dass in ihrem Bereich zunehmend ein Markt an „illegaler Beschäftigung“^{23 24} zu beobachten ist. Dieser entzieht sich den üblichen Qualitätsprüfungen und gesetzlich verankerten Leistungsüberprüfungen und wird so den Ansprüchen und Möglichkeiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen weniger gerecht. Zudem erleiden professionellen Anbieter dadurch finanziellen Nachteile und dem Staat entgehen Steuereinnahmen. Hintergrund der Einnahmesituation der ambulanten Dienste stellen auch die unterschiedlichen Leistungen der Kostenträger je nach Form und Art der Unter- und Leistungsbringung.²⁵

Beschrieben und finanziert werden derzeit einzelne Tätigkeiten in unterschiedlichen Leistungskomplexen, die je nach Vertrag vergütet werden. Die Leistungen werden je nach Bundesland i.d.R. unterschiedlich vergütet. Die erbrachte Leistung selbst jedoch ist unabhängig vom Ort der Erbringung grundsätzlich vergleichbar. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass eine auf einzelnen Tätigkeitsdurchführungen basierte Finanzierung der Versorgung fragwürdig ist und einem veralteten ökonomischen Anreizsystem entspringt. So wird eine Körper-Ganzwaschung beispielsweise höher vergütet als eine Teilwaschung, gleichwohl es keinen Beweis dafür gibt, dass eine Teilwaschung weniger Zeitaufwand bedeutet als eine Ganzkörperpflege. Bestimmend dafür sind häufig weitere Faktoren, wie etwa die Fähigkeit und Bereitschaft des Patienten sich waschen zu lassen. Damit folgt die Finanzierung einerseits einem überkommenen ökonomischen Modell, denn heute werden von Gesundheitsökonomern eher Fallgruppensysteme und keine Einzelleistungsvergütungen mehr favorisiert.²⁶ Andererseits basiert das System auf unbewiesenen, bzw.

²³ Vgl. Presseerklärung des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. vom 13.08.04

²⁴ Nach Recherchen von Spiegel TV und Angaben des Deutschen Pflegeverbandes, sind ca. 30.000 illegal Beschäftigten im Bereich der häuslichen Pflege tätig. <http://www.spiegel.de/sptv/magazin/0,1518,289495,00.html>

²⁵ Für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung gilt, dass ambulante Anbieter für die Leistungen bei Pflegestufe eins bis € 384,- monatlich (das sind 38% der Leistungen für die vollstationäre Versorgung), für Pflegestufe zwei bis € 921,- (72%) verrechnen können. Erst bei Pflegestufe drei erfolgt eine Gleichstellung der Leistungsansätze für ambulante und stationäre Versorgung.

²⁶ „Die Richtungsentscheidung des Gesetzgebers für ein Fallklassifikationssystem, bei dem die Vergütung alternativer Leistungseinheiten

längst widerlegten Erkenntnissen und reduziert die pflegerische Arbeit auf die starre Verrichtung verordneter Tätigkeiten. Das entspricht jedoch weder dem flexiblen Versorgungsbedarf der Patienten, noch dem verbreiteten Berufsverständnis der in der ambulanten Pflege Arbeitenden. Das Anreizsystem führt somit zur unflexiblen Leistungserbringung und geht davon aus, dass der Patient jeden Tag die gleiche Leistung in gleichem Umfang benötigt, was der Individualität einer professionellen Versorgung der Patienten nicht entspricht.

In einer Zeitstudie im ambulanten Feld konnte aufgezeigt werden, dass die Annahme, mittels einer Tätigkeit auch differenzierte Zeitwerte bestimmen zu können, als wissenschaftlich nicht haltbar verworfen werden muss.²⁷ Die Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten, die Zielperspektiven des Handelns (Versorgungs- oder Rehabilitationsansatz), die baulichen Umgebungsbedingungen und weitere Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf den Zeitverbrauch der Handlung selbst. Die intendierten Tätigkeiten alleine erklären demnach nur unzureichend die aufgewendete Zeit und können demnach nicht schlüssig in Geldwerte umgerechnet werden. So kann beispielsweise bei Menschen mit depressiven Grunderkrankungen die Motivationsphase vor einer morgendlichen Grundpflege wesentlich länger dauern als die Grundpflege selbst. Jedoch kann nur die konkrete Verrichtung mit dem Kostenträger abgerechnet werden. Bei einem anderen Patienten stellt die Erbringung der gleichen Leistung kein Problem dar, wird aber gleich vergütet. Pflegerelevante Patientenzustände werden jedoch im Finanzierungsmodell nicht berücksichtigt.²⁸ Ein auf fragwürdigen und falschen Annahmen und Leistungsbeschreibungen beruhendes Vergütungssystem führt zu unzureichenden und falschen Vergütungen und stellt ein erhebliches Finanzrisiko für die ambulanten Pflegedienste dar. Darüber hinaus führt es zu unflexiblen und starren Hilfsangeboten, die nicht dem wechselhaften Bedarf der Patienten gerecht werden. Derzeit werden daher im Bereich der ambulanten Versorgung in Modellprojekten personenbezogene Budgets ermittelt, die es einerseits den Betroffenen selbst, andererseits auch den ambulanten Anbietern ermöglichen soll, gezielter und flexibler auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen.²⁹

3.6 Zusammenfassung

Insgesamt fallen im Bereich der Rahmenbedingungen zur Erbringung ambulanter Pflegedienstleistungen erhebliche Problembereiche auf. Die derzeitig finanzierten Leistungen reichen auf Dauer nicht aus, um die ambulanten Pflegedienste in ihrer Existenz zu sichern und somit eine flächendeckende Versorgung auch zukünftig sicherzustellen. Insbesondere die problematische Genehmigungs- und Ordnungspraxis, die sich als Kürzung und Ablehnung von ärztlichen Verordnungen zusammenfassen lässt, sind für die ambulanten Pflegedienste ein Risiko und erhöhen in erheblichem Maße den Verwaltungsaufwand. Die Erbringung bislang nicht finanzierter, aber für die Versorgung der Pflegebedürftigen notwendiger Leistungen (zum Beispiel im Rahmen von Verhinderungen zusätzlicher Erkrankungen und Störungen) sind für die Dienste ein weiterer Problembe-

ten wie Pflagetage oder Einzelleistungen die Ausnahme und nicht die Regel bildet, ist aus Sicht des Rates grundsätzlich positiv zu bewerten. Behandlungsfälle eignen sich (bis auf Ausnahmen) besser zur Identifikation bzw. Klassifikation stationärer Versorgungsleistungen als Pflagetage bzw. Einzelleistungen.“ vgl. Gutachten Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2002, S. 86:

²⁷ Bartholomeyczik, S.; Hunstein; D.; Koch, V., Zegelin-Abt, A.: Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt. Mabuse-Verlag, 2001

²⁸ In einer umfangreichen Zeitmessreihe des dip im Krankenhaussektor (mit über 41.000 gemessenen Pflage Tätigkeiten), konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass Tätigkeiten ohne eine differenzierte Zustandsbeschreibung der Patienten den Zeitaufwand nur unzureichend abbilden können. Vgl. Isfort, M., Brühl, A., Weidner, F.: Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) - Eine empirische Grundlegung, Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft 2004

²⁹ vgl. Klie, T.: Selbstbestimmte Pflegearrangements werden den häuslichen Pflegemarkt revolutionieren. Wie es Euch gefällt: Personenbezogene Pflegebudgets proben den Auftritt. In : FORUM SOZIALSTATION. Heft 126, S. 12ff

reich. Die ambulanten Dienste stehen nach eigenen Aussagen insbesondere aufgrund dieser immer deutlicher zutage tretenden Strukturdefizite mit dem Rücken an der Wand.

4. Personalsituation in der ambulanten Pflege

Im Folgenden werden zunächst Strukturdaten vorgestellt, die sich auf die Arbeitsmarktsituation und die Personalkennzahlen im Bereich der Pflege generell beziehen. Sie sind zusammenfassend aus verschiedenen anderen Quellen übernommen und an dieser Stelle systematisch zusammengeführt. Sie sind wichtige Bezugsgrößen, um die in der Studie ermittelten Daten umfassend interpretieren zu können. Eine erste Kennziffer für die Personalsituation in der Pflege ist der Stellenmarkt sowie der spezifische Anteil der Arbeitslosen im Bereich der Kranken- und Altenpflege³⁰.

4.1 Kennzahlen des Arbeitsmarktes

Arbeitslosenzahl und Anzahl offener gemeldeter Stellen in der Krankenpflege

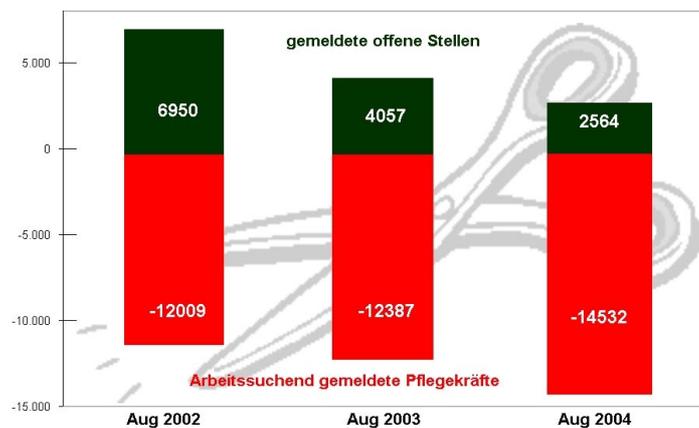


Abbildung 17: Arbeitsmarktentwicklung in der Krankenpflege 2002/2004³¹

Betrachtet man die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit, so stellt man einen Rückgang der offen gemeldeten Stellen im Bereich der Krankenpflege in Deutschland fest. Waren es im August 2002 noch 6.950 offene Stellen, so sind es im August 2004 nur noch 2.564. Demgegenüber ist ein leichter Anstieg im Bereich der Arbeitssuchenden zu verzeichnen. Beachtet werden muss bei diesen Zahlen jedoch, dass nicht alle offenen Stellen auch bei den Arbeitsämtern gemeldet werden.³² So dürfte die Zahl der offenen Stellen insgesamt etwas höher sein. Hinzu kommt, dass es sich bei arbeitslos gemeldeten Personen aus verschiedenen Gründen nicht immer um Personen handelt, die dem Arbeitsmarkt auch tatsächlich zur Verfügung stehen. Setzt man die Gesamtzahl an arbeitenden Krankenpflegenden (nach Angaben des statistischen Bundesamtes im Jahr 2002 ca. 705.000 Vollzeitkräfte³³) in Relation zu den Arbeitslosen, so ergibt sich hochgerechnet einer Arbeitslosenquote von nur ca. 2%, was nominal einer Vollbeschäftigung entspricht. Anders formuliert, stehen zurzeit auf dem Arbeitsmarkt keine nennenswerten Ressourcen für die Deckung eines absehbar ansteigenden Bedarfs an Krankenpflegekräften zur Verfügung.

