

Pflege-Thermometer 2016

***Eine bundesweite Befragung von Führungskräften
zur Situation der Pflege und Patientenversorgung
in der ambulanten Pflege***

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15

50670 Köln
Tel.: 0221 / 4686130
Fax: 0221 / 4686139

<http://www.dip.de>

Pflege-Thermometer 2016

„Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege“

Projektleitung: Prof. Dr. Michael Isfort
Prof. Dr. Frank Weidner

Projektmitarbeit: Ruth Rottländer, Danny Gehlen, Jonas Hylla, Daniel Tucman

© 2016 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln

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

Zitationsvorschlag:

Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D.; Hylla, J. (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>, Köln

Die Studie wurde mit Mitteln der **B. BRAUN-STIFTUNG** gefördert

Die Studie wurde unterstützt vom Pflegelotsen des Verbands der Ersatzkassen e. V.

Inhalt

1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	1
1.1 Finanzielle Situation mit Licht und Schatten	1
1.2 Personalmangel begrenzt Wachstum	3
1.3 Abrechnungs- und Verordnungswesen weist Reformbedarf auf	5
1.4 Kommunale Entwicklung setzt Stärkung der ambulanten Pflege voraus.....	7
2 Hinweise zum Pflege-Thermometer	10
2.1 Die Pflege-Thermometer-Reihe	10
2.2 Zielgruppen der Berichte	10
2.3 Das Pflege-Thermometer 2016	11
3 Kennzahlen des Gesundheitswesens	13
3.1 Ausgabenentwicklungen im Gesundheitswesen	13
3.2 Ausgabenentwicklungen der ambulanten Versorgung	14
3.3 Entwicklungen und Prognosen zur Pflegebedürftigkeit.....	16
3.4 Zentrale Entwicklungen der ambulanten Versorgung	19
3.4.1 Entwicklungen der Pflegebedürftigen in ambulanter Versorgung	20
3.4.2 Entwicklungen der Anzahl ambulanter Dienste	22
3.5 Arbeits- und Beschäftigungsmarkt der pflegerischen Berufe	24
3.5.1 Kennzahlen der Beschäftigungssituation in pflegerischen Berufen	24
3.5.2 Kennzahlen der Beschäftigungssituation in ambulanten Diensten	31
3.6 Zusammenfassende Betrachtung der Entwicklungen	36
4 Methodenbeschreibung der Studie	38
4.1 Stellenwert der Literatur	38
4.2 Fragebogenkonstruktion.....	39
4.3 Datenerhebung.....	40
4.4 Ethik und Datenschutz	41
4.5 Aufbereitung und Auswertung der Daten	41
4.6 Repräsentativitätsprüfung	42
4.7 Geografische Verteilung der Einrichtungen in der Stichprobe	44
5 Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2016.....	46
5.1 Strukturdaten der Pflegedienste.....	46
5.2 Leistungsspektrum und Klient*innenversorgung	49
5.2.1 Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste	49
5.2.2 Tagespflege.....	54
5.2.3 Beratungsbesuche nach § 37b SGB XI	56
5.2.4 Entlastungs- und Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI	57
5.2.5 Angebote der Palliativversorgung	57
5.2.6 Versorgungsveränderungen in den Familien	59
5.3 Rahmenbedingungen und Finanzsituation.....	61
5.3.1 Umsätze und Leistungsgeschehen	61
5.3.2 Abrechnungsformen und tarifliche Grundlagen	64
5.3.3 Einschätzungen zur Finanzsituation	67
5.3.4 Limitierungen im Rahmen der Finanzsituation.....	68
5.4 Personalsituation in den ambulanten Diensten	72
5.4.1 Personalkennzahlen der ambulanten Pflegedienste.....	72
5.4.2 Berechnung offener Stellen in ambulanten Pflegediensten	77
5.4.3 Personaleinsatz bei der Touren- und Versorgungsplanung	80
5.4.4 Personalfluktuaton der ambulanten Pflegedienste.....	82

Verzeichnisse

5.4.5 Einschätzungen zur Personalbelastung	84
5.4.6 Einschätzungen zur Personalsituation	86
5.5 Kooperation mit Akteuren	89
5.5.1 Bewertung der Güte der Kooperation mit Akteuren	91
5.5.2 Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte	94
5.5.3 Ehrenamt und unterstützende Beratung	100
5.6 Sozialraumorientierung und kommunale Versorgung	102
5.6.1 Einschätzungen zur kommunalen Sicherstellung von Angeboten	103
5.6.2 Einschätzungen zur kommunalen Netzwerkbildung	106
5.7 Aktuelle Entwicklungen und Bewertungen	108
5.7.1 Einschätzungen zu den Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes I.....	108
5.7.2 Einschätzungen zu den Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II.....	110
5.7.3 Einschätzungen zu den Auswirkungen der Entbürokratisierung	112
6 Schlussbetrachtung und Empfehlungen	116
6.1 Empfehlung I: Pflegeausbildung und Bildungsplanung stärken	116
6.2 Empfehlung II: Teilzeitarbeit reduzieren	118
6.3 Empfehlung III: Leistungszuschläge aufnehmen	120
6.4 Empfehlung IV: Netzwerkarbeit strukturiert befördern	121
6.5 Empfehlung V: Entbürokratisierung fortführen	122
Literaturverzeichnis.....	124
Anhang Fragebogen	130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung 1997-2014	16
Abbildung 2: Kennzahlen zur Pflegebedürftigkeit	17
Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger in ambulanten Diensten 1999 bis 2013 ..	21
Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl ambulanter Dienste 1999 bis 2013	23
Abbildung 5: Arbeitsmarkt auf Fachkraftniveau Berufeccluster 813 in den Ländern in 2015	26
Abbildung 6 Arbeitsmarkt auf Fachkraftniveau Altenpflege in den Ländern in 2015	27
Abbildung 7: Offene Stellen und Arbeitslose im Dezember 2015	28
Abbildung 8: Beschäftigungsentwicklung in den Ländern von 1999 bis 2013.....	31
Abbildung 9: Beschäftigte Pflegende in ambulanten Diensten 1999 bis 2013	33
Abbildung 10: Altersverteilung der Mitarbeiter*innen in ambulanten Pflegediensten in 2013	34
Abbildung 11: Personalentwicklung „Grundpflege“ in den Ländern von 1999 bis 2013.....	35
Abbildung 12: Prozentuale Entwicklungen der ambulante Pflege von 1999 bis 2013	37
Abbildung 13: Verteilung der ambulanten Dienste in den Ländern	43
Abbildung 14: Verteilung der teilnehmenden Dienste nach Postleitzahlbezirken	45
Abbildung 15: Art der Einrichtung	46
Abbildung 16: Trägerschaften der Dienste	47
Abbildung 17: Mitgliedschaften in Verbänden	48
Abbildung 18: Technische Ausstattung der Dienste	49
Abbildung 19: Ausrichtung nach Leistungsarten	50
Abbildung 20: Leistungsspektrum der ambulanten Dienste 1	51
Abbildung 21: Leistungsspektrum der ambulanten Dienste 2	52
Abbildung 22: Leistungsspektrum der ambulanten Dienste 3	53
Abbildung 23: Anteil der Einsätze differenziert nach SGB V und SGB XI	54
Abbildung 24: Einschätzungen zur Palliativversorgung	58
Abbildung 25: Einschätzungen zur Veränderung der Komplexität in der Klient*innenversorgung	60
Abbildung 26: Einschätzungen zur Veränderung der Komplexität in der Angehörigenbetreuung	61
Abbildung 27: Einschätzungen zur Umsatzveränderung in den ambulanten Diensten	62
Abbildung 28: Veränderungen der Anzahl betreuter Klient*innen nach Leistungsbereichen	62
Abbildung 29: Ausprägungen privat finanzierter Leistungen durch die Familien	64
Abbildung 30: Abrechnungspraxis in den ambulanten Diensten	65
Abbildung 31: Tarifliche Orientierungen bei der Finanzierung	66
Abbildung 32: Kostensteigerungen und Vergütungsverhandlungen.....	67
Abbildung 33: Einschätzungen zur Finanzsituation 1	68
Abbildung 34: Auswirkungen eines Personalmangels auf die Klient*innenversorgung.....	69
Abbildung 35: Ausprägungen von nicht kostendeckender Leistungserbringung	70
Abbildung 36: Ausprägungen von Verordnungsschwierigkeiten (drei Monate)	71
Abbildung 37: Einschätzungen zur Personalbesetzung	73

Verzeichnisse

Abbildung 38: Personalbereiche, in denen Bedarfe bestehen	74
Abbildung 39: Altersverteilung der beschäftigten Pflegefachkräfte	76
Abbildung 40: Angaben zur personellen Ausrichtung bei der Tourenplanung.....	82
Abbildung 41: Richtung der Personalfluktuatation der ambulanten Pflegedienste	83
Abbildung 42: Gründe für die Personalfluktuatation	84
Abbildung 43: Einschätzungen zur Belastung des Pflegepersonals	85
Abbildung 44: Einschätzungen zu gesundheitsbezogenen Einschätzungen des Personals	86
Abbildung 45: Einschätzungen zur Personalsituation 1.....	87
Abbildung 46: Einschätzungen zur Personalsituation 2.....	88
Abbildung 47: Einschätzungen zur Personalsituation 3.....	89
Abbildung 48: Einschätzungen zur Berücksichtigung der pflegerischen Expertise 1.....	90
Abbildung 49: Einschätzungen zur Berücksichtigung der pflegerischen Expertise 2.....	91
Abbildung 50: Überblick zur positiven oder negativen Güte der Kooperationseinschätzung.....	92
Abbildung 51: Einschätzungen zur Kooperation in Schulnoten 1.....	93
Abbildung 52: Einschätzungen zur Kooperation in Schulnoten 2.....	93
Abbildung 53: Einschätzungen zu Haushalts- und Betreuungskräften.....	96
Abbildung 54: Bewertung zentraler Aspekte der Kooperation und Abgrenzung	99
Abbildung 55: Einschätzungen zur Einbindung von Ehrenamt und Beratungsangeboten	101
Abbildung 56: Einschätzungen zur ländlichen Versorgung.....	104
Abbildung 57: Bewertung regionaler Versorgungsangebote	106
Abbildung 58: Einschätzungen zu kommunalen Arbeitsgruppen.....	107
Abbildung 59: Einschätzungen zu quartiersbezogenen Versorgungskonzepten.....	107
Abbildung 60: Einschätzungen zum Pflegestärkungsgesetz I	110
Abbildung 61: Einschätzungen zum Pflegestärkungsgesetz II	112
Abbildung 62: Einschätzungen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	114
Abbildung 63: Einschätzungen zur Entbürokratisierung des Antragswesens 1.....	114
Abbildung 64: Einschätzungen zur Entbürokratisierung des Abrechnungswesens 2	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der versorgten Klient*innen in der Stichprobe	53
Tabelle 2: Kennzahlen der ambulanten Dienste zur Tagespflege.....	55
Tabelle 3: Kennzahlen der ambulanten Dienste zu Betreuungs- und Entlastungsleistungen	57
Tabelle 4: Personalausstattung und offene Stellen in der Stichprobe	73
Tabelle 5: Einschätzungen zur Teilzeitarbeit in der ambulanten Pflege	75
Tabelle 6: Mobilität der Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege	77
Tabelle 7: Personalmangelkalkulation Modellvariante 1	78
Tabelle 8: Personalmangelkalkulation Modellvariante 2	79
Tabelle 9: Personaleinsatz und Tourenplanung	80
Tabelle 10: Maximale Entfernung bei der Klient*innenversorgung	81
Tabelle 11: Fluktuation von Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege	83
Tabelle 12: Haushalte mit einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft	95
Tabelle 13: Auswirkungen der Arbeit von Haushalts- und Betreuungskräften	97

1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Das folgende Kapitel fasst die Trends und Entwicklungen der vorliegenden Studie unter ausgewählten Aspekten zusammen.

1.1 Finanzielle Situation mit Licht und Schatten

Bei den ambulanten Diensten in der Stichprobe handelt es sich überwiegend um kleinere und primär um eigenständige Einrichtungen (80 %) in überwiegend privater Trägerschaft (55 %). Sie versorgen durchschnittlich rund 63 pflegebedürftige Personen mit Leistungen nach SGB XI und 67 Klient*innen mit häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfeleistungen nach SGB V, wobei hier einzelne große Einrichtungen die Durchschnittszahlen entsprechend beeinflussen. Die am häufigsten genannten Werte in der Studie liegen mit 40 Pflegebedürftigen überwiegend mit Leistungen nach SGB XI und 50 Klient*innen mit häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V etwas niedriger. Hinsichtlich der Anzahl der Beschäftigten weisen sie im Durchschnitt rund 17 Mitarbeiter*innen aus der Gruppe der dreijährig qualifizierten Pflegefachkräfte aus. Durchschnittlich 19 Mitarbeiter*innen anderer Professionen sowie aus dem Bereich der Pflegeassistentenberufe (Altenpflegehilfe/Krankenpflegehilfe und -assistenz) werden pro Dienst beschäftigt.

Betrachtet man die finanzielle Situation in den ambulanten Diensten, so zeigen sich unterschiedliche Risiken und Chancen. Auch wenn ein gewisses Risikopotenzial beschrieben wird, so sind nach eigenen Angaben in der Studie nur rund 4,4% der ambulanten Dienste substantiell in ihrer Existenz bedroht.

Ein zentraler Aspekt der finanziellen Situation ist das Leistungsgeschehen in der Versorgung. Diesbezüglich kann aufgezeigt werden, dass in den Einsätzen überwiegend kombinatorische Leistungen aus dem Finanzierungsbereich des SGB V (Krankenversicherung) und des SGB XI (Pflegeversicherung) durchgeführt werden. Bezogen auf die Umsatzsituation in den Einrichtungen sind aber im arithmetischen Mittel mittlerweile stärker die Leistungen aus dem Bereich des SGB XI relevant. Sie fallen mit rund 49 % etwas höher aus als die Umsätze der häuslichen Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V (44 %). Die restlichen Umsätze sind privat finanzierte Leistungen der Klient*innen (ca. 7 %).

Insgesamt 66,3 % und damit zwei von drei Diensten geben an, dass sie ihren Umsatz gegenüber dem Vorjahr steigern konnten. Dies führt in der Konsequenz jedoch nicht automatisch zu einer Steigerung der Erlöse. Dies bestätigt mit 49,9 % nur jeder zweite Dienst. Ferner werden hier Einschränkungen aufgezeigt. So gibt weniger als jeder zehnte Pflegedienst (8,8 %) voll zustimmend an, dass die erzielten Erlöse auch Spielräume für strategisch wichtige Ausgaben, z.B. für zusätzliches Personal, zulassen.

Die Steigerungen der Umsätze und die in Teilen erreichte Steigerung der Erlöse können dabei vor allem auf die Zunahme der Versorgungsaktivitäten zurückgeführt werden. In der Gegenüberstellung der Zu- bzw. Abnahme der Anzahl der betreuten Klient*innen nach Leistungsbereichen für den Zeitraum von 2015 gegenüber 2014 zeigt sich, dass knapp 60 % der befragten ambulanten Dienste eine Abnahme bezüglich der Versorgungsleistungen nach SGB V beobachten. In fast gleicher Ausprägung (56,6 %) steigt die Zunahme in der Versorgungs- und Betreuungsleistungen nach SGB XI an.

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene stetige Steigerung der Bedarfe in der Bevölkerung stellen aus der finanziellen Perspektive heraus eine tragende Säule dar, auf der die ambulanten Dienste ihre Finanzierung absichern können. Weiterhin tendenziell schwierig scheint es hingegen zu sein, Leistungen, die nicht über die Säulen der Sozialversicherungssysteme getragen werden, am Markt zu platzieren. Insgesamt beobachtet nur rund jeder vierte ambulante Pflegedienst (24,8 %) zwischen 2014 und 2015 eine Zunahme bei der Bereitschaft der Klient*innen, zusätzliche privat finanzierte Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dem steht jedoch ein ähnlich großer Anteil (28,5 %) gegenüber, der dies nicht bestätigen kann.

Die ambulanten Dienste konkurrieren insbesondere im Bereich der häuslichen Betreuung mit Anbietern von ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften. Diesbezüglich beobachten sie eine deutliche Zunahme und rund jeder zweite Pflegedienst wurde im vergangenen Jahr von Klient*innen angesprochen, bei der Vermittlung von ausländischen Haushalts- und Betreuungskräften zu helfen. Rund 5 % der Klient*innen der ambulanten Dienste beschäftigen regulär oder irregulär eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft. Mittlerweile stellt jeder sechste Dienst einen angefragten Kontakt her (17 %). 15 % planen hier eine konkrete Kooperation einzugehen. Die Dienste beobachten dabei einerseits die Notwendigkeit der umfassenden Betreuung bei den Klient*innen und weisen auch auf, dass sie insgesamt überwiegend eine Verbesserung der Gesamtversorgung beobachten (40 %). Zugleich beschreiben sie im Durchschnitt je zwei Klient*innen, die aufgrund der Beschäftigung einer Haushalts- und Betreuungskraft die Versorgungsverträge für die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung bei ihnen kündigten. In der direkten Fragestellung, ob die Dienstleistungen der ausländischen Haushalts- und Betreuungskräfte für die ambulanten Dienste eine existenzielle Bedrohung darstellen, sind es 12,3 %, die dies als sehr bedrohlich einschätzen. Dem stehen 14,2 % gegenüber, die die Angebote als gar nicht bedrohlich einstufen. Jeder zweite Dienst gibt dabei an, dass die Dienstleistungen rund um die 24-h-Pflege in ihrem Dienst diesbezüglich keine Rolle spielen.