³⁰ Kennzahlen für die Altenpflege können über diesen Zeitraum nicht gesondert ausgewiesen werden.

³¹ Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, Mai 2003

³² Dem Pflegethermometer 2002 nach nutzten beispielsweise im Bereich der stationären Altenhilfe nur 42,8% das Arbeitsamt, hingegen 62% Anzeigen in der lokalen Presse als Personalgewinnungsinstrument.

³³ <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php> (Stand 22.09.2004)

Ungeachtet der Einsparungen im Gesundheitswesen und der Berichte, dass es gerade für Berufseinsteiger schwieriger geworden ist, eine Stelle nach Abschluss der Ausbildung antreten zu können, ist die Stellensituation den offiziellen Zahlen nach jedenfalls als sehr gut zu bezeichnen. Anders ausgedrückt zeigt sich, dass hier keinesfalls am Bedarf des Marktes vorbei ausgebildet wird und der derzeitige Ausbildungsbestand anscheinend *gerade ausreicht*, um den Bedarf an Kräften abzudecken.

Zudem scheint sich in einer Studie über den Ausstieg von Pflegepersonal im europäischen Vergleich zu bestätigen, dass in Deutschland besonders häufig über einen Wechsel des Berufes nachgedacht wird, wobei dies noch nicht mit einem Berufsausstieg gleichzusetzen ist.³⁴ Dennoch ist davon auszugehen, dass nicht alle, die ausgebildet werden, auch im Beruf verbleiben oder ihn tatsächlich antreten. Diese Entwicklung wird zwangsläufig in den kommenden Jahren zu einer weiteren Zuspitzung auf dem Arbeitsmarkt führen, von dem der ambulante Sektor als Wachstumsmarkt betroffen sein wird.

Für den Bereich der Altenpflegenden lassen sich die folgenden aktuellen Zahlen darstellen:

Arbeitslosenzahl und Anzahl offener gemeldeter Stellen in der Altenpflege

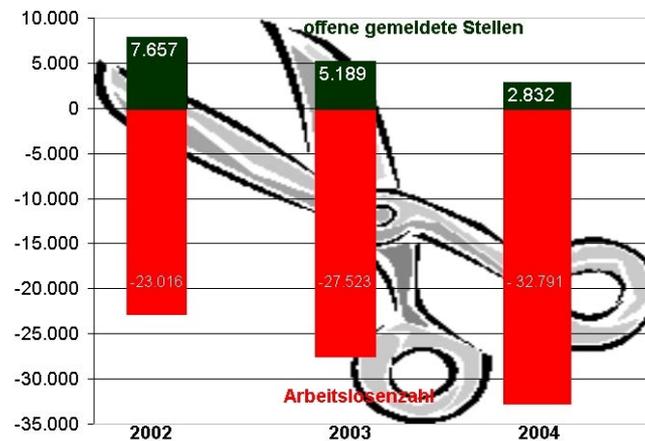


Abbildung 18: Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege 2002/2004³⁵

Auch hier sind die gemeldeten offenen Stellen rückläufig und es erhöht sich die Zahl der arbeitssuchend gemeldeten Altenpfleger und –pflegerinnen. Jedoch entspricht hier die Quote der arbeitssuchend gemeldeten 11,8%. Bekannt ist jedoch, dass gerade in diesem stark belastenden Berufsfeld viele der arbeitslos gemeldeten Kräfte nicht mehr für eine Rückvermittlung in Einrichtungen zur Verfügung stehen und eine Umschulung bzw. Weiterbildung anstreben. Dennoch ist die Personalsituation in der Altenpflege den Zahlen nach problematischer als die in der Krankenpflege. Dessen ungeachtet scheint es regionale Unterschiede zu geben und teilweise ist es Trägern von Einrichtungen der stationären Altenhilfe nur bedingt möglich, die vorgeschriebene Fachkraftquote von 50% aufgrund von regional bedingtem Personalmangel zu erfüllen. Da der Altenpflegeberuf in hohem Maße durch Umschulungsmaßnahmen gefördert wurde und wird, kann davon ausgegangen werden, dass hier weniger Personen nach absolvierter Ausbildung eine Festanstellung anstreben als beispielsweise im Bereich der Krankenpflege. Eine Veränderung der Finanzierung nach dem

³⁴ Vgl. NEXT-Studie der Universität Wuppertal. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass der überwiegende Teil des Pflegepersonals in Deutschland an seiner Berufstätigkeit hängt. Dennoch ist der Anteil jener, die intensiv den Berufsausstieg erwägen, – auch im europäischen Vergleich – mit 18,5% bemerkenswert. Bei den Betroffenen lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: die *motivierten* (jung und gut ausgebildet) und die *resignierten* Aussteiger (schlechte Gesundheit, niedrige Arbeitsfähigkeit, erschöpft).“ <http://next-study.net>

³⁵ Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg, Mai 2004

Arbeitsförderungsgesetz ab 2005 wird in diesem Sektor aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer verringerten Ausbildungszahl führen.

4.2 Personalbestand

Ein wichtiger Bereich der Studie ist die Darlegung der derzeitigen personellen Situation in den ambulanten Pflegediensten. Hier scheint sich insgesamt ein Trend der Beruhigung zu verzeichnen, was im Folgenden an einzelnen Indikatoren belegt werden kann. Die Pflegestatistik 2001 weist im dritten Bericht insgesamt knapp 190.000 Beschäftigte im Bereich der ambulanten Pflegedienste aus. Dabei machen die Vollzeitbeschäftigten einen Anteil von insgesamt 57.500 aus. Das bedeutet, dass etwa ein Drittel aller Beschäftigten Vollzeitbeschäftigte sind. Das Verhältnis zwischen Krankenpflegepersonal und Altenpflegenden ist im Bereich der ambulanten Pflege etwa 2:1 mit geringer Tendenz hin zur Altenpflege.³⁶

Entwicklung des Personalbestandes in der ambulanten Pflege

	1999	2001
Berufsabschluss	Anzahl der Beschäftigten (absolut)	Anzahl der Beschäftigten (absolut)
AltenpflegerIn	25.456	28.179
Altenpflegehelfer	3.869	4.419
Krankenschwester/-pfleger	58.144	57.457
Krankenpflegehelfer	10.243	9.565
Kinderkrankenschwester/-pfleger	4.384	4.572
HeilerziehungspflegerIn	436	556
HeilerziehungspflegehelferIn	168	255
HeilpädagogIn	93	114
ErgotherapeutIn	132	192
sonst. nichtärztliche Heilberufe	2.805	2.831
SozialpädagogIn	1.539	1.451
FamilienpflegerIn	1.866	2.196
DorfhelferIn	179	151
Pflegewissenschaftlicher Abschluss	420	513
sonstiger pflegerischer Beruf	15.823	18.770
FachhauswirtschafterIn	1.114	1.237
sonst. hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	4.102	4.120
sonstiger Berufsabschluss	32.164	34.070
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	20.845	18.919
Insgesamt	183.782	189.567

Tabelle 1: Entwicklung des Gesundheitspersonals in ambulanten Pflegeeinrichtungen

Der vom statistischen Bundesamt veröffentlichte Bericht Gesundheit - Ausgaben und Personal 2001³⁷ weist die folgenden Zahlen aus:

³⁶ Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn, 2003

³⁷ Statistisches Bundesamt — Pressestelle Wiesbaden: Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden, 2003

Gesundheitspersonal der ambulanten Pflege (umgerechnet in Vollzeitkräfte in Tsd)

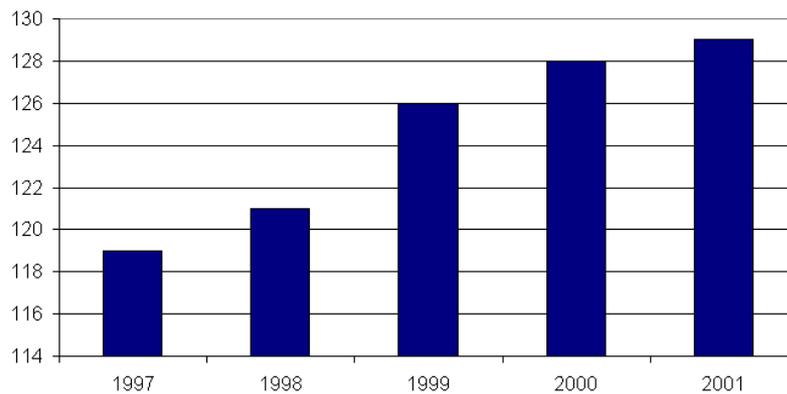


Abbildung 19: Gesundheitspersonal in der ambulanten Pflege insgesamt³⁸

Dabei zeigt die obige Abbildung die Gesamtzahl des im ambulanten Bereich beschäftigten Personals auf. Beim examinierten Krankenpflegepersonal stellt sich die Entwicklung der Beschäftigten nach offiziellen Statistiken wie folgt dar:

Examiniertes Krankenpflegepersonal der ambulanten Pflege (in Tsd)

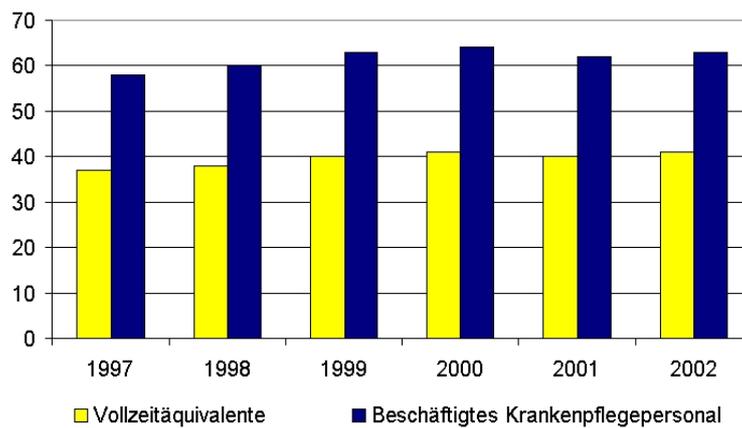


Abbildung 20: Examiniertes Krankenpflegepersonal in der ambulanten Pflege³⁹

So ist der ambulante Pflegesektor heute kein boomender Markt mehr, sondern scheint nun deutlich verlangsamt aber beständig zu wachsen. Nur 19% der Studienteilnehmer geben an, dass im Vergleich zum Vorjahr insgesamt die Mitarbeiteranzahl gestiegen ist. Damit zeigt sich ein Trend, der auch entwicklungsbezogen eine Relevanz aufweist. Sowohl was die Gesamtzahl an examiniertem Pflegepersonal angeht, als auch die Umrechnung in Vollzeitäquivalente, zeigt sich eine leichte Zunahme und damit ein *Wachstumsmarkt*. Es wird zudem in der Einschätzung der ambulanten Pflegedienste zukünftig *mehr examiniertes Personal* benötigt, um die steigenden Ansprüche und eine qualifiziert hochwertige pflegerische Versorgung gewährleisten zu können. Von besonderer Brisanz für die ambulanten Pflegedienste ist daher die Frage nach einer kontinuierlichen und ausreichenden Pflegeausbildung. Dies ist zugleich eine klare Aussage bezüglich der Grenzen für die Beschäftigung von nicht qualifiziertem Personal in der ambulanten Pflege.

³⁸ Die Zahl bezieht sich auf Vollzeitäquivalente.

³⁹ Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen in 1 000 (Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe) Tabelle eingeschränkt durch Stichwort(e): ambulante Pflege Personal (<http://www.gbe-bund.de> / Stand 01.10.2004)

4.3 Belastungsindikatoren

Anders als beispielsweise im Bereich des Krankenhauses oder der stationären Altenhilfe, kann im Bereich der ambulanten Pflege keine genaue Zahl derzeit benötigten Personals abgebildet werden, da es in diesem Bereich keine bzw. kaum Planstellen gibt. Einstellungen erfolgen hier inzwischen durchweg marktorientiert und entsprechend der Auftragslage. Vielfach wird eine kurzfristige Verbesserung der Auftragslage durch Überstunden des Personalstamms ausgeglichen. Eine Fragestellung ist daher, inwieweit es gelingt, mit einem festen Personalstamm arbeiten zu können.

Hier beobachteten insgesamt ein Viertel der befragten ambulanten Dienste, dass die Fluktuation der Pflegekräfte deutlich zurückgegangen ist. Damit scheint sich anzudeuten, dass die in den Pflegeberufen als außerordentlich hoch bezeichnete Fluktuation in den vergangenen Jahren rückläufig ist, bzw. auf Annahmen beruhte, die sich empirisch nicht so eindeutig belegen lassen.⁴⁰ Die geringer werdende Fluktuation kann unterschiedliche Gründe haben. Entweder hat sich die Situation für die ambulanten Dienste stabilisiert oder aber der Arbeitsmarkt allgemein lässt das kurzfristige Wechseln des Arbeitgebers oder des Arbeitsgebietes nicht mehr in dem Maße zu.

Ein wesentlicher Parameter zur Einschätzung der Personalsituation sind Belastungsindikatoren, die objektiv Auskunft darüber geben, ob sich die anzunehmende Arbeitsverdichtung (Zunahme von gerontopsychiatrischen Patienten, Zunahme der Betreuungshäufigkeit etc.) auf das Pflegepersonal direkt auswirkt. Als Belastungsindikatoren werden in dieser Studie die Anzahl der Überstunden, die Häufigkeit der Krankheitsausfälle, die Dauer der Krankheitsausfälle sowie weitere Einschätzungen herangezogen.

4.3.1 Überstunden des Pflegepersonals

Anzahl der absoluten Überstunden im Durchschnitt	Mittelwert
im Jahr 2002	809,6
im Jahr 2003	763,3
Absolutzahl derzeit vorhandener Überstunden	565,9

Tabelle 2: Überstunden des Pflegepersonals

Berechnet man aus dem Mittelwert für die Einrichtungen eine Gesamtüberstundenzahl für das Jahr 2003, so ergeben sich in der Befragtengruppe ca. 482.000 Überstunden was ca. 270 Vollzeitstellen entspricht. Übertragen auf alle 10.600 ambulanten Einrichtungen in Deutschland ergibt sich eine realistische Zahl von etwa 8 Mio. geleisteter Überstunden für das Jahr, was mehr als 4.500 Vollzeitstellen entspricht. An dieser Zahl wird deutlich, dass das Personal in den ambulanten Pflegediensten sehr flexibel auf die Betreuungsanfragen reagieren muss und in erheblichem Maße mit Mehrbelastungen rechnen muss. Es scheint jedoch nicht immer möglich zu sein, den kurzfristigen Mehrbedarf durch Einstellungen von Pflegekräften zu decken.

⁴⁰ Vgl. <http://www.next-study.net>. / Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Stationäre Altenhilfe. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit. Düsseldorf, 2004 / Fieder, M.: Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Mabuse, Frankfurt/Main, 2002

4.3.2 Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

Ein wichtiger Parameter im Bereich der Belastungsindikatoren sind Fehlzeiten durch das Personal. Im Bereich der stationären Altenhilfe konnte im Pflege-Thermometer 2003 nachgewiesen werden, dass die Zahl und die Dauer der Krankheitsausfälle deutlich zunehmen. Dies war umso bemerkenswerter, als normalerweise in Zeiten einer schlechten Konjunkturlage die Fehlzeiten rückläufig sind. Eine Ursache dafür ist nach Darstellung des Fehlzeiten-Reports die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes.⁴¹

Im Jahr 2003 war die Häufigkeit der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals im Vergleich zum Vorjahr

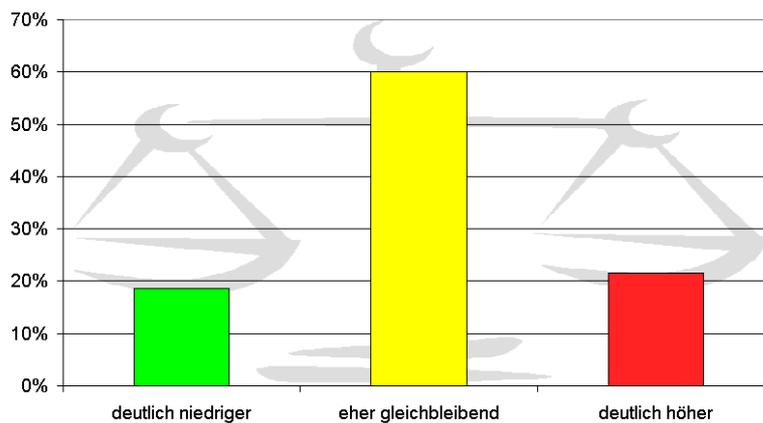


Abbildung 21: Häufigkeit der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

Im Bereich der Krankheitsausfälle zeigt sich anders als beispielsweise im Bereich der Mitarbeiter der stationären Altenhilfe kein eindeutiger Trend. 21% geben an, dass die Häufigkeit deutlich höher war. Dem steht jedoch eine fast gleich große Anzahl (19%) gegenüber, die einen Rückgang bemerken. Die Vergleichszahlen aus dem Pflege-Thermometer 2002 deuten hier auf eine Stabilisierung hin. 2002 gaben noch ein Drittel der befragten ambulanten Dienste an, dass die Anzahl der Krankheitsausfälle deutlich höher war als im Vorjahr.

Im Jahr 2003 war die Dauer der krankheitsbedingten Ausfälle unter dem Pflegepersonal

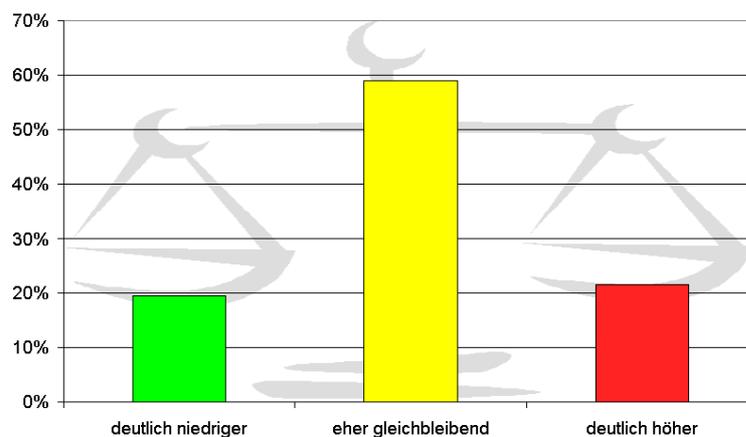


Abbildung 22: Dauer der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

⁴¹ vgl. dazu: Badura, B., Schellschmidt, H. Vetter, C.: Fehlzeitenreport 2003. Heidelberg, New York. Springer, 2004

Auch die Dauer der Krankheitsausfälle scheint nicht in erheblichem Maße zuzunehmen. Dabei kann eine Differenzierung bezüglich der Art der Erkrankungen im Rahmen dieser Untersuchung nicht vorgenommen werden.⁴²

4.4 Bewerbungssituation

Um eine Tendenz im Bereich der Bewerber um eine Anstellung abzubilden, wurden verschiedene Fragestellungen in der diesjährigen Studie erhoben, die analog zu den Belastungsindikatoren Mehrfachantworten beinhalten konnten. Neben der Anzahl ist zur differenzierten Beurteilung der Situation auch die qualitative Einschätzung von Bedeutung.

4.4.1 Anzahl der Bewerber

Ein wichtiges Kriterium zur Deckung eines bestehenden Personalbedarfs ist die Anzahl der Bewerbungen, die eine Einrichtung erhält. Gefragt wurde nach der Einschätzung der Anzahl der Bewerber pro ausgeschriebener Stelle im Vergleich zum Vorjahr. Im Rahmen der Befragung 2002 wurden hier seitens 60% der ambulanten Pflegedienste beschrieben, dass die Anzahl der Bewerber pro offener Stelle deutlich niedriger ausfiel als im Vorjahr. Hier ist eine deutliche Trendwende zu verzeichnen.