Im Hinblick auf allgemeine Risiken, die von den ambulanten Diensten benannt werden, lassen sich unterschiedliche Aspekte darstellen. Einer der Aspekte betrifft die Berücksichtigung von tariflichen Grundlagen in der Entlohnung der Mitarbeiter*innen. Seit dem 01.01.2015 wurde im § 89 im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I

festgeschrieben, dass bei den Bemessungsgrundsätzen tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen seitens der Kostenträger nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Eine entsprechende Umsetzung dieser Regelung scheint zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht vollumfänglich erreicht worden zu sein. Nur etwa jeder vierte Dienst gibt an (25,6 %), dass entsprechende Personalkostensteigerungen in den Vergütungsverhandlungen bereits geltend gemacht werden konnten. Ähnlich sieht es mit Sachkostensteigerungen aus. Auch hier gaben lediglich 24,3 % an, dass die Kostensteigerungen in den Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden konnten.

Als gravierendes finanzielles Risiko werden Leistungsbereiche beschrieben, die in der Anlage nicht kostendeckend durchgeführt werden können, gleichwohl sie seitens der ambulanten Dienste im Kontext der professionellen Arbeit, des eigenen Selbstverständnisses oder sogar auf gesetzgeberisch verankerter Basis durchgeführt werden. Insbesondere sind dies erhöhte Betreuungszeiten in Krisen oder in der Phase des Sterbens (Sterbebegleitung). Darüber hinaus geben die ambulanten Dienste an, dass eine Versorgung von Klient*innen mit einem Anfahrtsweg von mehr als 25 km kaum kostendeckend erscheinen. Angesichts eines durchschnittlichen Radius der Versorgung von rund 16 km stellt sich hier insbesondere in der Flächenversorgung die Frage der Sicherung durch ambulante Dienste. Die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 werden als dritter relevanter Bereich unterfinanzierter Leistungen benannt. Hier konnte im Zuge der Pflegereformen keine substantielle Steigerung erzielt werden und die Beratung bleibt damit in der Tendenz eine Zusatzleistung, die durch die ambulanten Dienste selbst mitgetragen und mitfinanziert wird.

Die ambulanten Pflegedienste blicken dennoch tendenziell optimistisch in die Zukunft. Jeder vierte Dienst plant noch für 2016 einen weiteren Ausbau des Betriebs, indem mehr Klient*innen betreut werden sollen und auch mehr Personal beschäftigt werden soll. Weitere 32,4 % stimmen dem tendenziell eher zu. Damit geht mehr als die Hälfte der befragten Dienste davon aus (56,8 %), dass in 2016 ein Leistungszuwachs eingeplant wird. Diesem geplanten Aufbau stehen jedoch auch Limitierungen gegenüber.

1.2 Personalmangel begrenzt Wachstum

Die ambulante Pflege in Deutschland insgesamt zeigt ein kontinuierliches Wachstumspotenzial auf. Nicht nur die Anzahl der Pflegedienste insgesamt stieg zwischen 1999 und 2013 in den Bundesländern um fast 2.000 Dienste (+ 18 %) an. Mit einer ebenfalls beobachtbaren deutlichen Zunahme in der Versorgung von Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2013 um rund 200.000 Personen (+ 48 %) ist auch eine Beschäftigungszunahme im ambulanten Sektor verbunden. Im Beobachtungszeitraum stieg die Zahl der Beschäftigten insgesamt von rund 184.000 auf 320.000 (+ 75 %).

Die pflegerischen Berufe spielen dabei eine zentrale Rolle. So waren Ende 2013 in den ambulanten Diensten 158.000 Personen mit einer dreijährigen pflegerischen Ausbildung tätig. Weitere 27.800 Beschäftigte der Altenpflegehilfe und Krankenpflegehilfe und -assistenz verdeutlichen die Bedeutung der pflegerischen Berufe in diesem Feld. Insbesondere in der Altenpflege erfolgte zwischen 1999 und 2013 eine Zunahme an Beschäftigten um rund 43.200 Personen.

Die Zunahme der Versorgungsleistungen konnte nur vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit realisierten steigenden Beschäftigungszahlen geleistet werden. Diese Entwicklung jedoch scheint vor dem Hintergrund der parallel verlaufenden Bedarfsentwicklungen in anderen Sektoren der pflegerischen Versorgung (teil-/vollstationäre Pflege/Krankenhaus) an Grenzen zu stoßen. Im ambulanten Sektor sind nun bereits erhebliche Lücken im Personalbereich erkennbar, die aktuell nicht mehr zu schließen sind. Unterschiedliche Modellvarianten der Berechnung zeigen eine aktuelle Unterdeckung bzw. eine Anzahl an offenen und nicht zu besetzenden Stellen für die dreijährig qualifizierten Pflegefachkräfte im Volumen von mindestens 21.230 bis maximal 37.200 Stellen auf (jeweils Vollzeitäquivalente). Dabei ist der bestehende Personalmangel eindeutig ein Mangel an fachqualifizierten Personen. Gesucht werden insbesondere Pflegefachkräfte, die behandlungspflegerische Leistungen erbringen können. Der Suche nach Personal auf der einen Seite steht eine unzureichende Bewerberlage auf der anderen Seite entgegen. So gibt nur jeder zehnte Pflegedienst an, dass er mehr Bewerbungen erhalten hat, als er an offenen Stellen insgesamt zur Verfügung hatte.

Die Möglichkeiten, Fachkräfte zu rekrutieren, werden durch unterschiedliche Faktoren begrenzt. Zu nennen ist dabei vor allem die räumliche Distanz und damit der regionale Raum, aus dem potenzielle Mitarbeiter*innen für die Pflegearbeit im ambulanten Dienst gewonnen werden können. Der Großteil der aktuell Beschäftigten lebt im Umkreis von rund 12 km von der Betriebsstätte entfernt. Als maximalen Anfahrtsweg, den Mitarbeitende zurücklegen würden, schätzen die ambulanten Dienste einen Umkreis von bis zu 25 km ein. Damit ist die Personalrekrutierung eine regional zu beantwortende Aufgabe. Ein weiterer Faktor liegt in der Begrenzung der konkreten Stellenangebote, die unterbreitet werden können. Mit einem Anteil von nur rund einem Drittel an Beschäftigten, die in Vollzeit arbeiten, ist der ambulante Sektor in hohem Maße ein Teilzeitarbeitsbereich. Dabei schätzen die ambulanten Dienste den Anteil an notwendigen Teilzeitstellen auf durchschnittlich rund 58 %, wobei 80 % der am häufigsten genannte Wert war. Eine Öffnung hin zur Mehrarbeit und zu Angeboten an Vollzeitstellen kann vor diesem Hintergrund nur unzureichend realisiert werden.

Der Personalmangel zeigt sich in der Folge u.a. auch in dem gestiegenen Aufwand, der geleistet werden muss, um offene Stellen zu besetzen. Er wirkt sich auch auf die

Personen aus, die aktuell in den Diensten arbeiten. Nicht zuletzt bedeutet die Zunahme an komplexen Versorgungssituationen und das Erbringen von unterfinanzierten Leistungen, dass die im ambulanten Sektor beschäftigten Pflegekräfte einer erhöhten Arbeitsbelastung unterliegen, die sich in der steigenden Anzahl an Überstunden, Zunahme krankheitsbedingter Ausfälle und der Anzahl an Krankheitstagen sowie verlängerten Krankheitsdauern manifestieren. Als Hauptgrund für ein Ausscheiden aus dem ambulanten Dienst werden gesundheitliche Gründe bei den Mitarbeiter*innen genannt.

Der Personalmangel ist dabei bereits versorgungs- und erlösrelevant. Mehr als jeder zweite Dienst gibt an, dass er Klient*innenanfragen in 2015 aufgrund eines Personalmangels nicht beantworten konnte. Rund jeder fünfte Dienst plant einen Ausbau an Leistungsangeboten, den er aktuell aufgrund des Fachkräftemangels aber nicht realisieren kann, und zwei von drei Diensten widersprechen der Aussage, dass sie die betrieblichen Ziele vollumfänglich erreichen konnten und von einem Fachkräftemangel überhaupt nicht betroffen sind.

Perspektivisch wird sich diese Personalsituation in der ambulanten Pflege in absehbarer Zukunft weiter zuspitzen. Denn den weiter steigenden Versorgungsbedarfen der Bevölkerung auf der einen Seite steht eine Zunahme des altersbedingten Ausscheidens von Pflegekräften auf der anderen Seite gegenüber. Die altersbezogen größte Gruppe der Beschäftigten liegt bei 41-50 Jahren. Rund 15 % der Mitarbeitenden in der Pflege sind aktuell 56 Jahre alt oder älter und gehören somit zu denjenigen, die in den kommenden Jahren vorzeitig bzw. mit Eintreten ins Rentenalter in den Ruhestand gehen werden. Für die ambulanten Dienste entsteht daraus ein sich derzeit abzeichnender Ersatzbedarf von rund 23.500 Pflegekräften im Zeitraum der nächsten zehn Jahre.

1.3 Abrechnungs- und Verordnungswesen weist Reformbedarf auf

Die Abrechnungs- und Verordnungspraxis stellt für die ambulanten Dienste nicht nur hinsichtlich der finanziellen Sicherung einen zentralen Aspekt der täglichen Arbeit dar. Sie ist auch mit einem erheblichen Aufwand in der Nachweispflicht und der Dokumentation verbunden. Eine verlässliche Grundlage hinsichtlich ärztlich verordneter Leistungen stellt dabei die Basis für eine Planungssicherheit in den Betrieben dar.

Ambulante Dienste agieren in einem Feld, in dem sie in hohem Maße von der Kooperation mit anderen Akteuren abhängig erscheinen. So müssen seitens der behandelnden Ärzte Verordnungen über die Leistungen erstellt werden, die zur Abrechnung der Leistungen berechtigen. Jenseits der von den Pflegenden festgestellten Bedarfe und Hinweise ist dies häufig mit Aushandlungsprozessen verbunden. Liegen Verordnungen vor, so müssen diese von den Kostenträgern geprüft und genehmigt werden. Erst dann kann der ambulante Dienst sicher sein,

dass die vorgenommenen Maßnahmen auch eine gesicherte finanzielle Grundlage haben. Im Kontext dieses Aushandlungs- und Genehmigungsdreiecks kommt es jedoch immer wieder zu Spannungen und Problemen. Die Klient*innenversorgung jedoch muss während dieser Phase gesichert werden. Das führt nicht selten zur Übernahme von Leistungen, die in Teilen erst nachträglich legitimiert sind und zunächst ein eigenes Risiko für die ambulanten Dienste darstellen.

Hier zeigen sich erhebliche Defizite in der Praxis. Eine Aberkennung von Leistungen, die Nichtberücksichtigung von bereits durchgeführten und verordneten Leistungen oder auch die zeitliche Verzögerung bis zur endgültigen Anerkennung sind längst die Regel und keine Ausnahme mehr im Rahmen der Arbeit der ambulanten Dienste und der Kooperation mit den Krankenkassen.¹ Dies wird in der Studie eindrucksvoll anhand einer Einschätzung zur Anzahl von Genehmigungen im Zeitraum der letzten drei Monate belegt.

In der Relation kommt auf 4,6 widerspruchsfrei anerkannte Verordnungen eine vollständige Ablehnung einer Verordnung seitens der Kostenträger. Ähnlich sieht es mit den Verordnungen durch den behandelnden Arzt aus, die nur teilweise genehmigt wurden. Hier ist das Verhältnis bereits 4:1. Bei rund jeder dritten Verordnung wird vom Kostenträger dazu aufgefordert, zusätzlich zu den bereits eingereichten Dokumenten weitere Unterlagen nachzureichen. Im „Ranking“ der mit der Abrechnungspraxis benannten Probleme steht an vorderer Stelle, dass die ambulanten Dienste auf eine Genehmigung länger als vier Wochen warten mussten.

Die Einflussnahme der ambulanten Dienste auf die Verordnungen im Sinne einer Berücksichtigung der pflegerischen Expertise wird in der Studie bestätigt. Dies ergibt sich aus der Kenntnis der Pflegenden vor Ort, die ihre fachlichen Einschätzungen in den Aushandlungsprozess mit einbringen. Dabei ist jedoch zu beobachten, dass die pflegerische Expertise nicht überall im gleichem Umfang Berücksichtigung findet. So geben 60 % tendenziell zustimmend an, dass die fachliche Einschätzung der Pflegenden bei den Hausärzten auch zur vorgeschlagenen Verschreibung führt. Bei den Fachärzten fällt dies etwas geringer aus. Hier sind es lediglich 36 % Zustimmung. Bezüglich der Genehmigung von Hilfsmitteln durch die Krankenkassen sind es mit 32 % leichtgradig geringere Zustimmungen.

Im Kontext dieser Problemlage sind auch Bewertungen zur Kooperation zu verstehen. Die Güte der Kooperation mit den Hausärzten wird dabei im oberen Bereich mit eher guten „Schulnoten“ bewertet. 17,5 % bewerten die Kooperation mit „sehr gut“, weitere 49,5 % vergeben hier ein „gut“. Die Kooperation mit den Fachärzten sehen rund 7 % im Bereich eines „sehr gut“ und 34 % bewerten sie mit „gut“. Geringfügig

¹ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Autoren der Studie uneingeschränkt die Kontroll- und Prüfungsmöglichkeiten befürworten. Im Zuge der aktuellen Diskussionen um den bandenmäßigen Betrug in der ambulanten Versorgung wird zugleich davor gewarnt, hier einen gesamten Sektor der Versorgung unter Generalverdacht zu stellen. Mit krimineller Energie betriebener Sozialbetrug auf der einen Seite sollte nicht dazu führen, die generelle Praxis unter Verdacht zu stellen.

schlechter wird im Kontext die Kooperation mit den Sachbearbeitungen in den Krankenkassen gesehen. Hier sind es nur 5 %, die eine sehr gute Kooperation beschreiben, und 31 %, die eine gute Kooperation beschreiben. Mit 25 % weist hier jedoch bereits jeder vierte Dienst eine ausreichende oder mangelhafte Kooperation aus.

Die Verordnungs- und Abrechnungspraxis wird als ein wichtiger Bereich im Rahmen von weiteren Maßnahmen zur Entbürokratisierung benannt. Mit der Entbürokratisierung der Informationssammlung im Rahmen der Pflegeplanung wurde ein erster Teilschritt unternommen, der bei den ambulanten Diensten auf eine breite Zustimmung stößt (insgesamt rund 90 %). In ähnlichem Umfang (91 %) aber sehen die ambulanten Dienste einen drängenden Reformbedarf beim Beantragungswesen und 90 % wünschen sich eine Entbürokratisierung im Abrechnungswesen.

1.4 Kommunale Entwicklung setzt Stärkung der ambulanten Pflege voraus

Die Sicherstellung der Angebote an Pflegeberatung, Case Management wie auch der pflegerischen Versorgung ist und bleibt eine zentrale Aufgabe der Pflegekassen und Kommunen unter zukünftig stärkerem Einbezug von Sorgegemeinschaften und unter Herausbildung regionaler Sorgestrukturen. Es bedarf zukünftig einer regionalen und damit kommunalen Sorgestrukturplanung, die nach vereinbarten Qualitätsstandards funktioniert. So müssen abgestufte ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote barrierefrei erreichbar und vernetzt werden. Die Vorrangigkeit des Ambulanten ist dabei zu berücksichtigen. Mit dem geplanten Pflegestärkungsgesetz III will die Politik in Bund und Ländern diese und weitere Herausforderungen noch in dieser Legislaturperiode aufgreifen.

Es besteht ein weitgehender Konsens in der Literatur und der Politik darüber, dass den Kommunen aufgrund ihrer grundsätzlichen Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern, ihres Aufgabenspektrums in der Daseinsvorsorge sowie ihrer Netzwerkstrukturen unter Einbezug von Versorgungseinrichtungen, Verbänden, Initiativen und Akteuren die zentrale Rolle bei der Planung, Moderation und Steuerung präventiver und pflegerischer Versorgungsstrukturen zukommt und hier die denkbaren und wünschenswerten Möglichkeiten bislang noch nicht ausgeschöpft sind.

Die ambulanten Dienste bestätigen in der Studie diese zu ergänzenden Potenziale. Allerdings gibt nur jeder fünfte Dienst an, dass kommunale Entwicklungen, bezogen auf die pflegerelevanten Sozialraumplanungen der Zukunft, in der Region tendenziell bekannt sind.

Bezüglich einer generellen Einschätzung zur Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten Leistungen in der jeweils eigenen Region zeigt sich, dass zwei von drei Diensten eine vollumfängliche oder mindestens eine umfängliche Abdeckung durch die

vorhandenen Infrastrukturen beschreiben. In den negativen Ausprägungen sind es jedoch 29,4 % der befragten Dienste, die aktuell in ihren Regionen Lücken und keine flächendeckende Versorgungsabsicherung wahrnehmen. Deutlicher wird dies auf Seiten der explizit angefragten Versorgung in ländlichen Regionen. Hier halten sich die positiven Einschätzungen (41,2 %) mit den negativen Einschätzungen (39,3 %) die Waage.

In der Erfassung von ausgewählten Bereichen der Versorgung werden die bestehenden Lücken noch deutlicher. So geben lediglich rund 40 % der ambulanten Dienste an, dass in ihrer Region ein ausreichendes Maß an Tagespflegeplätzen vorhanden ist. Bezogen auf eine kommunale Entwicklung ist dies von großer Bedeutung, denn vor dem Hintergrund leistungsrechtlicher Grundsätze ist eine Forderung, dass sich jeweils mindestens eine Tagespflegeeinrichtung in erreichbarer Nähe vom Wohnort eines Leistungsberechtigten befindet, durchaus realistisch.

Unter den sogenannten neuen Wohnformen werden Formen des Wohnens im Zwischenraum der beiden Pole der privaten Häuslichkeit einerseits und der Heime als Modi stationärer Langzeitpflege andererseits verstanden. Viele dieser sogenannten neuen Wohnformen gab es vereinzelt schon. Nun aber rücken sie in den Fokus einer neuen Aufmerksamkeit und Förderpolitik. Längere Zeit standen dabei zunächst Formen des betreuten Wohnens im Vordergrund, wobei nicht selten die Mietvertragsregelungen zentral thematisiert wurden. Seit einiger Zeit dominiert die Entwicklung von Wohngemeinschaften die Diskussion. Dabei geht es einerseits um selbstorganisierte und selbstverantwortete Wohnformen und andererseits um einrichtungsgetragene und anbieterverantwortete Formen von betreuten Wohngemeinschaften. Auch diese Angebote haben der vorliegenden Studie folgend noch kein Niveau erreicht, das aus der Sicht der ambulanten Dienste eine hinreichende Abdeckung darstellen würde. Nichtstationäre Wohnformen (Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenwohnhäuser etc.) sind lokal den Aussagen zufolge nur zu 18 % in hohem oder hinreichendem Maße vorhanden. 50 % der ambulanten Dienste geben hier an, dass diese unzureichend oder gar nicht vorhanden sind.