Im Jahr 2003 war die Zahl der Bewerbungen pro zu besetzender Stelle

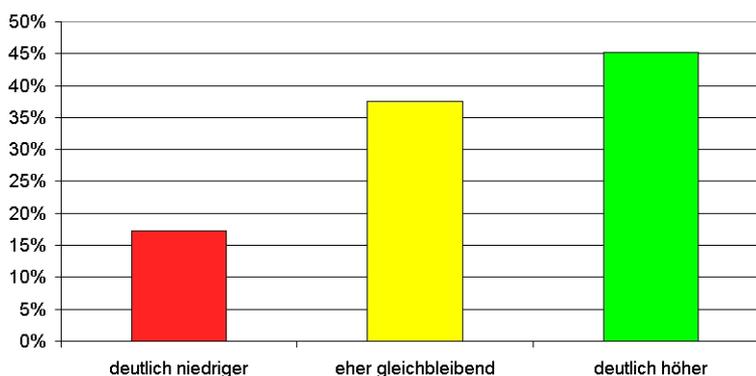


Abbildung 23: Anzahl der Bewerbungen pro zu besetzender Stelle

Vor allem spiegelt sich in der beschriebenen Bewerbersituation ein Trend wieder: Tatsächlich ist eine „Wanderung“ von Pflegekräften aus dem Krankenhaus hin zur ambulanten Pflege erkennbar. Die ambulante Pflege erscheint somit zunehmend als attraktives Arbeitsfeld auch für Pflegekräfte, die im Krankenhaus gearbeitet haben. Dies kann mit der Verringerung des Personalbestandes im Krankenhaus erklärt werden.⁴³ Es gelingt den ambulanten Diensten somit, hierdurch ihre Personalsituation deutlich zu verbessern.

⁴² In der Pressemitteilung zum Fehlzeiten Report 2003 heißt es dazu: „Die Zahlen des Fehlzeiten-Reports belegen, dass die psychisch bedingten Krankheitsfälle kontinuierlich zunehmen. Die Zahl der auf psychische Erkrankungen zurückgehenden Krankmeldungen ist bei den der Berechnung zugrunde liegenden Krankmeldungen von knapp elf Millionen AOK-Mitgliedern seit 1994 um 74,4 Prozent gestiegen. „Bei den psychischen Erkrankungen dominieren Depressionen und neurotische Erkrankungen“, erläutert Christian Vetter, Mitherausgeber des Reports. „Dazu gehören beispielsweise Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und psychosomatische Erkrankungen. Der Anteil der psychischen Störungen an den Fehlzeiten schwankt in den einzelnen Branchen erheblich.“ Die meisten Erkrankungstage aufgrund psychischer Erkrankungen verzeichnen die Statistiker im Gesundheitswesen und in der öffentlichen Verwaltung. Frauen seien wesentlich häufiger betroffen als Männer.
<http://www.springeronline.com/sgw/cda/frontpage/0,11855,1-40024-2-104424-0,00.html> (Stand 01.10.2004)

⁴³ Im vergangenen Jahr reduzierten viele Krankenhäuser die Personalkosten durch Verschiebung von Einstellungen und Einstellungsstopps. Diese Entwicklungen finden sich jedoch noch in keiner Statistik, da die Auswertungen für 2003 erst im Jahr 2005 veröffentlicht werden. Insgesamt liegen zum Themenbereich Pflegepersonalwesen in Krankenhäusern sehr widersprüchliche Zahlen vor. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Rahmen der Krankenhausbarometer Zahlen veröffentlichte, die im Zeitraum von 1996 bis zum Jahr 2001 von einem Rückgang von examiniertem Pflegepersonal von -5,8% ausgeht, findet sich in der Gesundheitsberichterstattung Zahlenmaterial, das (gerechnet auf Vollzeitkräfte von Pflegekräften und Hebammen) von einem Anstieg zwischen 1997 und 2002 von 3% ausgeht.

4.4.2 Bisheriges Praxisfeld der Bewerber

Bewerbungen von examinierten Pflegekräften, die im Krankenhaus gearbeitet haben, nehmen zu

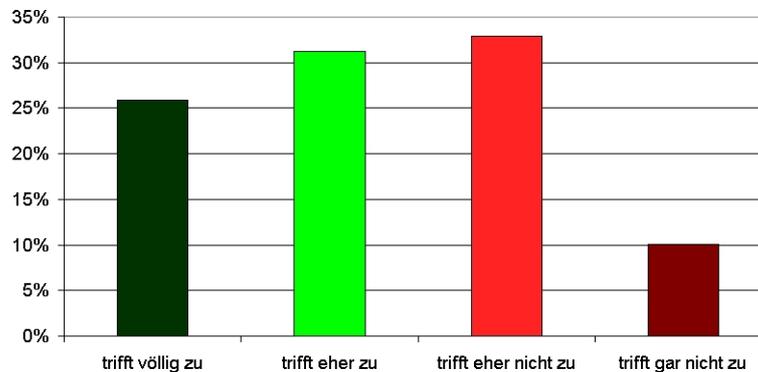


Abbildung 24: Zunahme an Bewerbern aus dem Krankenhaus

Mehr als die Hälfte der ambulanten Einrichtungen beobachtet eine Zunahme von Bewerbern, die zuvor im Krankenhaus beschäftigt waren. Dies untermauert die These von einem schleichenden Exodus der Pflege aus dem Krankenhaus, aufgrund der veränderten Finanzierungsstrukturen und der damit einhergehenden Verkürzung der Liegezeiten von Patienten in den Kliniken.

4.4.3 Qualifikation der Bewerber

Ein weiteres Kriterium zur Deckung der Versorgungsleistung und zur Verbesserung der Pflegequalität ist die Qualifikation der Bewerber.

Im Jahr 2003 war die Qualifikation der sich bewerbenden Pflegefachkräfte

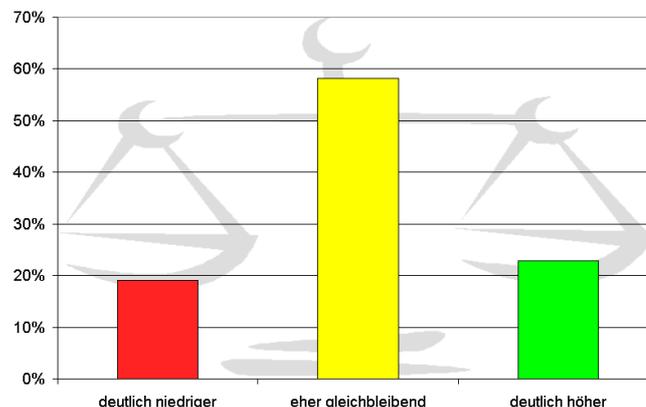


Abbildung 25: Qualifikation der Bewerber

Zwiespältig bleibt die Aussage zur Qualifikation der Bewerber. Hier beobachten 23% der Studienteilnehmer eine deutliche Erhöhung. Demgegenüber stehen jedoch 19%, die eher einen Abwärtstrend beobachten. Auch hier sind Vergleichszahlen aus dem Pflege-Thermometer 2002 interessant. 55% beobachteten 2002 eine vergleichsweise schlechtere Qualifikation der Bewerber, so dass sich in diesem Bereich auch eher eine Entspannung abzeichnet.

4.5 Personalgewinnung

Entsprechend der gestiegenen Bewerberzahlen und der gestiegenen Qualifikationsniveaus der sich bewerbenden Pflegefachkräfte, sollte von einem verringertem Aufwand in der Suche nach geeignetem Personal ausgegangen werden. Dies lässt sich jedoch nicht eindeutig belegen. Ein Drittel der befragten Einrichtungsleitungen geben an, dass der Aufwand sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht hat. 27% der befragten Einrichtungen sehen hier einen Trend der Entspannung.

Im Jahr 2002 war der Aufwand, geeignetes Personal zu finden

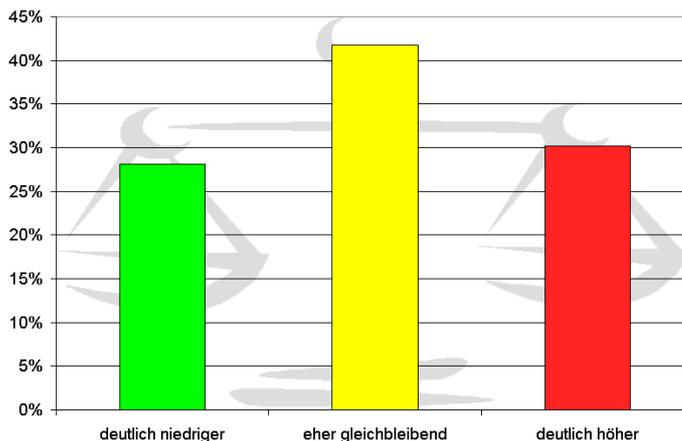


Abbildung 26: Aufwand der Personalgewinnung

Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass im Jahr 2002 noch 70% der Befragten angaben, einen deutlich höheren Aufwand zu verzeichnen. Auch in diesem Bereich scheint sich eine gewisse Trendwende anzudeuten.

Es lassen sich regionale Unterschiede beim Aufwand, geeignetes Personal zu finden aufzeigen. Ausgehend von einem mittleren Punktwert aller Bundesländer, wurden die regionalen Abweichungen ermittelt und gegenübergestellt. Dabei entsprechen die folgenden Zahlen einem *relativen Wert* der Abweichung und sind somit keine Absolutzahlen. Eine negative Zahl (rot) bedeutet einen höheren Aufwand im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt, eine positive Zahl (grün) entsprechend einen niedrigen Aufwand.

Regionale Unterschiede der Personalgewinnung

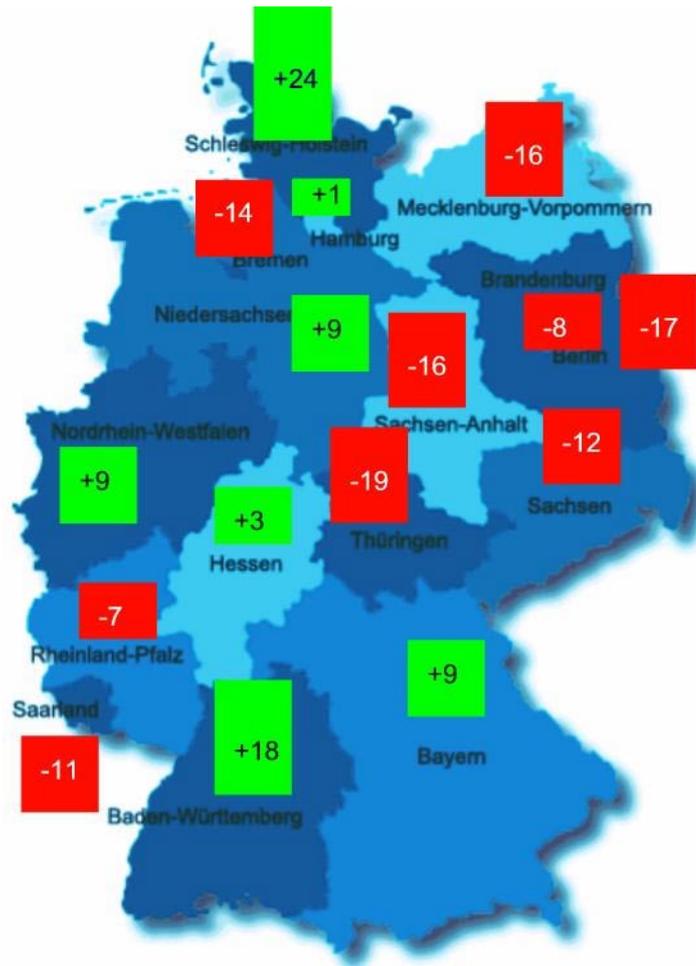


Abbildung 27: Regionale Unterschiede im Aufwand, geeignetes Personal zu finden

Besonders komfortabel zeigt sich dabei die Situation in Schleswig-Holstein, während es auf der anderen Seite in Thüringen besonders schwierig zu sein scheint, geeignetes examiniertes Pflegepersonal für die ambulanten Einrichtungen zu gewinnen. Zusammenfassend kann von einem Ost-West-Gefälle ausgegangen werden. Von den westdeutschen Bundesländern scheinen besondere Problematiken im Saarland und in Rheinland-Pfalz sowie in Bremen vorzuliegen. Es stellt sich bei den ermittelten Zahlen die Frage, ob im Bereich der Pflege eine Wanderung der Arbeitnehmer von den neuen in die alten Bundesländer stattgefunden hat oder ob es andere Ursachen sind, die zu der besonderen Schwierigkeit im Bereich der Personalgewinnung in den Ostdeutschen Ländern geführt hat.

4.6 Erwartete Entwicklung im Personalbereich

Im Bereich der zukünftig eingeschätzten Entwicklung lassen sich die folgende Trends beschreiben:

1. Es werden seitens der ambulanten Dienste heute schon verstärkt Qualifizierungsmaßnahmen angeboten (Fortbildungstage haben sich genauso wie das Fortbildungsangebot insgesamt erhöht).
2. Zukünftig wird damit gerechnet, dass mehr examinierte Pflegekräfte benötigt werden.
3. Die Anfragen von Ausbildungsstätten bezüglich der Betreuung und Ausbildung von Pflegeschülern nehmen zu.

Die verstärkten Qualifizierungsmaßnahmen lassen sich folgendermaßen beschreiben: 37% der befragten ambulanten Dienste geben an, dass die Summe der Fortbildungstage im Vergleich zum Vorjahr deutlich zugenommen hat. 34% der Befragten bescheinigen ein deutlich höheres Fortbildungsangebot seitens der Einrichtung und seitens der Fortbildungsträger und –anbieter. Damit scheinen sich die ambulanten Pflegedienste auf bestehende und zukünftig zu erwartende Entwicklungen einzustellen bzw. vorzubereiten.

Entsprechend der erwarteten neuen Aufgabengebiete und der verstärkten medizinischen Versorgung, erwarten über die Hälfte der Pflegedienste (53%), dass sie zunehmend mit examinierten Pflegekräften arbeiten werden. Das bedeutet, dass hier mit einem weiteren Anstieg der qualifizierten Beschäftigten zu rechnen ist.

Zukünftig wird mehr examiniertes Pflegepersonal benötigt

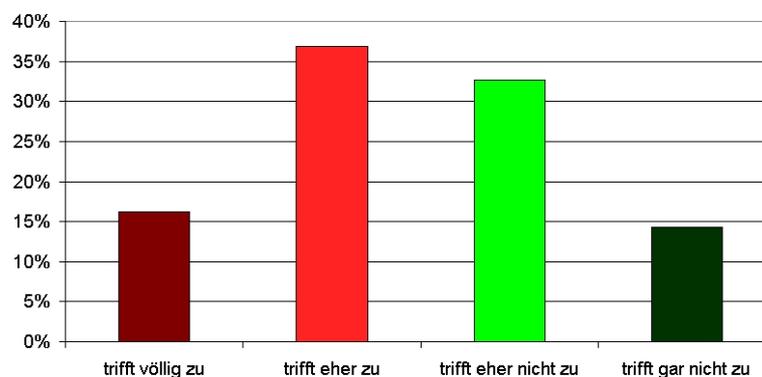


Abbildung 28: Erwartete Zunahme an examiniertem Personal

Die ambulanten Pflegedienste sind vor allem vor dem Hintergrund der neuen Ausbildungsgesetze⁴⁴ in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege stärker als bislang im Bereich der praktischen Ausbildung berücksichtigt und wichtige Ausbildungsorte. War im bisherigen Krankenpflegegesetz von 1985 keine feste Einsatzzeit für den ambulanten Bereich angegeben⁴⁵, so sind es nach der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 500 Stunden, die alleine im Bereich der ambulanten Pflege (einschließlich Rehabilitation und Palliative Pflege) abgeleistet werden müssen⁴⁶. Damit wird der ambulanten Pflege ein höherer Stellenwert zugeschrieben. So verzeichnen

⁴⁴ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze

⁴⁵ bislang waren es 400 Stunden inklusive des Einsatzes in einer Psychiatrie, einer Kinderkrankenpflegestation und im Bereich der Hauskrankenpflege vorgesehen.

⁴⁶ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)

die ambulanten Pflegedienste einen Anstieg an Anfragen bezüglich Praktika und Schülerbetreuung durch die Krankenpflegesschulen (57%). Die ambulanten Pflegedienste gehen zugleich davon aus, dass sie auf die Aufgaben insgesamt gut vorbereitet sind (61%).

Auf mögliche Ausweitungen der praktischen Ausbildung sind wir gut vorbereitet

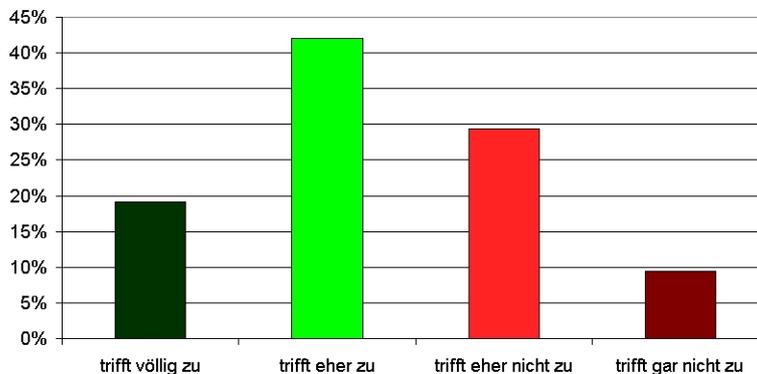


Abbildung 29: Vorbereitung auf Ausweitung der praktischen Ausbildung

4.7 Bewertung

Unter Bezugnahme weiterer Studien und statistischer Kennzahlen zeichnen sich Entwicklungen ab, die sich langfristig eher negativ auf den Bereich der ambulanten Versorgung auswirken könnten. Nicht nur die Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sind seit geraumer Zeit rückläufig⁴⁷. Nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind alleine im Zeitraum von 2000 bis 2001 die Ausbildungsplätze in den Krankenhäusern um fast 10.000 gekürzt worden.⁴⁸ Es sinkt dementsprechend auch jährlich die Zahl der Absolventinnen und Absolventen im Bereich der Krankenpflege.⁴⁹ Zudem sinkt die Zahl der Krankenhäuser, die Ausbildungsplätze anbieten.⁵⁰ Es ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Zusammenlegung einzelner Ausbildungsschulen zu größeren Zentren (und vor dem Hintergrund der bislang immer noch nicht geklärten Finanzierung der Ausbildung im Rahmen des neuen Krankenhausfinanzierungssystems) weitere Ausbildungsplätze abgebaut werden.⁵¹ Dies liegt einerseits in den Änderungen der Ausbildungsstrukturen selbst begründet.⁵² Für die Krankenhäuser bedeuten die gesetzlichen Ausbildungsveränderungen, dass die Auszubildenden weniger als bislang im Krankenhaus arbeiten. Der Anteil der theoretischen Ausbildung wurde zu Lasten der praktischen Einsätze erheblich er-

⁴⁷ nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sank innerhalb nur eines Jahres von 2000 bis 2001 die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Krankenpflege in Krankenhäusern um 9.700! Vgl. Gesundheitsberichterstattung: Anzahl der Ausbildungsplätze in Krankenhäusern (Jahre, Region, Krankenhausmerkmale: [Allgemeine Krankenhäuser / Plankrankenhäuser / Träger], Berufe des Gesundheitswesens). Copyright © 25.10.2004

⁴⁸ Waren es im Jahr 2000 noch 74.150 Ausbildungsplätze, so sank diese Zahl bereits im Jahr 2002 auf 64.450. Vgl. www.gbe-bund.de, 21.09.2004

⁴⁹ nach Angaben des statistischen Bundesamtes sank die Anzahl der jährlich erfolgreich ausgebildeten Krankenschwestern und -pfleger im Zeitraum von 2000/2001 (18.429) bis 2003/2004 (16.707) um fast 10% (-1.722). In die Berechnung eingeflossen sind Daten der Absolventinnen für Krankenpflege aus den Berufsfachschulen und den Schulen des Gesundheitswesens.

⁵⁰ nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung sank die Zahl der Krankenhäuser mit Ausbildungsplätzen im Zeitraum von 1994 bis 2001 um 150 (von 1.146 auf 996). Anzahl der Krankenhäuser mit Ausbildungsplätzen (Jahre, Region, Krankenhausmerkmale: [Allgemeine Krankenhäuser / Plankrankenhäuser / Träger], Berufe des Gesundheitswesens) Copyright © 25.10.2004

⁵¹ Durch die Änderung im Krankenpflegegesetz sind die Schüler weniger im Krankenhaus eingesetzt als bislang. Das bedeutet, dass aus Sicht der Krankenhäuser die Ausbildung weniger attraktiv geworden ist, da sie nun für Ausbildung bezahlen, aber weniger vom Einsatz der Schüler profitieren. Zu rechnen ist daher im Rahmen von Einsparungsmaßnahmen, dass sich dies negativ auf die Zahl der Ausbildungsplätze auswirken wird.