Die regionale Angebotsabdeckung mit Einrichtungen und Diensten/Dienstleistungen ist eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite stehen die Möglichkeiten der ambulanten Dienste, zukünftig eine wichtigere Rolle einnehmen zu können. Das setzt beispielsweise nicht nur die Teilnahme an regionale Pflege- und Gesundheitskonferenzen und Sozialraum-Planungen voraus, sondern bedeutet auch, dass Ressourcen vorhanden sein müssten, um diese Netzwerkarbeit in Verbindung mit sogenannten informellen Sorgestrukturen auch produktiv zu nutzen und gestalterisch dabei mitzuwirken. Hier zeigen die ambulanten Dienste deutlich ihre derzeitigen Leistungsgrenzen auf. An entsprechenden kommunalen Arbeitsgruppen oder Pflegekonferenzen nehmen die befragten Dienste nach eigenen Aussagen überwiegend teil (55,3 %). Sie

bewerten die damit verbundenen Informationen, den Austausch und die Diskussionen offenbar überwiegend positiv und hilfreich für die eigene Einrichtung (57,6 %). Zugleich aber markieren Sie Grenzen und Barrieren bei der Entwicklung, die über eine bloße Teilnahme hinausgehen. So geben mehr als die Hälfte der befragten Führungskräfte an, dass konzeptionelle Entwicklungen offenbar mit den vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten nicht geleistet werden können (52,2 %). Lediglich 36 % sehen sich hier bezogen auf die Übernahme von Aufgaben bei quartiersbezogenen Ansätzen gut vorbereitet.

Die ambulanten Dienste sind in großer Anzahl mit der Ent-/Abwicklung des Tagesgeschäfts so beschäftigt, dass eine Mitarbeit an quartiersbezogenen und gemeinwesenorientierten Ansätzen vielfach nicht sichergestellt werden kann (41 %). Dabei spielen auch Informationsdefizite eine zentrale Rolle. Der Informationsgrad wird nur von rund der Hälfte der befragten Einrichtungen als „gut“ bewertet (46 %).

2 Hinweise zum Pflege-Thermometer

In diesem Kapitel erfolgen Hinweise auf die Pflege-Thermometer-Reihe sowie zur vorliegenden aktuellen Befragung.

2.1 Die Pflege-Thermometer-Reihe

Seit 2002 führt das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) in regelmäßigen Abständen eine Pflege-Thermometer-Studie durch. Die einzelnen Untersuchungen der Pflege-Thermometer-Reihe stellen grundsätzlich jeweils eigene deskriptive Querschnittsstudien dar. Kernelemente bilden die Ergebnisse aus bundesweiten Befragungen zu einem Ausschnitt der pflegerischen Arbeit und die Zusammenstellung zentraler Strukturdaten aus amtlichen Statistiken.

Die Pflege-Thermometer stellen Beiträge für den Diskurs in Pflegepraxis und -wissenschaft dar. Die jeweiligen Berichte mit ihren Schwerpunkten stehen interessierten Personen der (Fach-)Öffentlichkeit kostenfrei zur weiteren Nutzung zur Verfügung. Sie liegen auf der Homepage des Instituts zum Download bereit. Grafiken und Tabellen sowie Ausschnitte aus den einzelnen Pflege-Thermometer-Studien stehen unter Angabe der Quelle zur weiteren Nutzung frei zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, Instrumente, wie bspw. die für die Befragungen erstellten Fragebögen, zu nutzen, für eigene Erhebungen anzupassen oder weiterzuentwickeln.

In den vorangegangenen drei Pflege-Thermometern (2009/2012/2014) standen die Situation des Pflegepersonals und das Leistungsspektrum sowie die Patientensicherheit im Krankenhaus allgemein, die spezifische Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen und die Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus im Fokus. Mit dem diesjährigen Pflege-Thermometer wurde eine Befragung im ambulanten Feld realisiert. Damit wird der Bedeutung der ambulanten Versorgung Rechnung getragen. Eine Befragung des ambulanten Sektors konnte zuletzt im Rahmen der Pflege-Thermometer im Jahr 2004 realisiert werden. Die damalige Erhebung stellte die Personalsituation, die Rahmenbedingungen und das Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland in den Mittelpunkt. Mit der diesjährigen Befragung wurden weitere Perspektiven hinzugenommen und aktuelle Entwicklungen in die Bewertungen mit einbezogen.

2.2 Zielgruppen der Berichte

Die Pflege-Thermometer werden zunehmend neben den Nutzern aus dem Kreis der Fachleute auch von Medien und Journalisten als Hintergrundinformation aufgenommen und fließen in zahlreiche Artikel rund um das Gesundheitswesen mit ein. Darüber hinaus zeigen Anfragen und Rückmeldungen auch, dass interessierte Teile der Bevölkerung die Berichte lesen.

Für die Zielgruppe insgesamt bedeutet dies, dass die umfassenden Berichte nicht mehr nur für Fachexperten aus dem konkreten Handlungsfeld oder für wissenschaftliche arbeitende Personen geschrieben werden. Daher werden in den Berichten statistische Grundbegriffe, wo notwendig, erläutert und es werden flankierend zu den Ergebnissen auch Erklärungen gegeben, die für ein Verständnis der Ergebnisse notwendig erscheinen. Grundlagen und begriffliche Bestimmungen werden, wo notwendig, mit aufgenommen.

Die Berichte selbst verstehen sich dabei als Interpretationsangebote mit einer vorgestellten Deutungsmöglichkeit. Die Einschätzungen zu den Ergebnissen werden dabei aus der Perspektive und vor dem Hintergrund der Expertise der Verfasser beschrieben. Sie zu ergänzen, den Einschätzungen zu widersprechen oder vorliegende Daten ggf. auch anders zu bewerten, ist Teil eines gewünschten Diskurses, der mit den vorliegenden Berichten angestoßen werden soll.

2.3 Das Pflege-Thermometer 2016

Gegenstand der diesjährigen Studie ist die Perspektive der professionellen pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste. Ziel und Herausforderung zugleich ist, die Versorgung möglichst vieler Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Dies entspricht dem Wunsch der meisten Menschen, die im Alter auf fremde Hilfen angewiesen sind. Mit dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit werden der Erhalt der Vertrautheit, der Fortbestand der sozialen Netzwerke und eine insgesamt hohe Autonomie bezüglich der Lebensgestaltung verbunden. Damit im Zusammenhang steht, dass den ambulanten Diensten in Politik und Gesellschaft Rollen, Funktionen und Verantwortlichkeiten zugeschrieben werden, die es vor dem Hintergrund der realen Situation in den ambulanten Pflegediensten zu reflektieren gilt. Nachhaltige Entwicklungen und Handlungsoptionen aus der Perspektive der ambulanten Dienste sollen so formuliert werden können.

Das vorliegende Pflege-Thermometer untersucht die ambulanten Dienste und Sozialstationen und die dort erlebte tägliche Situation bei der Sicherung der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen und erkrankten Menschen. Die verantwortlichen Personen müssen in einem komplexen Feld die betriebswirtschaftliche Existenz der Einrichtung sichern sowie die bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung ihrer Klient*innen sicherstellen. Inwieweit und unter welchen Bedingungen die ambulante Pflege die ihr zugeschriebenen Rollen, Funktionen und Verantwortlichkeiten jetzt und auch in der Zukunft erfüllt, ist hierbei von zentralem Interesse. Ziel ist die Identifizierung von Bedingungen, die die pflegerische Arbeit sichern bzw. erschweren, sowie spezifische Herausforderungen im Feld der ambulanten Versorgung zu erfassen. Somit steht nicht eine zentrale Forschungsfrage im Mittelpunkt – vielmehr sind jeweils übergreifende Fragestellungen zu identifizieren, die sich in unterschiedliche Themenkomplexe aufgliedern. Im Pflege-Thermometer 2016 sind dies Fragestellungen aus den Bereichen Struktur der Dienste, Leistungsspektrum der

Dienste, Einschätzungen zur Klient*innenversorgung, finanzielle Situation und Rahmenbedingungen, Personalsituation, Kooperation mit anderen Akteuren, sozialraumorientierte Versorgung und Einschätzungen zu aktuellen gesetzgeberischen Verfahren.

Obwohl mit der umfassenden Befragung eine große Anzahl an Themen eingeschlossen werden konnte, erhebt das Pflege-Thermometer keinen Anspruch, dass alle relevanten Fragestellungen der Versorgung und der Strukturen umfassend berücksichtigt werden konnten. So wurden z.B. regionale Besonderheiten der Finanzierung bzw. der Kosten (durch Umlagefinanzierung der Ausbildung der Altenpflege) nicht aufgenommen, weil diese nur in einzelnen Bundesländern existieren. Ebenso lassen sich mit standardisierten Erhebungen dieser Art nur begrenzt eindeutige Begründungen und Kausalitäten für einzelne beobachtete Phänomene erfassen. Zu betonen ist ferner, dass ein umfassendes Bild der ambulanten Versorgung auch den Einbezug der Familien und Angehörigen notwendig machen würde. Familien und Angehörige stellen den größten Teil der Versorgung im ambulanten Bereich sicher. Sie werden zu Recht als „größter Pflegedienst“ in Deutschland bezeichnet. Eine parallele Befragung von Familien ist im Rahmen der Pflege-Thermometer-Befragung jedoch nicht vorgesehen und würde einer eigenen weiterführenden Studie entsprechen. Daher bietet das Pflege-Thermometer 2016 einen Einblick in die Leistungen, Strukturen und Erwartungen der professionellen Pflege.

Die Befragung wurde als Vollerhebung geplant und durchgeführt, weil potenziell allen Akteuren im Feld die Teilnahme ermöglicht werden sollte. Methodisch wurde eine Paper-and-Pencil-Befragung durchgeführt. Damit sollte ermöglicht werden, den umfassenden Fragebogen in unterschiedlichen Bearbeitungsschritten auszufüllen und ggf. mit mehreren beteiligten Personen abzusprechen (Leitung/Geschäftsführung). Mit der Zusendung der Fragebögen sollte darüber hinaus sichergestellt werden, dass keine Mehrfacheingaben einer einzelnen Einrichtung erfolgen konnten. Eine parallele Befragung als Online-Variante wurde diskutiert, jedoch aufgrund der geringeren methodischen Kontrollmöglichkeit im Bereich der Antwortenden nicht vorgenommen.

3 Kennzahlen des Gesundheitswesens

Das folgende Kapitel beinhaltet wesentliche Kennzahlen der ambulanten pflegerischen Versorgung und zentraler Entwicklungen im Sektor der Gesundheitsversorgung. Der Überblick erlaubt die Reflexion und Einbettung der Studienergebnisse des empirischen Teils in aktuelle Debatten und dient damit als Grundlage für daraus abzuleitende Erörterungen, Entwicklungslinien und Diskussionen.

Grundlage der statistischen Angaben sind Veröffentlichungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, des Statistischen Bundesamts und der Statistischen Landesämter sowie der Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Einbezogen werden dabei Daten bis zum Beginn 2016. Ergänzend erfolgen eigene Berechnungen auf der Grundlage der verwendeten Statistik. Limitierend muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die amtlichen Statistiken (insbesondere die Pflegestatistik) zwischen dem Zeitraum der Erfassung und dem Zeitraum der Veröffentlichung meist längere Zeiten der Bearbeitung und Kontrolle bedürfen. So werden die stichtagsbezogenen Daten zum 31.12. alle zwei Jahre erhoben, die Veröffentlichung erfolgt jedoch meist erst sechs bis acht Monate später. Für die Pflegestatistik bedeutet dies, dass zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts die Daten aus dem Jahr 2013 vorlagen – die Pflegestatistik aus dem Jahr 2015 war noch nicht veröffentlicht und konnte nicht einbezogen werden. Zwei Jahre der Entwicklung sind jedoch im dynamischen Feld der ambulanten Versorgung ein langer Zeitraum, sodass die in dieser Studie betrachteten Kennzahlen die beschriebene Limitierung aufweisen.

3.1 Ausgabenentwicklungen im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist einer der umsatzstärksten Wirtschaftsbereiche in Deutschland. Ärztliche, gefolgt von pflegerischen Leistungen sind dabei die finanziell aufwendigsten Posten innerhalb dieser Ausgaben (Robert Koch-Institut (RKI) 2015, 496). Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen insgesamt sind, den Angaben des Statistischen Bundesamtes folgend, zwischen 2000 und 2014 kontinuierlich Jahr für Jahr von rund 214 Mrd. Euro auf 328 Mrd. Euro gestiegen. Dabei lassen sich drei besonders kostenintensive Leistungsbereiche identifizieren, die insgesamt rund 70 % aller Kosten einschließen. Dies sind:

- ärztliche Leistungen (89 Mrd. Euro/27,2 %)
- pflegerische/therapeutische Leistungen (83 Mrd. Euro/25,2 %)
- Arzneimittel (51 Mrd. Euro/15,6 %)

Diese Bereiche steigen zwischen 2000 und 2014 in den Kosten sehr ähnlich an und weisen Zuwachsraten von 59,9 % (Arzneimittel), 58,2 % (pflegerische/therapeutische Leistungen) und 56,4 % (ärztliche Leistungen) auf.

Die Entwicklung der Kosten muss jedoch insgesamt im Zusammenhang mit den gesamtgesellschaftlichen Leistungen betrachtet und diskutiert werden. Hier zeigt sich,

dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen über den Betrachtungszeitraum stabil bei 10 bis 11 % des Bruttoinlandsproduktes liegen. Somit sind die dargestellten Mehrausgaben nicht zu verstehen als drastische Ausgabenerhöhungen in einem Sektor, sondern als ein stabil und synchron zur wachsenden Wirtschaftsleistung des Landes bestehender Ausgabenbereich.

Deutschland lag im EU-Vergleich 2012 bei den Gesundheitsausgaben pro Einwohner*in und bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt jeweils an dritter Stelle (OECD 2014, 121ff). Die Ausgabenentwicklung beruht insbesondere auf einer allgemeinen Preissteigerung und dem medizinisch-technologischen Wandel; zu einem geringeren Maße ist sie auf die demographische Entwicklung zurückzuführen (Repschläger 2012, 42).

Die Ausgaben im Bereich der pflegerischen Leistungen steigen ebenso wie die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen.

In die Sicherung der pflegerischen Versorgung flossen in 2013 insgesamt 18,7 % der Gesamtausgaben bzw. in der Gesamtheit über 58 Mrd. Euro. Das schließt pflegerische Leistungen in der ambulanten Versorgung, im Krankenhaus, in der teil-/vollstationären Versorgung, in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie privat finanzierte Leistungen mit ein. Pro Kopf bedeutet dies eine Ausgabe von umgerechnet 730 Euro. Der Anstieg fällt bezogen auf das Vorjahr mit 5 % höher aus als die Steigerung der Gesundheitsausgaben insgesamt. Die Finanzierung dieser Leistungen sichern die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung, öffentliche Haushalte, die gesetzliche Unfallversicherung, Arbeitgeber sowie private Haushalte und Organisationen. Der Anteil an privat zu leistenden Eigenkosten fällt im Vergleich mit anderen europäischen Ländern in Deutschland am höchsten aus (Ehrentraut et al. 2016).

3.2 Ausgabenentwicklungen der ambulanten Versorgung

Eine Betrachtung der Ausgabenentwicklung für Leistungen der ambulanten Versorgung erfolgt zunächst anhand der Betrachtung der Ausgabenentwicklung für die Pflegeversicherung.

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung weist für das Jahr 2014 insgesamt Ausgaben von 25,45 Mrd. Euro aus. Für die vollstationäre Versorgung wurden dabei 10,26 Mrd. Euro aufgewendet. Die nicht stationäre Versorgung wird mit einem Kostenbereich von insgesamt 12,34 Mrd. Euro angegeben, wobei der Bereich der Geldleistung (Pflegegeld für die Familien) anteilig mit 5,94 Mrd. angegeben wird. Pflegegeld nach § 37 SGB zur Sicherung der Versorgung durch selbstbeschaffte Pflegehilfen, wie bspw. pflegende Angehörige, erhielten 2013 fast 1,5 Millionen Personen und somit mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen.

Der für die ambulanten Dienste relevante Bereich der Sachleistungen wird für 2014 mit 3,56 Milliarden. Euro angegeben. Für Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen und Kurzzeitpflege wurden in 2014 insgesamt 1,9 Mrd. Euro aufgewendet. Für Pflegehilfsmittel/technische Hilfen wurden insgesamt 0,66 Mrd. Euro investiert.

Für Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie Angebote wie die Tages- und Kurzzeitpflege lässt sich die Aussage treffen, dass entsprechende Leistungen mittlerweile vermehrt angenommen werden, aber im Gesamtvolumen der Angebote keine herausragende Rolle spielen.

Anhand der Zahlen zu Tages-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege lässt sich dies bspw. eindrucksvoll belegen. Die Inanspruchnahme an Tagespflege stieg, den Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zufolge (Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten), zwar in allen Bundesländern an (von 1999 mit ca. 10.300 pflegebedürftigen Personen auf ca. 67.000 in 2014). Die Kurzzeitpflege nahm im gleichen Zeitraum langsamer, aber ebenfalls stetig zu (ca. 7.150 Personen in 1999 auf ca. 20.300 Personen in 2014). Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege erfahren hingegen erst sehr langsam eine Annahme. Während 1999 bundesweit lediglich ca. 5.700 Pflegebedürftige Verhinderungspflege beantragten, nutzten sie 2014 fast 107.000 Personen.

Betrachtet man die vorliegenden Kennzahlen vor dem Hintergrund des Leistungsanspruchs, so zeigt sich weiterhin, dass die Nutzungsgrade durch die Familien eher gering ausfallen. In 2014 nutzten nur 3,8 % der anspruchsberechtigten Leistungsempfänger Verhinderungspflege, 2,4 % Tages- und Nachtpflege und 0,7 % Kurzzeitpflege. Im Finanzierungsvolumen der sozialen Pflegeversicherung sind diese Formen an Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige somit weiterhin als marginal einzustufen. Damit aber wird deutlich, dass Ausweitungen von Leistungen und Anspruchsberechtigten, die ggf. als politische Erfolge verbucht werden, ohne eine konkrete Steuerung kaum bei den Familien und Pflegebedürftigen ankommen. Sie entpuppen sich als wenig wirkungsvoll hinsichtlich der Pflegeempfänger*innen und zugleich als sehr preisgünstig, wenn die ökonomische Perspektive in den Vordergrund gestellt wird.

In der Übersicht in der Zeitreihe wird deutlich, dass die Ausgaben für den vollstationären Bereich der Versorgung nominell am stärksten zunahmen. Im Betrachtungszeitraum von 1997 bis 2014 stiegen hier die Kosten um 3,85 Mrd. an. Geldleistungen stiegen um 1,62 Mrd. Euro, die Pflegesachleistungen um 1,79 Mrd. Euro. Die Ausgabenzuwächse im Bereich des Pflegeurlaubs, der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege sind dagegen eher als moderat einzustufen.

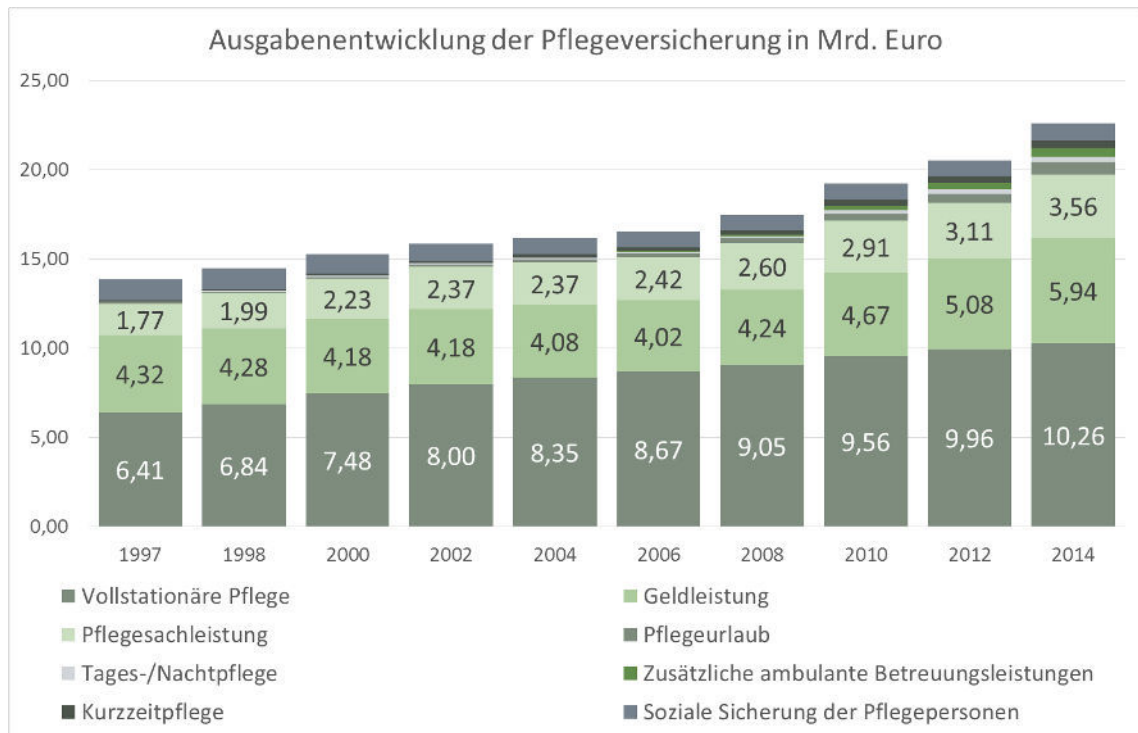


Abbildung 1: Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung 1997-2014

Die Pflegeversicherung bildet den größten, jedoch nicht alleinigen Teil der Ausgabenentwicklung für die ambulante pflegerische Versorgung ab. Fast 4,4 Mrd. Euro stammen aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Weitere Leistungen der ambulanten Versorgung wurden durch die private Krankenversicherung, die Hilfe zur Pflege aus dem SGB XII, die gesetzliche Unfallversicherung, durch öffentliche Haushalte sowie durch Arbeitgeber und private Haushalte und Organisationen finanziert. Beachtenswert ist, dass private Haushalte und Organisationen an dritter Stelle Ausgaben bei der ambulanten Versorgung mit ca. 2,2 Mrd. Euro refinanzieren. In der Summe ergaben sich in 2013 Ausgaben für ambulante Pflege in Höhe von über 12 Mrd. Euro.

3.3 Entwicklungen und Prognosen zur Pflegebedürftigkeit

Der Bedeutungszuwachs der pflegerischen Versorgung insgesamt lässt sich unter anderem auch anhand des Verlaufs der Betreuungszahlen pflegebedürftiger Menschen aufzeigen.

Wurden 1999 noch ca. 2 Millionen Pflegebedürftige in allen Versorgungsformen betreut, so stieg bis ins Jahr 2013 die Zahl bundesweit auf über 2,6 Millionen Fälle. Eine Übersicht der Verteilung in den derzeitigen Versorgungsformen ist der nächsten Abbildung zu entnehmen.

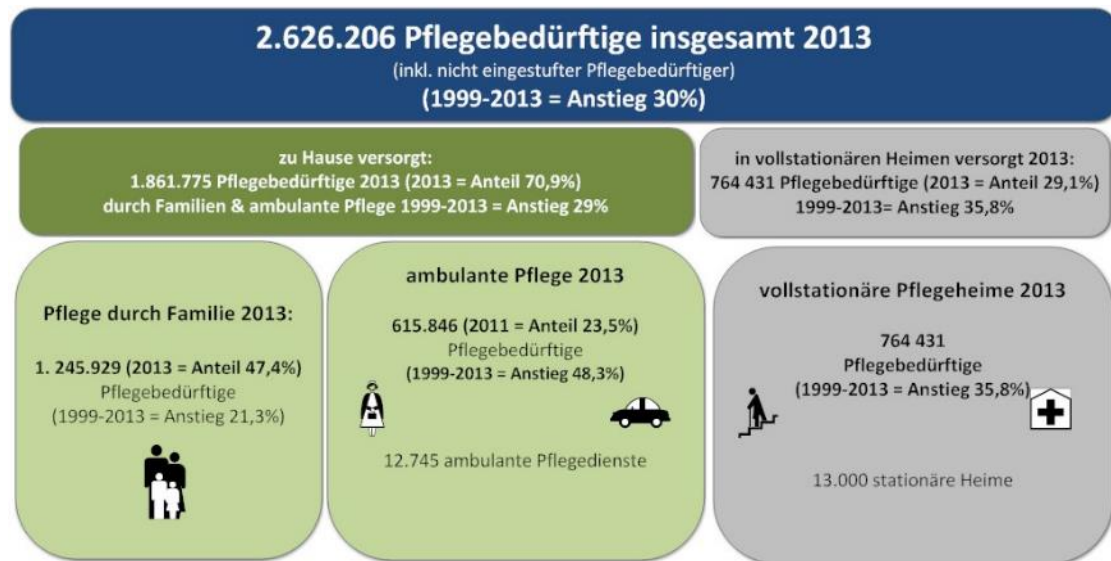


Abbildung 2: Kennzahlen zur Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit und Alter bzw. Hochaltrigkeit und die damit veränderte Altersstruktur stehen in einem engen Zusammenhang. Je höher der Anteil an älteren Menschen in der Gesamtbevölkerung, desto größer wird die Anzahl an pflegebedürftigen Personen. 3 % der Gesamtbevölkerung waren 2012 nach SGB XI als pflegebedürftig eingestuft. Für das Jahr 2014 betrug die durchschnittliche Pflegedauer über alle Altersklassen und beide Geschlechter hinweg ca. 6,7 Jahre. Das Risiko bzw. die Wahrscheinlichkeit, im Laufe seines Lebens pflegebedürftig zu werden, beträgt über die Lebensspanne bundesweit durchschnittlich 56,7 % bei den Männern und 74,2 % bei den Frauen. Betrachtet man die höheren Altersklassen, so sind bei den 90-Jährigen und Älteren mehr als 90 % der Männer und fast 90 % der Frauen dem Risiko der Pflegebedürftigkeit ausgesetzt (Rothgang et al. 2015, 16f, 139ff). Die höchsten Quoten an Pflegebedürftigkeit findet man allerdings nicht unbedingt in Kommunen und Regionen mit dem höchsten Durchschnittsalter (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; 465). In den Ballungsgebieten leben tendenziell die meisten Pflegebedürftigen, aber ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist nicht unbedingt mit am höchsten. Besonders hoch ist die Quote an pflegebedürftigen Personen bspw. in kreisfreien Städten in Bayern und Thüringen, besonders niedrig bspw. im Großraum München (Rothgang et al. 2012, 28ff).

Innerhalb der Altersgruppen und der Geschlechter verändert sich allerdings die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, nur geringfügig – lediglich die benannte Veränderung der Altersstruktur innerhalb der Bevölkerung erklärt den Zuwachs. Die Pflegeprävalenz blieb damit über die Zeit verfolgt tendenziell eher konstant (allenfalls ist sie als leicht schwankend zu beurteilen) (Rothgang et al. 2015, 79).

Festhalten lässt sich, dass erst Pflegebedürftige ab 75 Jahre und Pflegestufe III bzw. 90-Jährige und Ältere mit Pflegestufe II und III zunehmend nicht mehr ambulant, son-

dern stationär gepflegt werden. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit und der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen beeinflusst der Faktor Alter damit wesentlich das Geschehen. Mit zunehmenden Alter steigt die Nutzung ambulanter Leistungen an, um dann in der höchsten Alterskategorie ab 85 Jahre wieder abzusinken. Der Effekt verläuft allerdings nicht linear, erklärt also alleine nicht vollständig vorhandene Unterschiede in den Ländern, Regionen und Kommunen. Weitere Faktoren haben Einfluss auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung, in ihrem Antragsverhalten, in den existierenden lokalen vorhandenen Versorgungsangeboten sowie dem Potential an informellen Hilfenetzwerken werden bspw. als weitere Faktoren diskutiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014).

Die Bewilligungsquote der Anträge auf Pflegebedürftigkeit blieb über die Jahre tendenziell eher konstant. Sie lag in 2014 bei 73,5 %. Zwischen 1995-2014 bewegte sie sich stets zwischen 70 und 80 %. Innerhalb der Pflegestufe I erfolgen allerdings mittlerweile deutlich mehr Bewilligungen, hingegen reduzierten sich in Pflegestufe II und III die Bewilligungsquoten. Immer mehr Personen beantragen schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeit eine Einstufung. Anzumerken ist, dass diese Zahlen die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach dem aktuell geltenden SGB XI wiedergeben. Mit einer Veränderung der Begutachtung und der Einführung der neuen Richtlinien zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit werden sich diese Kennzahlen verändern.

Daneben muss angemerkt werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen nicht die Zahl der Hilfebedürftigen in Deutschland widerspiegelt. Dem sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation folgend, sind hochgerechnet ungefähr 4,5 Millionen Menschen als hilfs- und pflegebedürftig einzuschätzen (Deutscher Bundestag, 2010). Somit gehen Gutachten davon aus, dass die Zahl der hilfsbedürftigen Personen in Deutschland wesentlich höher ist als die Zahl der nach SGB XI eingestuften pflegebedürftigen Personen.

Die Zahl der zu betreuenden Personen mit Hilfs- und Pflegebedarf wird in Zukunft weiter zunehmen. Die demografische Entwicklung und Alterung mit dem verbundenen Risiko der Pflegebedürftigkeit (Robert Koch-Institut (RKI) 2012, 1; Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ 2002, 233ff) sowie sich verändernde Familienstrukturen, die weniger Angehörigenpflege ermöglichen (Hauss et al. 2010; Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ 2002, 233, 237ff) tragen insbesondere zu erwarteten steigenden Kennzahlen der Versorgung bei.

Es liegen zahlreiche Gutachten und Studien von Bundesinstituten (Statistisches Bundesamt, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung), Versicherungen (z.B. Allianz), Beratungs- und Forschungsunternehmen (z.B. Prognos, idw etc.) oder auch Stiftungen (z.B. Bertelsmann) vor, die sich sowohl methodisch als auch im Betrachtungszeitraum stark voneinander unterscheiden. So kommen die unterschiedlichen Studien zu differierenden Ergebnissen bezogen auf die prognostischen Aussagen und

die vorliegenden Kennzahlen. Ohne an dieser Stelle detailliert die unterschiedlichen Methodenmerkmale und Studiendetails diskutieren zu können, ist jedoch ein verbindendes Element erkennbar: Es liegen keine Prognosestudien vor, die von einer Stagnation oder einem Absenken der Pflegebedürftigkeit in Deutschland insgesamt ausgehen.

An dieser Stelle sollen exemplarisch für die benannten Prognosestudien Einschätzungen des Statistischen Bundesamtes vorgestellt werden. Dieses berechnet für das Jahr 2030, ausgehend von einer Status-Quo-Analyse, einen Anstieg auf fast 3,4 Millionen Pflegebedürftige. In einem Szenarium mit der einberechneten Annahme sinkender Pflegequoten durch einen medizinisch-technischen Fortschritt kalkulieren sie hingegen mit unter 3 Millionen Pflegebedürftigen. Für das Jahr 2060 wird von über 4,5 Millionen pflegebedürftigen Personen ausgegangen. Der Anteil an hochaltrigen Personen wird mit 65 % dabei drastisch ansteigen. Abweichend fallen die Prognosen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung auf. Ausgehend von teilweise anderen Grundannahmen sind sie im Ergebnis deutlich höher. Die Schätzungen berechnen für 2050 bereits bis zu 4,9 Millionen pflegebedürftige Menschen und liegen damit bereits zehn Jahre früher im Ergebnis höher als die Schätzungen des Statistischen Bundesamtes (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2012, 18).

Grundsätzlich ist, bezogen auf die oben benannten Szenarien festzuhalten, dass die Entwicklungen der letzten Jahre die Annahme von sinkenden Pflegequoten noch nicht bestätigt haben und zudem die Verteilung von Pflegebedürftigkeit regional sehr heterogen bleiben wird.

Beispielsweise wird auf Länderebene für Bremen und Hamburg die geringste prozentuale Zunahme an pflegebedürftigen Menschen erwartet, für Brandenburg dagegen die höchste. Die größten prozentualen Zuwächse auf Kreisebene sind für die Regionen um München, Berlin und Rostock prognostiziert. In absoluten Zahlen werden für Hamburg, München, die Region um Hannover und einige Ruhrgebietskreise die stärksten Zuwächse erwartet. Die Zahl der Pflegebedürftigen soll zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den einzelnen Bundesländern wieder rückläufig sein. In Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Bremen sowie Berlin ist bis 2060 mit einer Zunahme zu rechnen; in den östlichen Bundesländern dagegen soll zu diesem Zeitpunkt bereits die Anzahl pflegebedürftiger Personen rückläufig sein (Rothgang et al. 2014, 89; Rothgang et al. 2012, 28, 38ff).

3.4 Zentrale Entwicklungen der ambulanten Versorgung

Die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist bundesweit ein Sektor mit weiterhin steigenden Kennzahlen in der Versorgung, der Beschäftigung und den Leistungsausgaben.

3.4.1 Entwicklungen der Pflegebedürftigen in ambulanter Versorgung

Die Anzahl der leistungsberechtigten Personen, die in der eigenen Häuslichkeit lebt, stieg nach Angaben der Pflegestatistik in 2013 auf über 1,8 Millionen. Von 1999 bis 2013 ist hier eine Steigerung um 29 % auszumachen. Mehr als 2/3 der leistungsberechtigten Personen (70,9 %) werden damit in ihrem eigenen Zuhause betreut. Dies entspricht auch den Erwartungshaltungen und den Wünschen der meisten älteren Menschen (Institut für Demoskopie Allensbach 2013).

Mehr als 1,1 Millionen ambulant betreute Leistungsempfänger*innen wiesen bundesweit in 2013 die Pflegestufe I und mehr als eine halbe Millionen die Pflegestufe II auf. In diesen Pflegestufen liegt die Anzahl der ambulant betreuten Personen jeweils deutlich über der Anzahl der stationär versorgten pflegebedürftigen Personen. Erst in Pflegestufe III gleicht sich die Zahl, mit fast 150.000 versorgten Personen, an.

Angehörige sichern häufig die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit. Auf der Grundlage von amtlichen Hochrechnungen aus 2015 ist davon auszugehen, dass 4,7 Millionen Menschen an der häuslichen Pflege ihrer Angehörigen beteiligt sind (Wetzstein et al. 2015, 8)². Bei 93 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen waren 2011 Familienmitglieder (in einem weitem Sinne) an der pflegerischen Versorgung beteiligt (Schmidt 2011, 26). Prozentual betrachtet sinkt der Anteil an pflegenden Angehörigen allerdings langsam (Heintze 2015, 23). Regionale Zusammenhänge zwischen dem Anteil an Angehörigen, die ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder pflegen, und der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen bzw. dem Anteil derer an der Gesamtbevölkerung ist nicht nachweisbar. Bspw. existiert in Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern, in Hessen, im Emsland oder in Thüringen ein hoher Anteil an pflegebedürftigen Menschen und hier übernehmen viele Angehörige die pflegerische Versorgung. Dagegen pflegen, unabhängig von der Höhe des Anteils an Pflegebedürftigen, wenige Angehörige in süddeutschen kreisfreien Städten ihr Familienmitglieder (Rothgang et al. 2012, 31). Dies weist darauf hin, dass unterschiedliche Lösungen zur Beantwortung von Pflegebedürftigkeit gewählt werden und dass neben dem Faktor Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich auch andere Faktoren, wie die Zugänglichkeit zu Versorgungsstrukturen, aber auch finanzielle Aspekte (Pflegegeld als Familieneinkommen) eine Relevanz besitzen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen, die durch ambulante Einrichtungen betreut werden, in den Ländern in der Zeitreihe von 1999 bis 2013.