⁵² Siehe Gesetz über die Berufe der Altenpflege (Altenpflegegesetz- AltPflG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil 1 Nr 44, ausgegeben zu Bonn am 4. September 2003 / Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003

höht. Die Einsatzzeiten in der ambulanten Pflege haben sich wie bereits erwähnt erhöht. Damit sinkt die Einsatzzeit der Auszubildenden in den Krankenhäusern. Wird dies politisch von Pflegeverbänden als inhaltliche Verbesserung der Ausbildung begrüßt, stößt es zugleich auf Widerstand bei den Krankenhäusern bzw. deren Vertretern.⁵³ Zudem kann eine finanziell angespannte Lage vieler Krankenhäuser festgestellt werden. Die in den Krankenhäusern Verantwortlichen werden sich zunehmend die Frage stellen (müssen), ob sie sich Ausbildung (auch für andere Sektoren) leisten wollen und können, wenn sie weniger als bislang von der Ausbildung selbst profitieren. Wird aus welchen Gründen auch immer nur noch für den eigenen Bedarf ausgebildet, dann bedeutet das für die ambulanten Dienste das Problem, auf Dauer wenn überhaupt dann weniger gut vorbereitetes Personal akquirieren zu können.

Ein weiteres Potenzial möglicher Mitarbeiter für die ambulanten Pflegedienste sind die Absolventinnen und Absolventen aus Altenpflegefachseminaren. Hier wirken sich Änderungen des bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildungsgesetzes und der Arbeitsförderung bzw. Ausbildungsfinanzierung negativ auf die Ausbildungssituation aus.⁵⁴ Aus Sicht der ambulanten Dienste ist dies eine sehr unkomfortable Situation. Personalbedarfsplanungen der Länder müssen den Bedarf der ambulanten Pflege mitberücksichtigen, ansonsten kann die derzeitige Entspannung eine „Ruhe vor dem Sturm“ sein.

4.8 Zusammenfassung

Die Datenlage bezogen auf die Personalsituation deutet darauf hin, dass sich die Situation, was beispielsweise die Belastungsindikatoren und die Bewerbersituation anbelangt, insgesamt beruhigt. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich regionale Unterschiede auf tun. Ein Ost-Westgefälle bezüglich des Aufwandes geeignete Bewerber zu finden ist in der Studie sichtbar geworden. Erwartet wird eine zukünftig steigende Nachfrage nach qualifiziertem und speziell weitergebildetem Personal, was mit den Aussagen zu den zukünftigen Herausforderungen korrespondiert. In der Ausbildung wird man bald stärker involviert sein, dennoch bleiben die ambulanten Dienstleister noch auf Jahre am „Ausbildungstropf“ der Krankenhäuser hängen, denn schließlich liegt dort ein gehöriges Stück der Verantwortung für die Pflegeausbildung. Letztlich profitieren die Pflegedienste ganz offensichtlich von der Wanderbewegung der Pflegefachkräfte aus den Kliniken heraus in die anderen Versorgungsbereiche hinein. Dies dürfte noch einige Zeit anhalten. Dennoch zeigt sich in den Ergebnissen unter Einbezug weiterer Datenquellen, dass man zukünftig über eine entsprechende Ausweitung der Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen nicht umhinkommen wird, will man den Bedarfen der unterschiedlichen Versorgungsbereiche gerecht werden.

⁵³ „Aus Sicht der DKG ist eine inhaltliche Begründung für die massive Erhöhung des theoretischen Anteils der Ausbildung um fast 30% nicht gegeben.“ Vgl. DKG: vorläufige Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Entwurf einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Krankenpflege vom 30. April 2003. Düsseldorf. 18.06.2003

⁵⁴ Eine dreijährige Förderung vollzeitlicher Berufsbildung wird zukünftig nicht mehr generell mit Finanzmitteln durch das Arbeitsförderungsgesetz gefördert werden. Die bislang hohe Quote an Umschülern im Bereich der Altenpflege wird aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr erreicht werden. „Von allen Personen, die im Jahr 2001 eine Umschulungsmaßnahme begannen (87.973), wurden hauptsächlich folgende Berufe gewählt: Altenpfleger (8.969 bzw. 10,2 %)..." Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) Berufsbildungsbericht 2003, Berlin, 2003

5. Handlungskonsequenzen

Bislang mussten vor allem die Schwierigkeiten mit Strukturdefiziten beschrieben werden, die die ambulanten Pflegedienste ausbremsen und in ihrer Existenz sogar bedrohen. Diesbezüglich werden für die ambulanten Pflegedienste Unsicherheiten geschaffen, die sich in einem erheblichen Ausmaß auf finanzielle Planbarkeit, Personalbestand und vor allem auf administrativen Aufwand auswirken.

Fragt man hinsichtlich notwendiger Entwicklungen bei den ambulanten Pflegediensten nach, so ergeben sich weitere Hinweise auf Forderungen und Handlungskonsequenzen aus Sicht der Anbieter. Im Rahmen des Fragebogens sollten beschriebenen Forderungen, wie sie aus Zeitschriftenartikeln und verbandspolitischen Diskussionen bekannt sind, Prioritäten zugeordnet werden. Die höchste Priorität sollte mit eins beziffert werden, abgestuft werden sollten die weiteren Forderungen dann mit zwei usw. bewertet werden.

Prioritätsbeschreibung notwendiger Änderungen

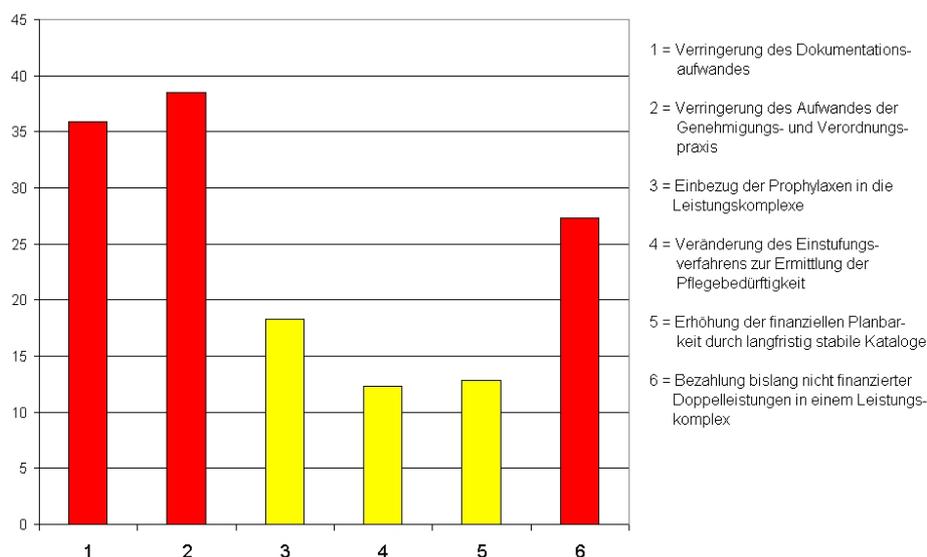


Abbildung 30: Beschreibung notwendiger Veränderungen

Viele der Befragten ordneten dabei einzelnen Punkten gleich hohe Priorität zu. Das bedeutet, dass davon ausgegangen werden kann, dass die genannten Punkte gleichrangig bedeutend aus Sicht der ambulanten Pflegedienste sind. In der Grafik sind die Prozentwerte der Dienste angegeben, die den jeweiligen beschriebenen Forderungen die höchste Priorität zugemessen haben.⁵⁵ Entsprechend der weiter oben aufgeführten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, spiegelt sich auch hier das Bild wieder, dass der Verringerung der Komplexität und Umständlichkeit der Verordnungs- und Genehmigungspraxis von den ambulanten Diensten eine hohe Priorität bescheinigt wird. 38,5% sehen hier den dringendsten Handlungsbedarf.

Die Forderung nach einer Verringerung des Dokumentationsaufwandes steht mit insgesamt 35,9% an zweiter Stelle der Entwicklungswünsche bzw. -forderungen. Insgesamt scheinen hier vor allem die Aspekte von zentraler Bedeutung zu sein, mit der die ambulanten Dienste täglich konfrontiert sind, die also einen nahen Bezug zur täglichen Praxis haben. Zudem sind es die Punkte, die in der Einschätzung der Befragten wahrscheinlich als tatsächlich veränderbar erscheinen. So ist beispielsweise aus Sicht eines ambulanten Dienstes ein verändertes Einstufungs- und Finanze-

⁵⁵ Durch die Doppelnennung ergeben sich in der Addition Werte, die über 100 liegen.

rungssystem der Pflegeversicherung einerseits nicht unmittelbar alltagsbezogen, auf der anderen Seite ist es in den Augen der Praxis wohl kaum veränderbar - zumindest nicht in absehbarer Zeit. Dies führt zu einer eher schwächeren Bewertung solch umfassender und eher abstrakter Aspekte. Betrachtet man die Einzelanalyse (beispielsweise im Bereich der Notwendigkeit einer Verordnungsfähigkeit von Prophylaxen (91%)), dann ergibt sich hier jedoch ein klarer Handlungsbedarf auch für die nicht ganz so dringlich erscheinenden Problembereiche.

Auch im Bereich einer grundsätzlich verbesserten Wahrnehmung der häuslichen Pflege gerade bezogen auf eine zukünftig ausgewogene Personalgewinnung haben die Anbieter Lösungen und Vorschläge unterbreitet. Die ambulanten Pflegedienste geben dabei unterschiedliche Wege an, wie sie sich vorstellen, auch in Zukunft noch Menschen für die Arbeit in der ambulanten Pflege begeistern und gewinnen zu können. Insgesamt ließen sich 445 Fragebögen bezüglich dieser Fragestellung auswerten. Dabei waren Doppelnennungen zulässig, da mehrere Wege von den Einrichtungen vorgeschlagen werden konnten. Die untere Grafik veranschaulicht das Ergebnis mit der jeweiligen Anzahl der Nennungen in den verschiedenen Bereichen.