² Allerdings stehen aufgrund unterschiedlicher Bezugsgrößen auch weitere, davon abweichende, Zahlen zur Diskussion.

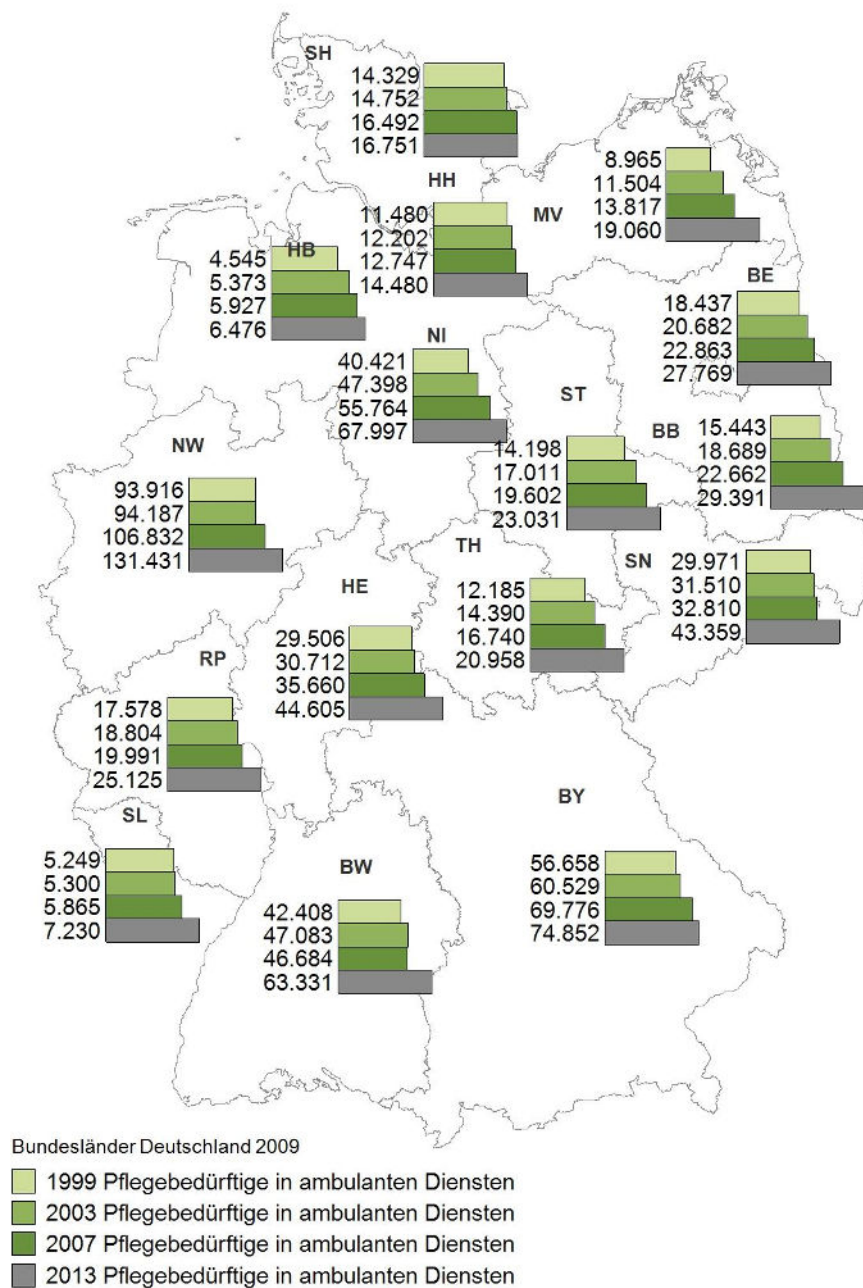


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger in ambulanten Diensten 1999 bis 2013

12.745 ambulante Pflegedienste sicherten bundesweit in 2013 die Versorgung von mehr als 615.000 Personen, die durch ambulante Pflegedienste betreut wurden. Insgesamt 23,5 % aller Pflegebedürftigen werden demnach durch ambulante Pflegedienste betreut. Dies entspricht einer Zunahme von 48,3 % seit 1999.

Jeder Pflegedienst versorgte 2013 im Durchschnitt 48 Pflegebedürftige. Die Zahl der pflegebedürftigen Personen pro Pflegedienst erhöht sich dabei seit 1999 kontinuierlich, was neben einer numerischen Erweiterung der Anzahl der Dienste auch für ein

internes Wachstum der bestehenden Dienste spricht. Die Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen pro Pflegedienst in den Ländern ist dabei sehr unterschiedlich. Sie reicht von 28 betreuten Personen bei ambulanten Diensten in öffentlicher Trägerschaft in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 106 Pflegebedürftigen bei ambulanten Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft im Saarland. Die ambulanten Dienste unter privat-erwerbswirtschaftlicher Trägerschaft sind im Vergleich zu den Diensten in öffentlicher und freigemeinnütziger Hand tendenziell kleinere Betriebe – die Betreuungsrelation für ambulante Dienste in privater Trägerschaft liegt 2013 bundesweit bei 37 betreuten Personen im Gegensatz zu 56 Pflegebedürftigen bei Diensten in öffentlicher Trägerschaft und 68 Pflegebedürftigen bei Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft. Daher wird trotz der zunehmenden Anzahl an Diensten in privat-erwerbswirtschaftlicher Trägerschaft gut die Hälfte der Pflegebedürftigen insgesamt von Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft versorgt.

Die Entwicklung in der ambulanten pflegerischen Versorgung zeigt sich äußerst dynamisch. Höhere Bedarfe in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit werden schlussendlich trotz allem eher durch den Ausbau bestehender ambulanter Dienste beantwortet als durch Neugründungen.

3.4.2 Entwicklungen der Anzahl ambulanter Dienste

Korrespondierend zur steigenden Anzahl der betreuten pflegebedürftigen Menschen lässt sich insgesamt über den Zeitraum von 1999 bis 2013 auch eine steigende Anzahl an ambulanten Diensten in Deutschland ausmachen. Hier kann eine Zunahme ambulanter Pflegedienste um 17,8 % festgestellt werden.

Allerdings liegen in den Bundesländern sehr unterschiedliche Entwicklungszahlen vor. Während bspw. in Berlin von 1999 bis 2013 für ambulante Pflegedienste eine Zunahme von 82,9 %, in Baden-Württemberg von 34,9 % und in Niedersachsen von 32,9 % zu beobachten ist, verminderte sich in Bremen die Anzahl der Pflegedienste um 11,9 % und im Saarland um 26,8 %. Tendenziell sind ambulante Pflegedienste allerdings in den Stadtstaaten und den östlichen Bundesländern besonders stark vertreten. Eine Übersicht der Entwicklungszahlen ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

Der überwiegende Teil der Dienste ist als solitärer ambulanter Pflegedienst alleine oder im Verbund organisiert. Von den fast 13.000 ambulanten Diensten sind ca. 2.200 als eigenständiger Bereich an eine Wohneinrichtung, ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim angebunden.

Hinsichtlich der Trägerschaft lassen sich die folgenden Entwicklungen der ambulanten Dienste ausmachen: In freigemeinnütziger Trägerschaft sind bundesweit mehr als 4.400 Einrichtungen organisiert. In privater Trägerschaft sind dies fast doppelt so viele (8.140). Die Zahl der ambulanten Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft kann dagegen nur noch als marginal bezeichnet werden (ca. 1 % der Dienste/bundesweit

sind dies 183 ambulante Einrichtungen). Zuwächse sind vor allem bei den ambulanten Diensten in privat-erwerbswirtschaftlicherer Trägerschaft in allen Ländern zu beobachten. Zwischen 1999 und 2013 erfolgte in Deutschland ein Aufbau um 48 % ambulanter Dienste in privater Trägerschaft, wohingegen die Anzahl der Dienste in freigemeinnütziger Trägerschaft um 13% zurückging. Dies spricht für eine deutliche Veränderung des Sektors und einer zunehmenden Privatisierung im Anbieterspektrum.

Die Entwicklung der Gesamtzahl der ambulanten Dienste im Betrachtungszeitraum von 1999 bis 2013 wird in der nachfolgenden Grafik vorgestellt.

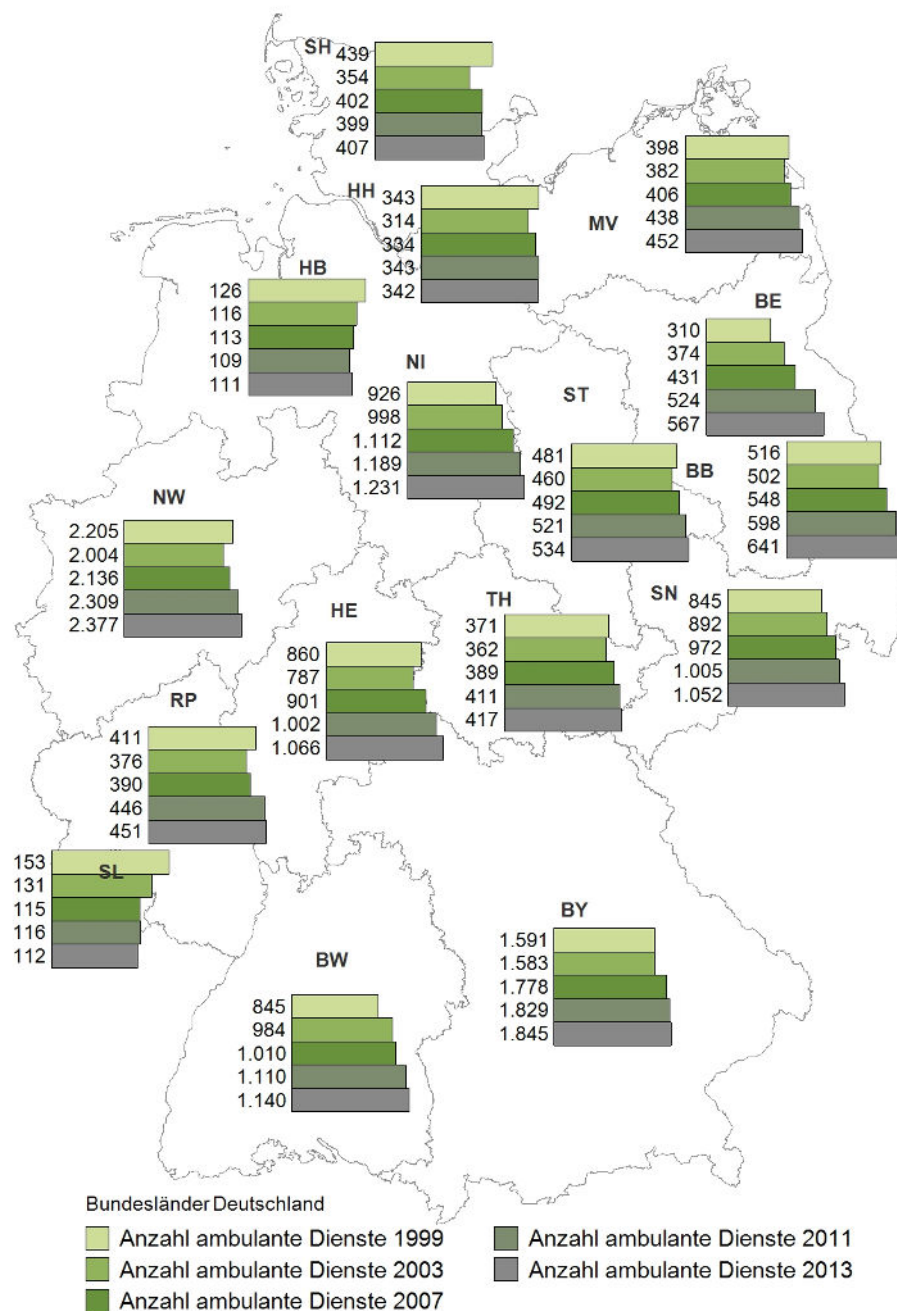


Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl ambulanter Dienste 1999 bis 2013

3.5 Arbeits- und Beschäftigungsmarkt der pflegerischen Berufe

Im folgenden Kapitel sollen relevante Arbeits- und Beschäftigtenkennzahlen in der Pflege und insbesondere in der ambulanten Pflege vorgestellt werden, um die nachfolgenden Analysen zur Personalsituation in den ambulanten Diensten insgesamt einordnen zu können.

3.5.1 Kennzahlen der Beschäftigungssituation in pflegerischen Berufen

In der direkten pflegerischen Betreuung und Versorgung in Heimen, in Krankenhäusern und in ambulanten Diensten arbeiten in 2013 den Angaben der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes folgend ca. 1,4 Millionen Menschen. Hierbei sind sowohl Personen mit einer dreijährigen Pflegeausbildung als auch Helfer*innen eingeschlossen. Die Gesundheitspersonalrechnung des Bundes hat als wesentliche Limitierung, dass sie auf Daten des Mikrozensus zurückgreift und somit eine Überschätzung der Berufstätigen in den Sektoren nicht ausgeschlossen werden kann, da auf einer zyklischen Befragung von 1 % der Gesamtbevölkerung Rückschlüsse gezogen werden.

Subsumiert man die in den jeweiligen Teilstatistiken (Krankenhausstatistik, Pflegestatistik) ausgewiesenen Personen mit einer dreijährigen pflegerischen Qualifikation (Fachkraft im engeren Sinne), so lassen sich insgesamt bis zu 875.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Pflege in Deutschland ermitteln.³ Auf die Problematik widersprüchlicher Kennzahlen im Bereich der Pflege verwies Simon bereits in 2012 im Rahmen eines Gutachtens für den Deutschen Pflegerat.

Eine erste Annäherung an die Beschäftigungssituation in der Pflege soll nachfolgend vorgenommen werden. Die Bundesagentur für Arbeit weist in den öffentlich zugänglichen Arbeitsmarktberichten Kennzahlen über die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie arbeitslos gemeldeter Personen in ausgewählten Zielberufen sowie die bei der Bundesagentur gemeldeten offenen Stellen aus.

Die Grafik stellt die Kennzahlen für den Juni (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) und den Dezember (arbeitslos gemeldete Personen) 2015 vor. Bezüglich der Klassifikation der Berufe kann hier in der Statistik lediglich auf eine Differenzierung auf der Ebene der Berufecluster (dreistellig/813) zurückgegriffen werden. Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sind dabei auch Hebammen sowie Mitarbeiter*innen im Rettungsdienst ausgewiesen. Diese sind numerisch jedoch der Hauptberufsgruppe der Pflegenden unterzuordnen. Dargestellt werden die in der Berufeklassifikation der Bundesagentur für Arbeit (Berufe nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010)) benannten Berufsangehörigen auf einem Fachkräfteniveau. Das bedeutet, dass keine Helfer*innen abgebildet werden. Die Übersicht erlaubt dennoch

³ Hierbei muss angemerkt werden, dass die in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Beschäftigten in den Funktionsabteilungen den Pflegekräften zugewiesen wurden.

eine Annäherung an die Beschäftigungswirklichkeit für den größten Teil der in der Pflege tätigen Personen.

Betrachtet man die Auswertung, so zeigt sich, dass in allen Bundesländern der Anteil der in diesem Berufeccluster genannten arbeitslos gemeldeten Personen sehr gering ausfällt. Berechnet man aus den vorliegenden Kennzahlen Arbeitslosenquoten, so liegen diese jeweils unter 2 %, wobei dies als Schwellenwert für eine Vollbeschäftigung angesehen wird. Da von einer bestimmten Anzahl an arbeitslosen Personen ausgegangen wird (natürliche Arbeitslosigkeit), kann eine Arbeitsmarktreserve erst attestiert werden, wenn dieser Schwellenwert deutlich überschritten wird.

In der Gesamtschau kann daher davon ausgegangen werden, dass es bundesweit aktuell keine nennenswerten Arbeitsmarktreserven gibt, auf die die Betriebsstätten zurückgreifen können, wenn sie Personal aus dem Bereich der Gesundheits- und Kranken sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege suchen. Es kann hier für die fachqualifizierten Personen, wie die nachfolgende Grafik zeigt, durchweg von einer Vollbeschäftigung ausgegangen werden.

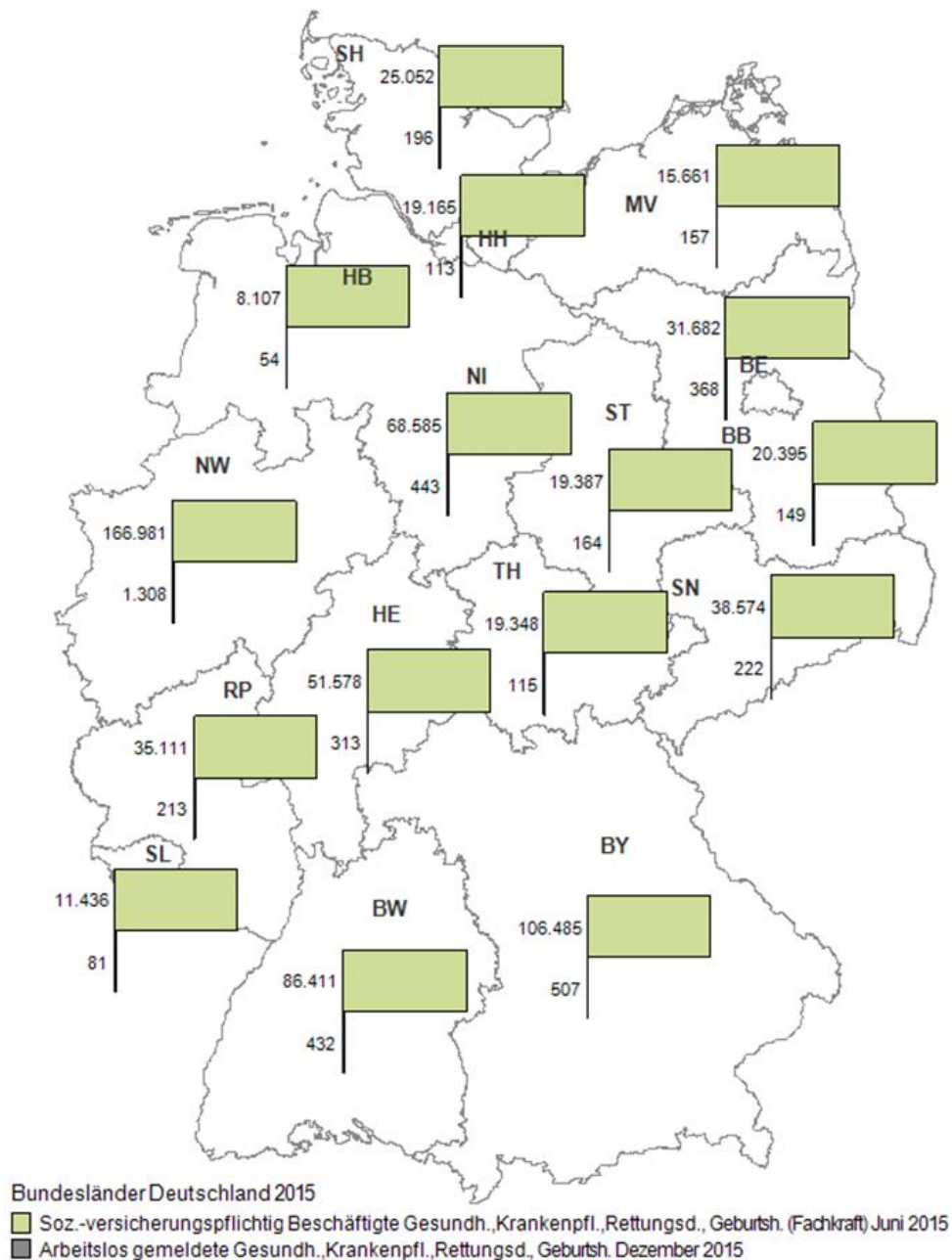


Abbildung 5: Arbeitsmarkt auf Fachkraftniveau Berufcluster 813 in den Ländern in 2015

Für die Fachkräfte in der Altenpflege (KldB 821) lässt sich in den einzelnen Ländern die vorliegende Situation analog zur dargestellten Situation im Berufcluster 813 beschreiben. Eine geringe Arbeitslosenquote bestätigt sich auch für diesen Zielberuf in den jeweiligen Bundesländern.

Somit kann vor dem Hintergrund der Gegenüberstellung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der ausgewiesenen arbeitslos gemeldeten Personen auf Fachkraftniveau im Zielberuf auch für die Altenpflege eine Vollbeschäftigung mit einer Arbeitslosenquote von unter 2 % beschrieben werden. Auch hier kann, wie der Grafik zu entnehmen ist, keine nennenswerte Arbeitsmarktreserve ermittelt werden.

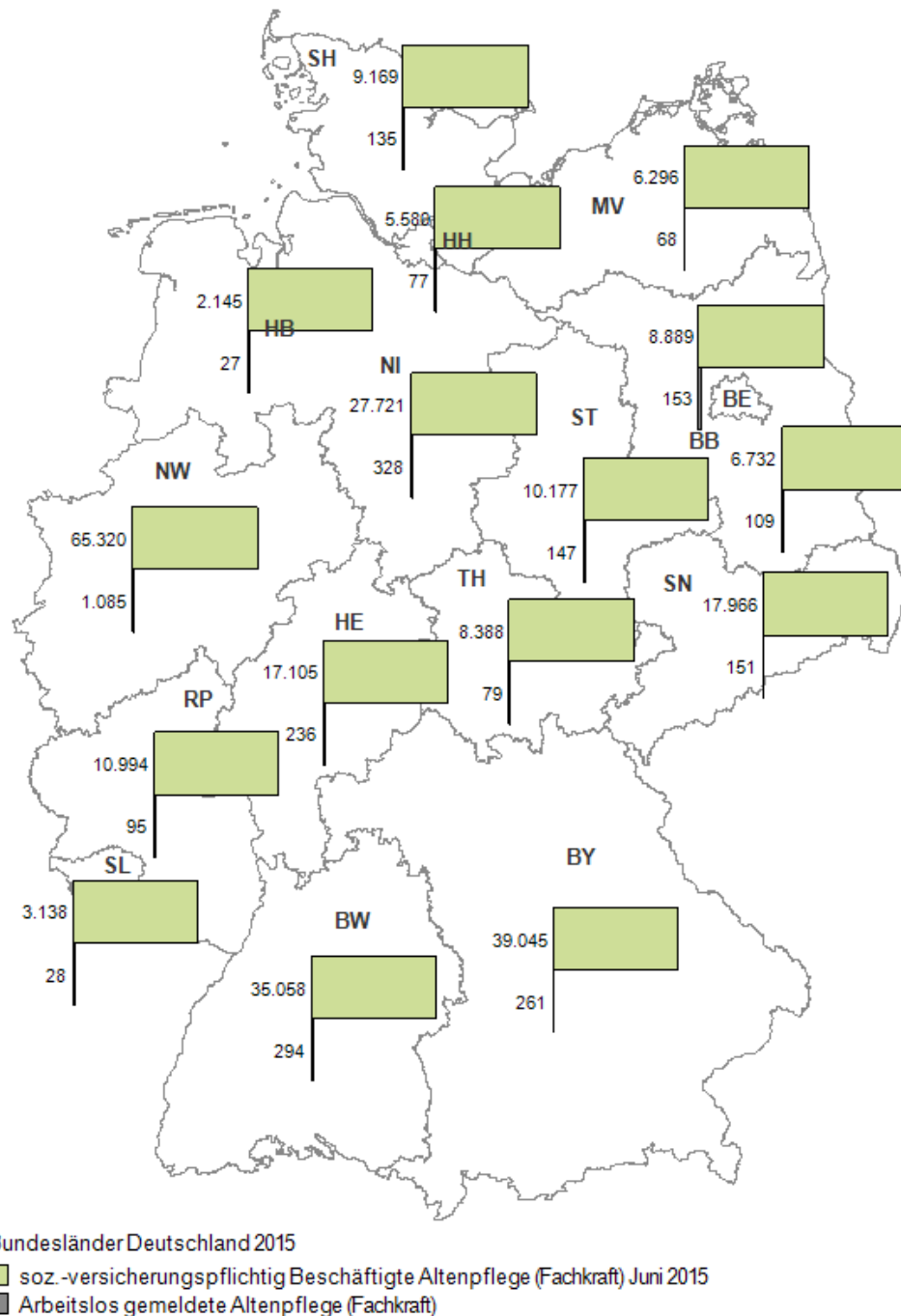


Abbildung 6 Arbeitsmarkt auf Fachkraftniveau Altenpflege in den Ländern in 2015

Die vorliegenden Analysen bestätigen die häufig beschriebene Fachkräftesituation in den Pflegeberufen und verweisen auf einen bereits existenten Fachkräftemangel.

Eine weitere Annäherung an die aktuelle Beschäftigungssituation kann auf der Basis der Gegenüberstellung von arbeitslos gemeldeten Personen im Zielberuf mit der Anzahl der als offen gemeldeten Stellen erfolgen. Auch diese Daten werden von der Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht. Einschränkend muss hierbei berücksichtigt werden, dass nicht alle suchenden Betriebe ihre offenen Stellen bei der Arbeitsagentur melden und somit die Anzahl der in den unterschiedlichen Sektoren der Pflege

vorhandenen offenen Stellen oberhalb derer liegt, die die Bundesagentur für Arbeit ausweisen kann. Dennoch können auf der Basis dieser Gegenüberstellung grundsätzliche Tendenzen der Beschäftigungssituation verdeutlicht werden.

Laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit kamen im Dezember 2015 in der Altenpflege bundesweit auf über 12.000 offen gemeldete Stellen nur etwas mehr als 3.200 arbeitslos gemeldete Personen; in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege (im Berufeccluster 813) stehen bundesweit fast 10.000 offen gemeldete Stellen etwas mehr als 4.800 arbeitslos gemeldeten Personen gegenüber.

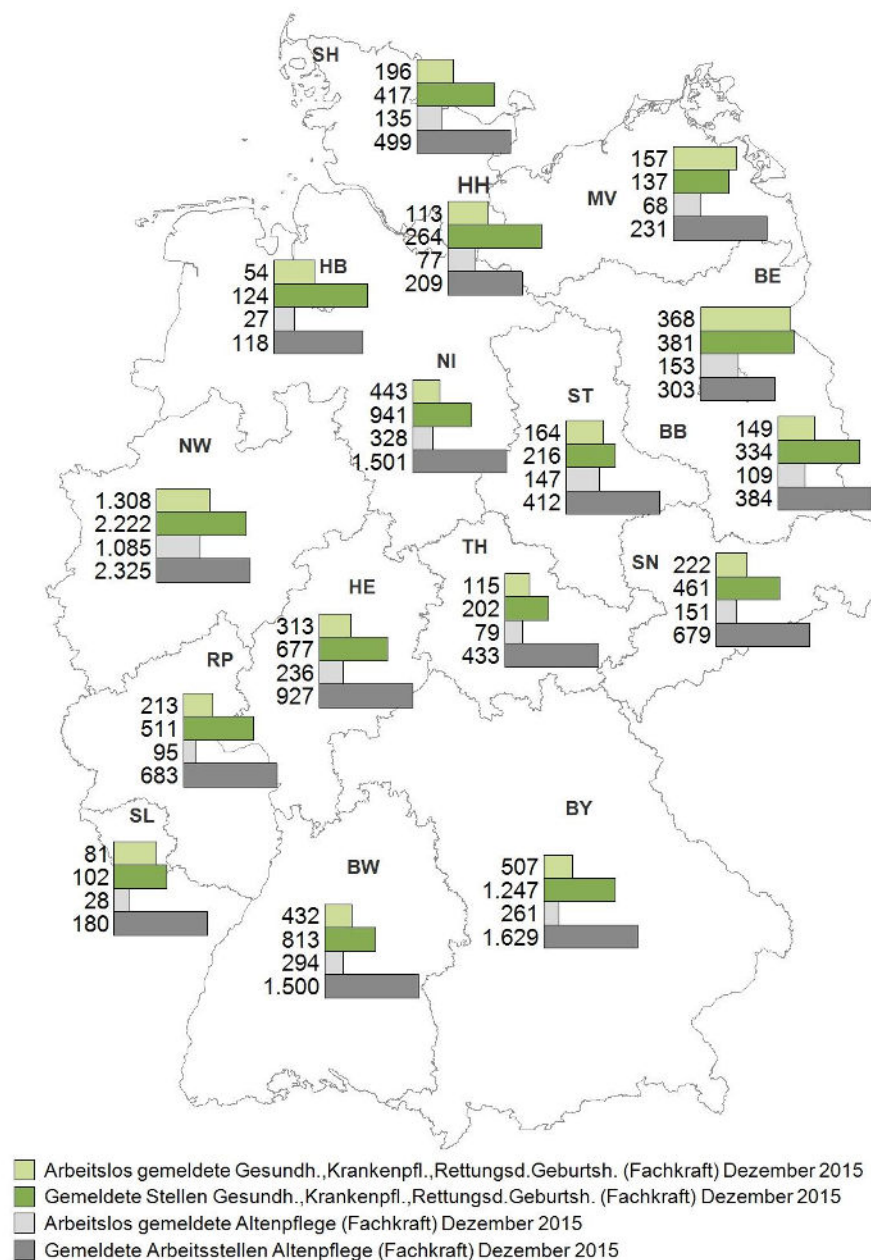


Abbildung 7: Offene Stellen und Arbeitslose im Dezember 2015

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Pflegeberufe damit Mangelberufe sind und ein Fachkräftemangel flächendeckend vorzufinden ist, wobei sich die Kennzahlen auf die Länderebene beziehen und keine regionalisierte Differenzierung erlauben. Hier ist davon auszugehen, dass es weitere Unterschiede gibt, die u.a. mit grenzübergreifenden Arbeitsmöglichkeiten zu tun haben. Auf der anderen Seite wird es Kreise und kreisfreie Städte geben, in denen aufgrund einer guten Ausbildungsaktivität und einer hohen Attraktivität der Standorte nicht zu einer Mangelsituation kommt.

Die grundsätzliche Problematik des Fachkräftemangels in der Pflege wird jedoch auch an anderer Stelle bestätigt und empirisch untermauert. Die Zeit bis zur Neubesetzung offener Stellen im Bundesdurchschnitt (Vakanzzeit) ist in den pflegerischen Berufen deutlich erhöht. Die Vakanzzeit für Stellen in der Altenpflege auf dem Niveau der Fachkräfte lag 2015 bei 130 Tagen; in der Gesundheits- und Krankenpflege befand sie sich auf einem ähnlichen Niveau bei 110 Tagen (verglichen mit einem Bundesdurchschnitt von 86 Tagen). Damit besteht auf dem benannten Fachkräfteniveau für die pflegerischen Berufe und in allen Ländern ein Fachkräftemangel bzw. Anzeichen für Fachkräfteengpässe (Bundesagentur für Arbeit - Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung 2015 (Dezember), 13f), der durch das Statistische Bundesamt erst für die folgenden Jahre prognostiziert wurde (Afentakis und Maier 2010). Die Konkurrenz um die zur Verfügung stehenden Fachkräfte in den unterschiedlichen Sektoren der pflegerischen Versorgung wird sich prognostisch weiter verschärfen.

Für den Bereich pflegerischer „Helferinnen und Helfer“ (Anforderungsniveau 1 der amtlichen Arbeitsagenturstatistik der Klassifikation der Berufe nach 2010) lassen sich keine sicheren Prognosen und Kennzahlen ableiten. Bundesweit existieren im Bereich der Altenpflegehilfe den veröffentlichten Daten entsprechend im Dezember 2015 fast 7.000 offene Stellen auf ca. 30.300 arbeitslos gemeldete Personen. Innerhalb der Krankenpflege stehen ca. 1.350 offenen Stellen fast 5.000 arbeitslos gemeldete Personen gegenüber. Diese Daten sind jedoch aufgrund der Einschränkung in der Kodierung (Helfer*innen sind hier nicht zwingend einjährig qualifizierte und landesrechtlich anerkannte Helfer*innen) nur bedingt interpretationsfähig.

Die Zahlen verdeutlichen jedoch, dass aktuell kaum Reserven existieren, um einen weiteren Ausbau der pflegerischen Strukturen zügig zu betreiben. Die Sicherung einer adäquaten Betreuung, aktuell sowie in Zukunft, ist durch den Fachkräftemangel, insbesondere bei dreijährig-ausgebildeten Pflegekräften, gefährdet.

Ein weiteres Problem, das im Kontext der Beschäftigungssituation angeführt werden kann, ist das der fehlenden Attraktivität der Arbeitsplätze. Hierbei geht es nicht um eine allgemeine Berufszufriedenheit mit den Inhalten des pflegerischen Berufes insgesamt, sondern um die Bewertung der Situation auf der konkreten Arbeitsstelle.

Pflegende sind, laut DGB-Index 'Gute Arbeit', derzeit schon mehr von „Arbeitshetze“ betroffen als Mitarbeiter*innen anderer Branchen. Im Gesundheitswesen herrschen,

gemeinsam mit dem Bauwesen, die schlechtesten Bedingungen für gelingende Arbeitsqualität im Branchenvergleich (Deutscher Gewerkschaftsbund 2015a, 21). Jeweils 2/3 der Befragten im Gesundheitswesen geben an, sich sehr häufig oder oft bei der Arbeit gehetzt zu fühlen oder unter Zeitdruck zu stehen und sehr häufig oder oft Zeit- und Termindruck in Folge knapper Personalbemessung zu erleben. Verkürzte oder ausgefallene Erholungspausen erleben mehr als 40 % sehr häufig bzw. oft und mehr als 60 % haben in den letzten 12 Monaten an 5 Tagen oder mehr gearbeitet, obwohl sie sich richtig krank fühlten (Deutscher Gewerkschaftsbund 2015b, 4, 6ff).

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass eine einheitliche tarifliche Entlohnung bei den pflegerischen Berufen nicht flächendeckend realisiert ist und insbesondere für Pflegende mit einer Altenpflegerischen Qualifikation geringer ausfällt. Im Gutachten (Bogai et al. 2015) zu den Verdienstmöglichkeiten in den pflegerischen Berufen, das vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef-Laumann, durchgeführt wurde, wird u.a. als Ergebnis festgehalten, dass Fachkräfte der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege bei ambulanten Pflegediensten bis zu einem Drittel weniger verdienen als in Krankenhäusern. Fachkräfte in der Altenpflege verdienen in aller Regel deutlich weniger als Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege.