Wege der Erhöhung von Bewerberzahlen

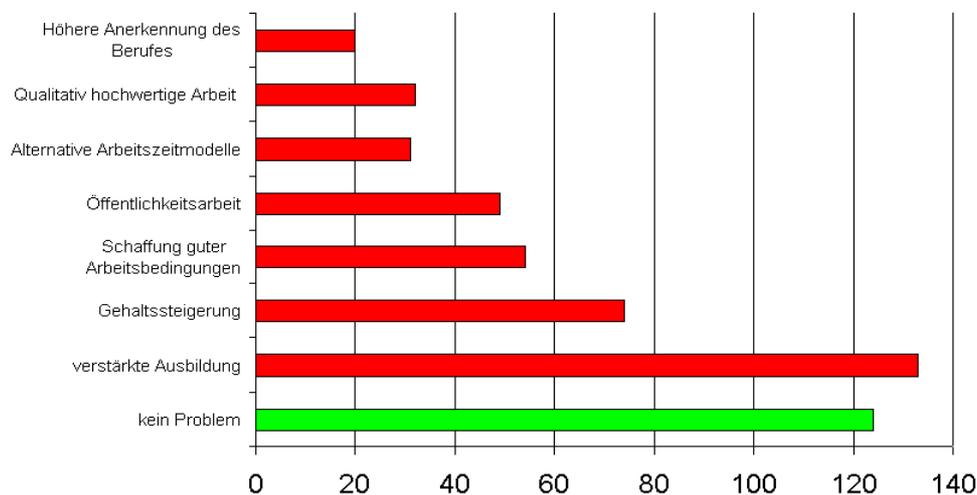


Abbildung 31: Wege der Erhöhung von Bewerberzahlen

Entsprechend der regionalen Unterschiede in der Problematik der Personalgewinnung ist bemerkenswert, dass von den Diensten, die in der Frage der dauerhaften Personalgewinnung derzeit kein Problem sehen, über 80% aus Bayern, NRW, Hessen und Niedersachsen kommen. Hier zeigt sich die Bestätigung des weiter oben beschriebenen Ost-West-Gefälles.

Auf die Dringlichkeit der verstärkten Ausbildung wiesen 134 Befragte hin. Das deckt sich mit der Bewertung der vorliegenden Kennzahlen, dass hier durch kurzfristige Entlastung der Krankenhäuser ein Versorgungsproblem im ambulanten Bereich erzeugt würde. Die finanzielle Lage steht im Mittelpunkt vieler ambulanter Pflegedienste. 74 Teilnehmer der Studie äußerten die Forderung nach höheren Gehältern, wovon 23 Teilnehmer diese Forderung an die Bedingung einer höheren Vergütung der Pflegeleistungen durch die Kranken- und Pflegekassen knüpften.

Die ambulanten Dienste sehen aber nicht nur andere, sondern auch sich selbst in der Verantwortung. Dies kommt nicht allein dadurch zum Ausdruck, das 59 Dienste angeben, selbst auszubilden oder zukünftig ausbilden zu wollen, sondern auch die Schaffung eines guten Betriebsklimas, die Flexibilisierung der Arbeitszeiten, sowie durch eine hochwertige Arbeit zu überzeugen, als Erfolgsfaktoren beschrieben wurden. Auffallend ist, dass im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit weiterhin Zeitungsannoncen vor der Meldung offener Stellen bei den regionalen Arbeitsagenturen stehen.

6. Datenqualität der Studie

Entscheidend für die Qualität und die Aussagefähigkeit des diesjährigen Pflege-Thermometers sind die Aussagen zur Datenqualität.

6.1 Repräsentativität der Studie

So ist neben der Gesamtzahl der Studienteilnehmer oder der Rücklaufquote des Fragebogens vor allem die Betrachtung wichtig, ob die Ergebnisse repräsentativ für Deutschland sind oder ob etwa regionale oder trägerbezogene Überbetonungen vorliegen. Im folgenden Abschnitt wird daher die Datenqualität der Studie dargelegt und beschrieben. Wichtige Indikatoren sind beispielsweise die Pflegeeinstufung der versorgten Patienten, die Länderverteilung der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit oder aber die Trägerschaft der Einrichtungen.

6.1.1 Verteilung nach Pflegestufen

Anteilsgemäße Verteilung der Patienten nach den jeweiligen Pflegestufen

Pflegestufen	Verteilung nach Pflegestatistik 2001	Anteil gemäß Pflege thermometer 2004
Pflegestufe 1	48%	50%
Pflegestufe 2	38%	36%
Pflegestufe 3	13%	13%

Tabelle 3: Verteilung Anteil der betreuten Patienten in den Pflegestufen

Bezüglich der Verteilung der Patienten in den Pflegestufen kann die Studie als repräsentativ betrachtet werden, denn es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Verteilung der betreuten Patienten nach Pflegestufen in der Studie im Vergleich zu den Daten aus der Pflegestatistik 2001. Das betreute Patientenkontingent in der Studie kann somit als repräsentativ für den Bereich der ambulanten Versorgung bezeichnet werden.

6.1.2 Verteilung nach Bundesländern

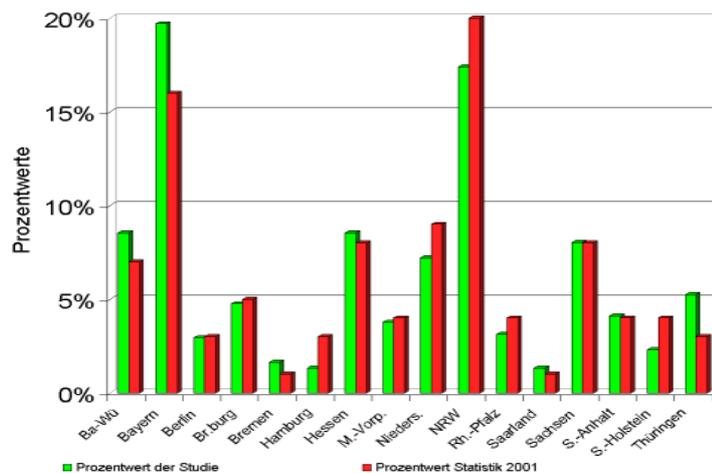


Abbildung 32: Verteilung nach Bundesländern

Die in die Studie einbezogenen ambulanten Pflegedienste zeigen bezogen auf die Verteilung der ambulanten Pflegedienste in Deutschland insgesamt einen hohen Grad an Übereinstimmung auf. Somit sind die Daten im Ländervergleich ebenfalls als repräsentativ zu bezeichnen.

6.1.3 Verteilung der Studienteilnehmer nach Trägern

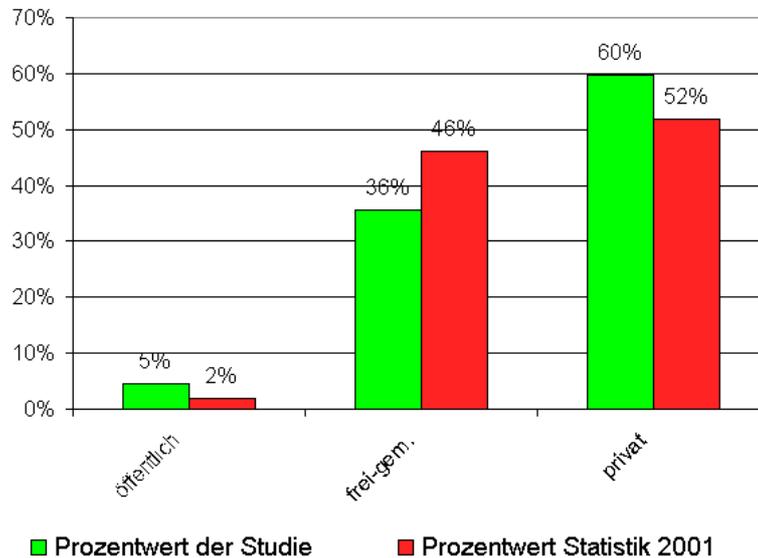


Abbildung 33: Verteilung nach Trägern

Auch bezogen auf die Verteilung der Studienteilnehmer nach den jeweiligen Trägern der ambulanten Pflegedienste kann die Studie als weitestgehend repräsentativ bezeichnet werden.

Zusammenfassend lässt sich bezogen auf die Datenqualität der Studie sagen, dass die vorliegenden Einschätzungen in mehrfacher Hinsicht einer realen Verteilung der in der bundesdeutschen ambulanten Pflegelandschaft herrschenden Strukturen entsprechen. Die Studie kann als repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland bezeichnet werden.

6.2 Verteilung der Studienteilnehmer nach Antwortenden

Ein wichtiges Kriterium zur Einordnung der Ergebnisse ist, wer die Antwortenden bei der Befragung sind. Es ist davon auszugehen, dass Einschätzungen voneinander abweichen, wenn man Mitarbeiter befragt oder die Leitungsebene. In der Studie wurden Kennziffern zur Personalsituation sowie zu Überstundenkontingenten und offenen Stellen angefragt. Diese Angaben können in aller Regel nur von Leitungskräften gegeben werden. 65% der Antwortenden waren Pflegedienstleitungen der Einrichtung, weitere 24% kamen aus der Geschäftsführung, wobei im Bereich der ambulanten Pflegedienste davon ausgegangen werden kann, dass dies oftmals die selben Personen sind. Viele der ambulanten Pflegedienste sind kleine Unternehmen mit nur wenigen Angestellten, die keine Trennung zwischen Leitung der Pflege und Geschäftsführung machen. Die Studie spiegelt somit eine Einschätzung der Situation aus Sicht der Entscheidungsträger im Bereich der ambulanten Pflegedienste wieder.