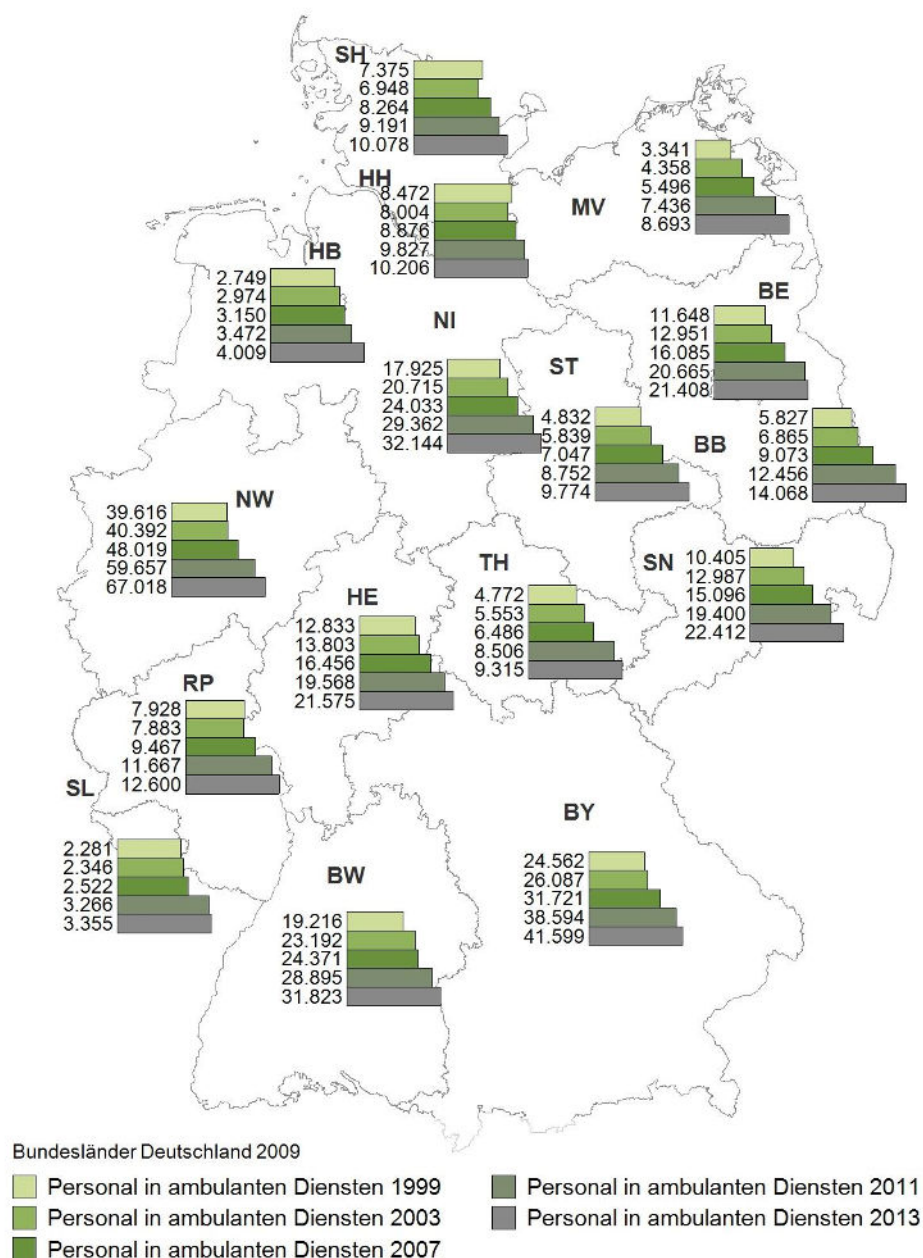
Auch diese Aspekte können angesichts der bestehenden Fachkräftesituation zu einem zunehmenden Wettbewerb führen, in dem der Sektor verbesserte Chancen der Personalrekrutierung aufweisen könnte, in dem für die Pflegenden die besseren Gehälter erzielt werden können. Diese Ergebnisse werden auch durch andere Studien und Gutachten bestätigt. So zeigen die Landesberichterstattungen Gesundheitsberufe NRW wiederholt auf, dass die ambulante Pflege größere Schwierigkeiten in der Personalrekrutierung aufweist als z.B. das Krankenhauswesen.

Ähnlich, wie es im Bereich der Zunahme der Pflegebedürftigkeit zahlreiche unterschiedliche Prognosen gibt, kann auch im Bereich der Prognosen des zukünftigen Fachkräftebedarfs auf unterschiedliche Gutachten verwiesen werden, die zu sehr variablen Ergebnissen kommen (Rothgang et al. 2012; Afentakis und Maier 2010). Für 2030 wird bspw. mit einem Bedarf von bis zu 520.000 Beschäftigten in allen Pflegeeinrichtungen gerechnet (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, 532 nach vbw) bzw. für das Jahr 2050 je nach Szenario mit einer Personallücke von 50.000 bis zu einer Millionen Arbeitskräften (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2012, 18)⁴.

⁴ Nach einer Empfehlung der Friedrich-Ebert-Stiftung könnte die zukünftige Versorgung auf derzeitigem Niveau durch Mittel, die durch den Pflegekräftemangel nicht abgerufen werden, sichergestellt werden. Die Autor*innen empfehlen Reformen sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite. Auf der Angebotsseite steht insbesondere die Erhöhung der Verweildauer von Pflegenden im Beruf im Fokus. Auf der Nachfrageseite ist der Ausbau infrastruktureller Maßnahmen und die Implementierung eines gelingenden Pflegemix prioritär. Ausschließlich der Pflegebedarf würde dann über das Versorgungssetting und die Wohnsituation entscheiden, nicht die Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten (Ehrentraut et al. 2016, 12ff, 28).

3.5.2 Kennzahlen der Beschäftigungssituation in ambulanten Diensten

Nachfolgend sollen die Beschäftigtenkennzahlen der ambulanten Dienste fokussiert werden. In der ambulanten Pflege bestätigt sich ein wachsender Arbeitsmarkt bundesweit und in allen Ländern. Die Zahl der dort sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (aller Berufe) steigt, insbesondere seit 2007, erheblich - allerdings sind die Größen der Zuwächse in den einzelnen Ländern, wie der folgenden Grafik zu entnehmen ist, äußerst unterschiedlich.



1999 arbeiteten in Deutschland fast 184.000 Personen in diesem Bereich, 2013 sind es bereits mehr als 320.000. Dies entspricht einer Zunahme von 74 %. Zu beachten ist, dass diese Anzahl an beschäftigten Personen fast 213.200 Vollzeitäquivalenten entspricht. Die Grafik verdeutlicht die Entwicklung in den Ländern von 1999 bis 2013.

Die Zahl der Vollzeitkräfte in der ambulanten Pflege liegt, der Pflegestatistik 2013 zufolge, unter einem Drittel. Damit sind in der ambulanten Pflege, im Vergleich zu der Pflege allen Sektoren, weniger Personen in Vollzeit beschäftigt. Im ambulanten Sektor findet darüber hinaus beständig ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigung statt. Fast 70 % der Beschäftigten in der ambulanten Pflege hatten eine Teilzeitstelle inne. Davon arbeiten in einem Mehr-als-50%-Umfang gut 35 % der Angestellten; fast 14 % arbeiten nicht geringfügig beschäftigt unter 50 % und etwas mehr als 20 % sind geringfügig beschäftigt angestellt. Zuwächse bei den Mitarbeiter*innenzahlen erfolgten bundesweit in den letzten Jahren insbesondere bei den Teilzeitstellen.

Eine gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote existiert für die ambulante Pflege nicht. In den einzelnen Ländern bestehen Regelungen für die Zulassung als Pflegedienst, die auch Qualifikation des Personals betreffende Vorgaben machen. Diese fallen allerdings sehr unterschiedlich aus (Ehrentraut et al. 2016, 9).

Betrachtet man die Qualifikationen des Personals in den ambulanten Diensten, so wies in 2013 mit fast 60 % etwas mehr als die Hälfte des Personals eine grundständige pflegerische Ausbildung auf. Fast die Hälfte der Beschäftigten im ambulanten Sektor verfügt über einen dreijährigen pflegerischen Berufsabschluss. Ca. 25 % der Mitarbeiter*innen sind Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, ca. 21 % sind Altenpflegekräfte und 2,5 % Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte. Knapp 9 % der Beschäftigten verfügen über einen einjährigen pflegerischen Berufsabschluss; hier sind die Verhältnisse zwischen Kranken- und Altenpflegehelfer*innen nahezu ausgeglichen.

In der Betrachtung über die folgende Zeitreihe von 1999 bis 2013 sieht man unter den pflegerischen Berufen insbesondere den Aufwuchs bei den Altenpflegenden. Hier zeigt sich eine Steigerung um fast 170 %, während die Zahl der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden zwischen 2009 und 2013 auf einem vergleichbaren Niveau geblieben ist. Die Zunahme der Versorgung und Betreuung in der ambulanten Pflege konnte somit insbesondere mit dem Aufwuchs in den Helfer*innenberufen und durch die Altenpflege realisiert werden.

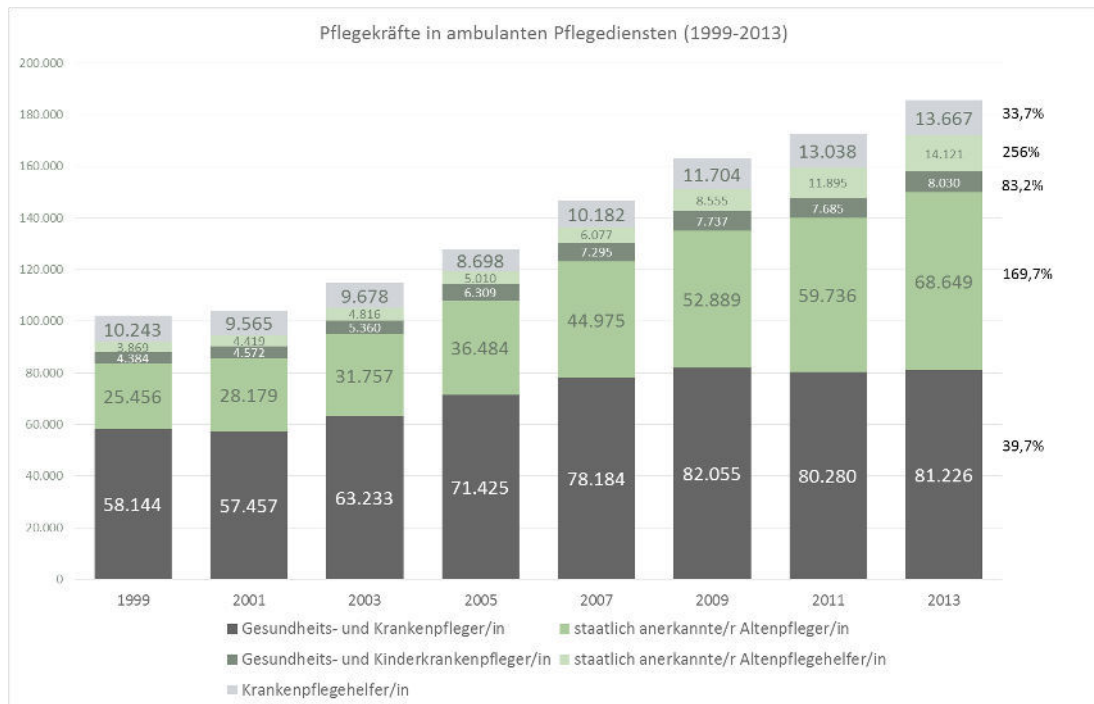


Abbildung 9: Beschäftigte Pflegenden in ambulanten Diensten 1999 bis 2013

Ohne Berufsabschluss sind ca. 16.700 Beschäftigte verzeichnet, das entspricht ca. 9.600 Vollzeitstellen. Die restlichen Personen verfügen über anderweitige Ausbildungen wie bspw. in Heilerziehungspflege, Fachhauswirtschaft, Familienpflege oder auch sozialpädagogische Berufsabschlüsse. Annähernd 9.800 Auszubildende arbeiten darüber hinaus in der ambulanten Pflege. Der Großteil mit fast 7.400 Personen absolviert die dreijährige Altenpflegeausbildung, gefolgt von ca. 800 Auszubildenden in der einjährigen Altenpflegehelfer*innenausbildung.

Die Mehrzahl der beschäftigten Pflegekräfte ist weiblich. 2013 arbeiten ca. 87 % Frauen in der ambulanten Pflege.

Betrachtet man die Altersstruktur der Pflegenden in der ambulanten Pflege, so ist in 2013 mehr als die Hälfte 40 bis 60 Jahre alt. 20 % der Angestellten sind 30 bis 40 Jahre alt. Der Anteil junger Mitarbeiter*innen fällt relativ gering aus. Folgende Abbildung stellt die Altersverteilung dar.

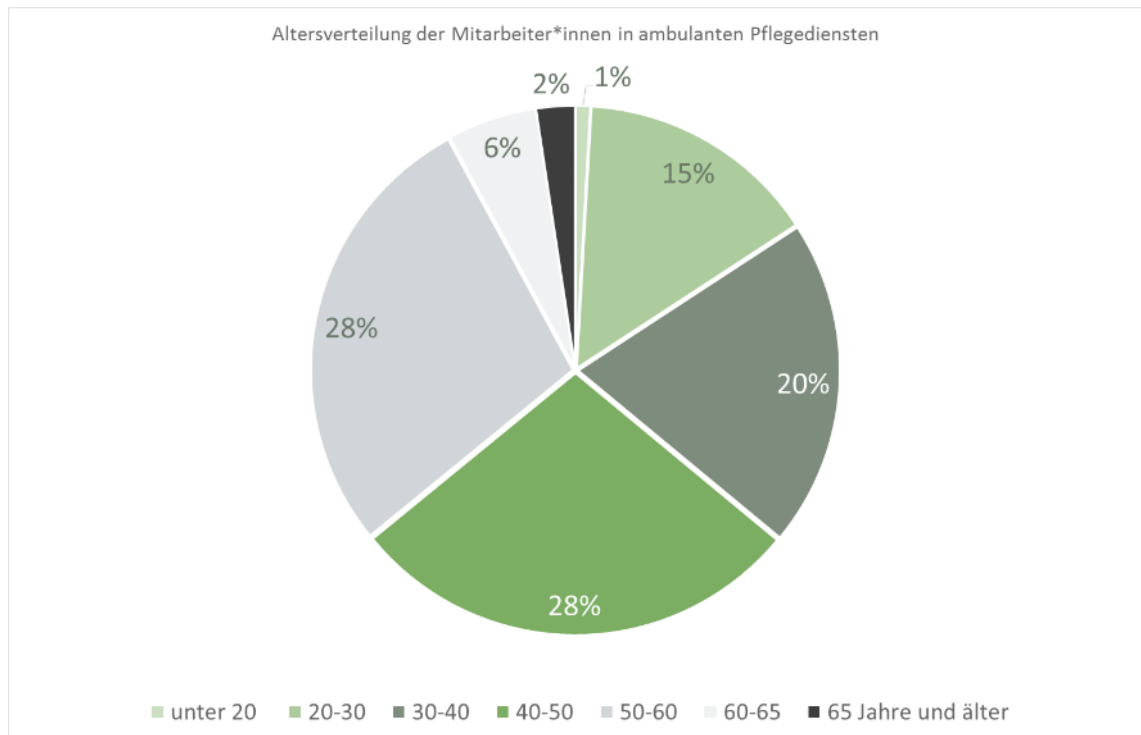


Abbildung 10: Altersverteilung der Mitarbeiter*innen in ambulanten Pflegediensten in 2013

Diese Tendenz findet sich auch in der Altersstruktur der Vollzeit und der Teilzeit arbeitenden Personen wieder. Für die Fachkräftesicherung erweist sich die Altersstruktur als eine Herausforderung, da neben der Notwendigkeit tendenziell mehr Pflegekräfte zu gewinnen eine hohe Anzahl an Fachkräften in der Zukunft zu ersetzen sein wird.

In der ambulanten Pflege stellt 2013 die grundpflegerische Versorgung den einsatzstärksten Bereich dar. Der größte Personalzuwachs vollzieht sich in diesem Aufgabenbereich. Mehr als 2/3 der eingestellten Personen (ca. 70 %) sind hier für diese Leistungsbereiche tätig, wobei insbesondere beruflich Pflegende und pflegende Hilfskräfte in diesem Bereich arbeiten. Die nachfolgende Abbildung stellt die Personalentwicklung in diesem Bereich in den Ländern über die Zeit dar.