Antwortende nach Berufen und Funktionen

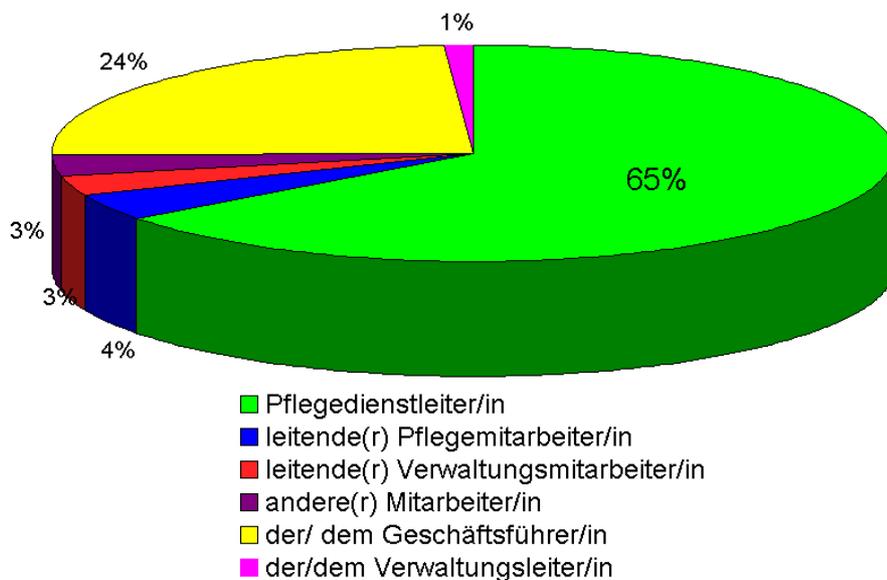


Abbildung 34: Verteilung nach Antwortenden in Berufen und Funktionen

6.3 Anzahl der betreuten Patienten in den befragten Pflegediensten

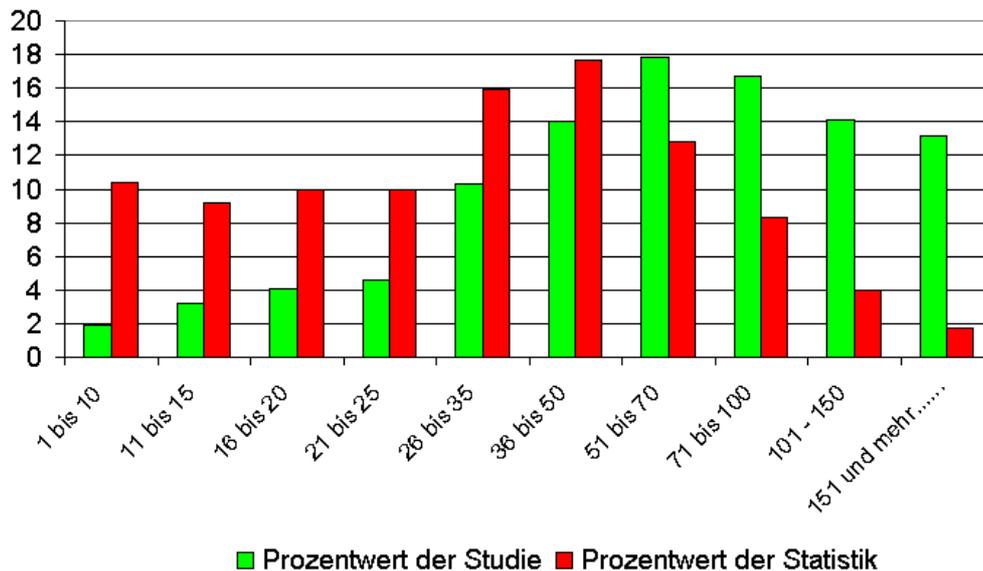


Abbildung 35: Verteilung nach Anzahl der betreuten Patienten ⁵⁶

Betrachtet man das Kriterium der Anzahl der betreuten Patienten (die Größe der Einrichtung), so ergeben sich deutliche Abweichungen in der Studie von den Zahlen in der Pflegestatistik. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass in der Befragung unterschieden wurde zwischen betreuten Patienten (Gesamtanzahl) und denen, die tatsächlich Hilfeleistungen bekamen. So beziehen sich die Zahlen im Pflege-Thermometer auf *tatsächlich betreute Patienten*. Ausgenommen wurden die Patienten, bei denen »nur« Beratungsbesuche durchgeführt wurden. Diese entsprechen jedoch einem erheblichen Anteil (Ø 171 Beratungsbesuche pro Jahr und pro Einrichtung). Bei den Zahlen der Pflegestatistik ist nicht erkennbar, ob die Beratungsbesuche ausgeschlossen wurden. Insofern kommen hier andere Verteilungsgrößen zustande, sodass die Zahlen von unterschiedlichen Datenbeständen ausgehen und dieses Kriterium nicht gänzlich gegenübergestellt werden kann. Daher wurde dieses Kriterium auch nicht in die Bewertung der Repräsentativität der Studie mit einbezogen.

⁵⁶ (ohne Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI)

7. Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland	6
Abbildung 2 Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste	11
Abbildung 3: Geschätzte Kostendeckung der Beratungsbesuche	12
Abbildung 4: Patientenaufkommen mit kurzzeitiger Krankenhausnachsorge.....	13
Abbildung 5: Zunahme an Betreuungshäufigkeit von Langzeitpatienten.....	13
Abbildung 6: Problemeinschätzung nächtliche Versorgung	14
Abbildung 7: Erwartete Zunahme gerontopsychiatrisch veränderter Patienten.....	15
Abbildung 8: Finanzierungsgrundlage der ambulanten Pflegedienste	16
Abbildung 9: Selbsteinschätzung bezüglich der Existenzsicherheit	17
Abbildung 10: Übernahme nicht finanzierter Leistungen.....	18
Abbildung 11: Verkürzung der Verordnungsdauer.....	19
Abbildung 12: Genehmigungspraxis durch die Krankenkassen	19
Abbildung 13: Kürzung der Verordnungsdauer durch die Krankenkassen.....	20
Abbildung 14: Zunahme an Verwaltungsaufwand.....	20
Abbildung 15: Notwendige Verordnungsfähigkeit von Prophylaxen	21
Abbildung 16: Strukturierte Überleitungsbögen durch Krankenhäuser.....	22
Abbildung 17: Arbeitsmarktentwicklung in der Krankenpflege 2002/2004	24
Abbildung 18: Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege 2002/2004	25
Tabelle 1: Entwicklung des Gesundheitspersonals in ambulanten Pflegeeinrichtungen	26
Abbildung 19: Gesundheitspersonal in der ambulanten Pflege insgesamt.....	27
Abbildung 20: Examinierendes Krankenpflegepersonal in der ambulanten Pflege	27
Tabelle 2: Überstunden des Pflegepersonals	28
Abbildung 21: Häufigkeit der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals.....	29
Abbildung 22: Dauer der Krankheitsausfälle des Pflegepersonals.....	29
Abbildung 23: Anzahl der Bewerbungen pro zu besetzender Stelle.....	30
Abbildung 24: Zunahme an Bewerbern aus dem Krankenhaus	31
Abbildung 25: Qualifikation der Bewerber	31
Abbildung 26: Aufwand der Personalgewinnung	32
Abbildung 27: Regionale Unterschiede im Aufwand, geeignetes Personal zu finden.....	33
Abbildung 28: Erwartete Zunahme an examiniertem Personal	34
Abbildung 29: Vorbereitung auf Ausweitung der praktischen Ausbildung	35
Abbildung 30: Beschreibung notwendiger Veränderungen	37
Abbildung 31: Wege der Erhöhung von Bewerberzahlen	38
Tabelle 3: Verteilung Anteil der betreuten Patienten in den Pflegestufen	39
Abbildung 32: Verteilung nach Bundesländern.....	39
Abbildung 33: Verteilung nach Trägern	40
Abbildung 34: Verteilung nach Antwortenden in Berufen und Funktionen	41
Abbildung 35: Verteilung nach Anzahl der betreuten Patienten	42

8. Literatur- und Internetverzeichnis

(sowohl verwendete Hintergrundliteratur als auch zitierte Literatur und besuchte Internetadressen)

- Badura, B., Schellschmidt, H. Vetter, C.: *Fehlzeitenreport 2003*. Heidelberg, New York. Springer, 2004
- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D., Koch, V., Zegelin-Abt, A.: *Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung*. Frankfurt. Mabuse-Verlag, 2001
- Brandenburg, H., Sowinski, C.: *Alltagsaktivitäten in Gerontologie und Pflege*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Darmstadt. Steinkopf Verlag, 1996
- Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg, Mai 2003
- Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg, Mai 2004
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (KrPflAPrV)
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) *Berufsbildungsbericht 2003*, Berlin, 2003
- BPA, DPR, AVG, LFK NRW, VAKS: *Berliner Erklärung zur Zukunft der Pflegeversicherung*. Berlin, Hauptstadtkongress, 25.06.2003
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück, 2002
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) (Hrsg.): *Pflege-Thermometer 2002*, Köln, Juli, 2002
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip), Forschungsgruppe metrik (Hrsg.): *Pflege-Thermometer 2003*, Köln, Bermuthshain, Juni, 2003
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.): *Diskussionspapier Nr. 240: Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*. Berlin, 2001
- Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes: *Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen in 1 000 (Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe) Tabelle eingeschränkt durch Stichwort(e): ambulante Pflege Personal (Stand 01.10.2004)*
- Dritter Bericht: *Pflegestatistik 2001- Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Ambulante Pflegedienste*. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2003
- Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung; 1997; Bundestagsdrucksache 13/9528,
- Flieder, M.: *Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege*. Mabuse, Frankfurt/Main, 2002
- Gutachten des Sachverständigenrates der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. *Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6871, 31.08.2001*
- Halek, M.: *Wie misst man Pflegebedürftigkeit. Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit*. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2003.
- Höhmann, U.: *Die Aktivitäten des täglichen Lebens in der Begutachtung nach SGB XI*. In: *Steppe (Hrsg.): Pflegebegutachtung- besser als ihr Ruf?* Frankfurt a.M. Fachhochschulverlag, 1998 S. 38-51

<http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php> (Stand 22.09.2004)

<http://www.next-study.net>

<http://www.springeronline.com/sgw/cda/frontpage/0,11855,1-40024-2-104424-0,00.html>
(Stand 01.10.2004)

Isfort, M., Brühl, A., Weidner, F.: *Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) - Eine empirische Grundlegung*, Hannove. Schlütersche Verlagsgesellschaft 2004

Isfort, M., Weidner, F.: *Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) – Grundlagen einer empirisch begründeten Darstellung des Pflegeaufwandes*. In: *Nightingale*. Freiburg. Vincentz Verlag, Heft 06/2004

Klie, T.: *Selbstbestimmte Pflegearrangements werden den häuslichen Pflegemarkt revolutionieren. Wie es Euch gefällt: Personenbezogene Pflegebudgets proben den Auftritt*. In : *FORUM SOZIALSTATION*. Bonn 2004, Heft 126, S. 12ff

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: *Stationäre Altenhilfe. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit*. Düsseldorf, 2004

Pflegestatistik 2001. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2003

Pflegestatistik 1999. Statistisches Bundesamt. Bonn, 2001

Pflegebedürftigkeitsrichtlinien vom 07.11.1994, geändert durch Beschluss vom 21.12.1995

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2002, S. 86:

Schneekloth et al.: *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG 3)*. München 2003

Statistisches Bundesamt (Hrsg): *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung –Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999*, Bonn, 2002

Statistisches Bundesamt (Hrsg): *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung –Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003*, Bonn, 2004

Sozialgesetzbuch (SGB XI) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I 2001, S. 3728)

Statistische Bundesamt, <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab6.php>, 13.09.2004

Statistisches Bundesamt — Pressestelle Wiesbaden: *Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden, 2003

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen

Verdi (Hrsg): *Ambulante Pflege Ein Arbeitsfeld mit Zukunft*. Hamburg, 2004

www.gbe-bund.de, 21.09.2004

Zegelin-Abt, A.: *Pflegebedürftigkeit- Was ist gemeint?* In: *Dr. med. Marbuse*. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag, 123/2000

Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2001; Bundestagsdrucksache 14/5590