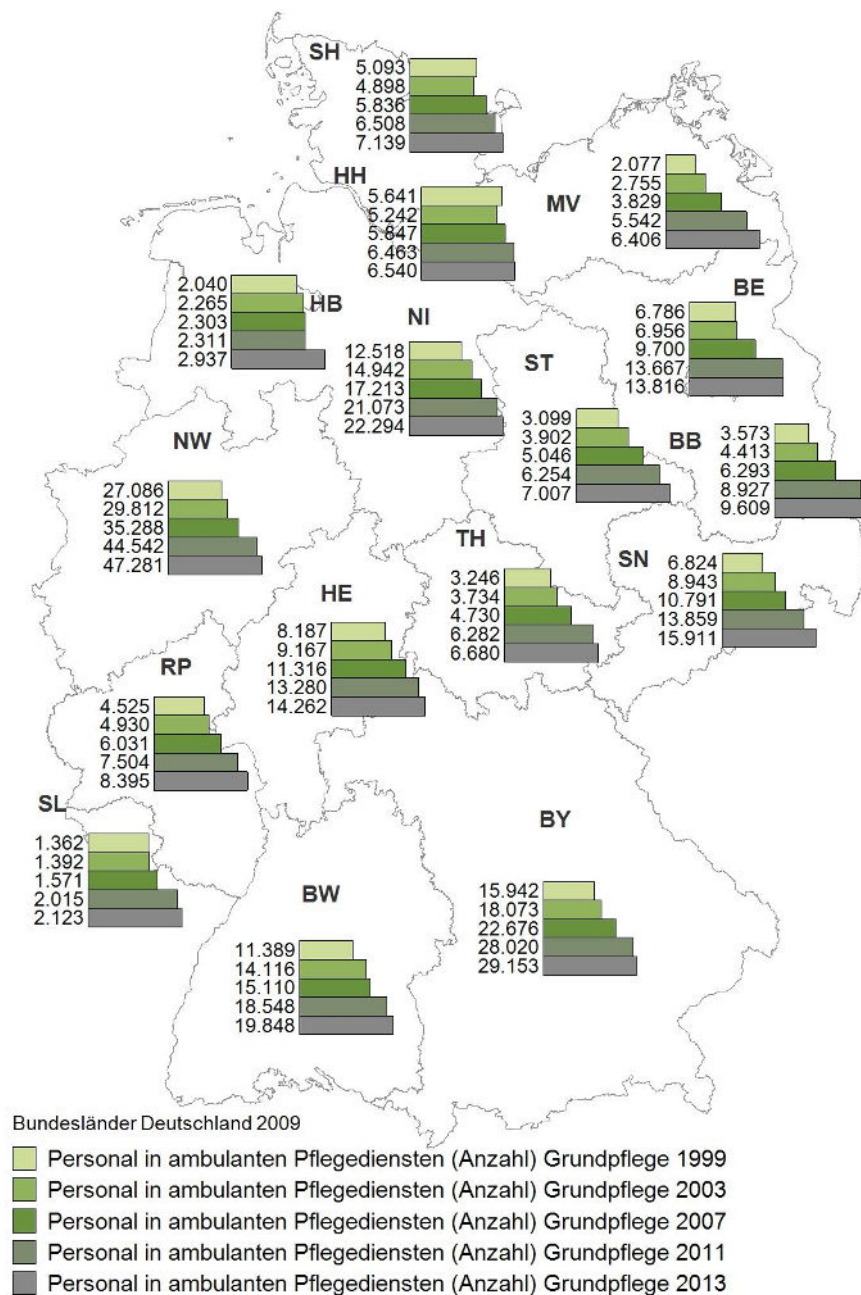


Abbildung 11: Personalentwicklung „Grundpflege“ in den Ländern von 1999 bis 2013

Hervorzuheben ist die Heterogenität bei den Betreuungsschlüsseln in einzelnen Ländern und Regierungsbezirken. Während in Niederbayern, Oberfranken, Sachsen-Anhalt und Thüringen zwischen 2,6 und 2,8 Pflegende auf einen Pflegebedürftigen kommen, sind es in Berlin und Hamburg 1,4 Pflegende. Prognostisch werden durch die zu erwartende Abnahme familialer Hilfe und Unterstützung bei gleichzeitiger Zunahme an pflegebedürftigen Personen mehr Pflegekräfte benötigt. Der zu erwartende Fachkräftemangel wird zu einer Verschlechterung des Betreuungsschlüssels führen. Aller-

dings sind Aussagen zur Qualität der erbrachten Pflege nicht alleine auf der Grundlage von allgemeinen Betreuungsschlüsseln möglich. Neben der Zahl der zu betreuenden Menschen ist auch immer der jeweilige unterschiedliche Bedarf an pflegerischer Versorgung mitzudenken (Ehrentraut et al. 2016, 7, 14).

3.6 Zusammenfassende Betrachtung der Entwicklungen

In allen Bundesländern nimmt die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen, die durch ambulante Dienste versorgt werden, ebenso zu wie die Anzahl der in ambulanten Diensten beschäftigten Personen. Bis auf zwei Ausnahmen (Bremen und Saarland) führt dies, wie der nächsten Abbildung zu entnehmen ist, auch zu einer Zunahme und einem Ausbau der Anzahl an ambulanten Diensten und Sozialstationen. In den beiden genannten Bundesländern kam es offensichtlich zu einer Konzentration und Bereinigung des Marktes.

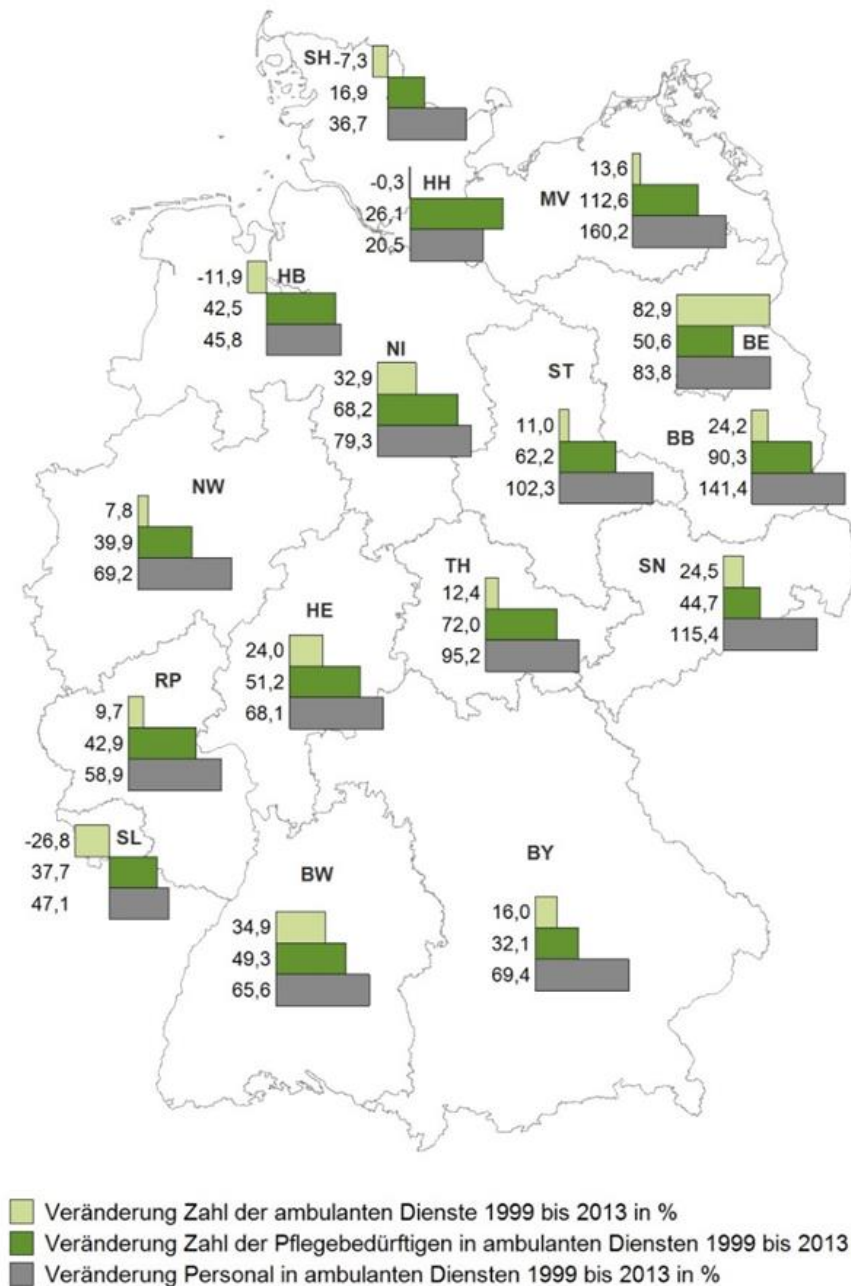


Abbildung 12: Prozentuale Entwicklungen der ambulante Pflege von 1999 bis 2013

Bundesweit wird vor diesem Hintergrund eindrücklich die Bedeutung des ambulanten Sektors für die Versorgung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf deutlich.

4 Methodenbeschreibung der Studie

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsstudie mittels eines standardisierten Befragungsbogens.

Für den Bericht wurden ergänzend im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse aktuelle statistische Kennzahlen thematisch zusammengefasst und grafisch aufbereitet. Dies sind Daten aus der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes, den Pflegestatistiken, den Angaben zu Arbeitsmarktkennzahlen und Leistungsflüssen der Pflegeversicherung.

Die Pflege-Thermometer-Studien dienen der Aufarbeitung und Einordnung einzelner Fragenkomplexe. Die Fragestellungen beleuchten jeweils aktuelle Herausforderungen im Pflegewesen. Demzufolge liegt der Fokus der Recherche und der Darstellung insbesondere bei Kennzahlen aus dem deutschen Gesundheitswesen sowie der deutschsprachigen Literatur.

Ein Kernelement der Pflege-Thermometer sind die Einschätzungen und Bewertungen der mittels eines standardisierten Fragebogen befragten Expert*innen. Die Perspektiven und Ansichten der Expert*innen vor Ort helfen, die derzeitigen zentralen Entwicklungen und Aufgaben aufzuzeigen, und erlauben eine Systematisierung der Aussagen jenseits von Einzelmeinungen oder Stellungnahmen einzelner Organisationen/Verbände. Für zahlreiche der Fragestellungen liegen in den Diensten selber keine Kennzahlen vor oder können im Rahmen der Befragung nicht exakt erhoben werden. Beispielsweise werden in den Einrichtungen nicht flächendeckend und umfassend Messinstrumente zur Depression bei den Klient*innen eingesetzt und eine valide Prävalenzerhebung zu diesen Fragen kann damit nicht gesichert werden. Dessen ungeachtet aber sind die Beobachtungen und Einschätzungen der Expert*innen zu Veränderungen in der Klient*innenbetreuung relevant und stellen einen Ausgangspunkt dar für weitere anschließende Untersuchungen und Fragestellungen.

Die grundsätzliche methodische Ausrichtung bezüglich der Auswertung der Ergebnisse hat primär deskriptiven und explorativen Charakter. Wichtige Entwicklungen und Kennzahlen sollen dargestellt und Besonderheiten aufgedeckt werden.

Zentrales Ziel ist die Herstellung einer Übersicht zu den generellen Tendenzen und Einschätzungen. Ergänzend erfolgt im Pflege-Thermometer eine literaturgestützte Einordnung der Themen sowie der Befragungsergebnisse in derzeitige Diskussionen.

4.1 Stellenwert der Literatur

Den Pflege-Thermometern liegt keine vollständige systematische Literaturrecherche zugrunde. Aufgrund der Vielzahl der unterschiedlichen Fragestellungen und Perspektiven wurde nicht mit einer einzelnen komplexen Suche in den zentralen Datenban-

ken (Pubmed, Carelit, Livivo, Cinahl etc.) nach entsprechender Literatur gesucht. Somit fehlt eine Ausweisung von Trefferlisten und Suchworten in den jeweiligen Datenbanken. Die Literaturrecherche umfasst neben einzelnen Artikeln auch die Suche nach zentralen Dokumenten, Gesetzen, Berichten der Ministerien, Stellungnahmen von Verbänden und weiterer grauer Literatur im Internet; sie orientiert sich weniger an der gezielten Suche nach Studienergebnissen zu einzelnen Fragen und der Wirksamkeit kontrollierter Maßnahmen. Ebenso kann im Rahmen einer Übersicht keine Detailanalyse zu den jeweiligen Aspekten geleistet werden. Beispielsweise sind Fragen zu den Leistungen der ambulanten Dienste nicht nur hinsichtlich der rechtlichen Aspekte zu diskutieren, sondern erfordern zugleich eine vertiefte Analyse zu den Zugangsmöglichkeiten und Fragen der bedingenden Faktoren, wie sozialer Ungleichheit und den Auswirkungen auf die Versorgungssettings. Diese komplexen Themenfelder können im Rahmen der vorliegenden Studie nicht umfassend beleuchtet werden und erfordern eine detaillierte soziologische, rechtliche, pflegfachliche und erweiterte strukturelle Analyse.

Die Literatur wird somit primär ergänzend eingesetzt, um Ergebnisse der Befragung in den Kontext bestehender Diskussionen einzuordnen und um zentrale Aspekte der Diskussion hervorzuheben oder Aussagen und Interpretationsangebote literaturgestützt abzusichern. Die Quellen der Kennzahlen werden angegeben, um eigene Recherchen zu ermöglichen. Da der Fokus auf der bundesdeutschen Situation und Diskussion liegt, werden deutschsprachige Dokumente einbezogen – eine internationale Einordnung und ein internationaler Vergleich der Versorgungsstrukturen ist nicht Gegenstand der vorliegenden Studie. Vor diesem Hintergrund weist das Literaturverzeichnis die Auswahl der für diese Studie genutzten Dokumente und Quellen aus und bedarf im Einzelfall ergänzender Recherchen und Betrachtungen, wenn die Ergebnisse weiterführend interpretiert werden sollen.

4.2 Fragebogenkonstruktion

Die Fragebogenentwicklung zum Pflege-Thermometer ist ein mehrstufiges Verfahren mit unterschiedlichen Revisionsprozessen. Die Konstruktion eines ersten Fragebogens wurde anhand von Leitfragen und Themenkomplexen vorgenommen. Diese wurden aus Vorgesprächen mit Akteuren im Feld, Diskussionsbeiträgen auf Tagungen, der Analyse ausgewählter Literatur und aufgrund von Vorerfahrungen aus anderen Befragungsreihen entwickelt. Ziel war die Identifizierung handlungsleitender zentraler Themen in ihrer Breite, jedoch nicht in ihrer Tiefe.

Die weitere Entwicklung umfasste eine Diskussion der einzelnen Fragen, die in Form eines halbtägigen Workshops im dip durchgeführt wurde. Vertreter*innen namhafter Verbände debattierten den entwickelten Fragebogen mit seinen Schwerpunkten und gaben Hinweise zu Umfang, Form der Fragen, Fragerichtungen und der Einordnung zur thematischen Bedeutung der Fragenkomplexe. Beteiligt an diesem Workshop waren Vertreter*innen vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. in

Nordrhein-Westfalen, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. (Regionalvertretung West), der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. (Geschäftsbereich Pflege, Alten- und Behindertenarbeit), des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e.V. (Geschäftsbereich Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe) sowie des Landesverbands freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. Darüber hinaus wurde der Fragebogen auch Expert*innen aus Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt und dort intern in einem Arbeitskreis diskutiert.

Der nach den Ergebnissen des Workshops überarbeitete Fragebogen durchlief im Anschluss einen Pre-Test. Sieben Leitungskräfte aus den Bundesländern Bayern (1x), Niedersachsen (1x) und Nordrhein-Westfalen (5x) gaben weiterführende Rückmeldungen zu dem vorläufigen Befragungsbogen und beantworteten weitere Fragen zum Bearbeitungsaufwand, zur Durchführbarkeit, zur Relevanz, zur Vollständigkeit, zur Verständlichkeit und welche Fragen zur Kürzung des Bogens herausgenommen werden können.

Der abschließend entwickelte Fragebogen umfasste sieben doppelseitig bedruckte Seiten inklusive eines erläuternden Anschreibens. Die thematischen Oberkategorien erfassten Fragen zur Struktur der Einrichtungen, zu den Klient*innen, zu den finanziellen Rahmenbedingungen, zur Personalsituation, zu der Kooperation mit weiteren an der Versorgung beteiligten Akteuren, zu der Nutzung und dem Einsatz sozialräumlicher Angebote sowie abschließende Fragen zu weiteren aktuellen Entwicklungen. Er enthielt 48 Fragen bzw. Fragenkomplexe. Insgesamt wurden 348 codierte Variablen erhoben. Der Fragebogen wurde größtenteils mit geschlossenen Fragen standardisiert konstruiert, wobei Fragen mit Einfach- und Mehrfachnennung vorkamen. Bewertungen wurden in Form einer Likert-Skala und in Form von Schulnoten vorgenommen; zusätzlich wurden weitere Angaben und offene Kennzahlen erbeten. Daten, die eine Identifizierung eines einzelnen Dienstes oder einer einzelnen Person erlauben, wurden nicht erhoben. Der Fragebogen war handschriftlich auszufüllen.

4.3 Datenerhebung

Die Fragebögen wurden im Rahmen der geplanten Vollerhebung an alle in Deutschland bestehenden ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen versendet. Die Adressen für die Zusendung an die ambulanten Dienste stellte der Verband der Ersatzkassen e. V. zur Verfügung; sie stammen aus den Daten des „vdek-Pflegelotsen“. Dieser Datensatz umfasste nach der Bereinigung von gedoppelten Einrichtungen 14.194 Adressen. Vereinbart wurde im Rahmen der Kooperation, dass die Adressen einmalig und ausschließlich zum Zwecke der Befragung verwendet werden konnten.

Die Versendung der Fragebögen erfolgte zum 01. September 2015. Der Befragungszeitraum umfasste inklusive einer zweiwöchigen Verlängerung mit Nachfassaktion insgesamt zwei Monate. Die Nachfassaktion erfolgte aufgrund von Bitten aus dem

Feld. Fragebögen, die bis zu diesem Zeitpunkt zurückgesendet wurden, konnten in die Studie aufgenommen werden.

Flankierend zur Versendung wurden Vertreter*innen von Verbänden gebeten, für die Teilnahme am Pflege-Thermometer in den Verbänden zu werben. Im Rahmen der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit wurden darüber hinaus zwei Pressemitteilungen sowie Hinweise zur Studie in Zeitschriften und Newslettern der Pflege veröffentlicht.

4.4 Ethik und Datenschutz

Aus Sicht der Autor*innen der Studie besteht bezogen auf die Untersuchung kein Hinweis auf eine ethisch problemhafte Situation. Die Leitenden der ambulanten Dienste wurden im Rahmen des Anschreibens umfassend über das Ziel und den Inhalt der Befragung aufgeklärt. Der Nutzwert wurde beschrieben und der kostenfreie Zugang zu den Forschungsergebnissen zugesichert. Es erfolgten ferner Hinweise zum Umgang mit den Fragebögen und zum Datenschutz. Die Fragebögen wurden mit einem verschließbaren und rückadressierten Umschlag zugesendet. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und die Rücksendung der Bögen wurde als Zustimmung zur Studie betrachtet. Eine gesonderte Einwilligung zur möglichen Nutzung einer Emailadresse war Teil des Anschreibens und wurde u.a. verwendet, um auf die Bereitstellung des Studienberichts aufmerksam zu machen.

Auf die finanzielle Unterstützung durch den Förderer der Studie wurde im Anschreiben hingewiesen. Eine über die Studienfinanzierung hinausgehende Interessensgemeinschaft oder eine Geschäftsbeziehung zum Förderer liegt nicht vor. Eine Einflussnahme auf die konkrete Studie, die Inhalte sowie Form des Studienberichts seitens des Förderers lag nicht vor.

Aus dem Forschungsbericht resultieren keine geschäftsmäßigen weiteren Verwertungen, wie etwa Beratungsleistungen. Die Nutzung liegt ausschließlich im wissenschaftlichen Bereich.

4.5 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Der Fragebogen wurde mit TeleForm 10.0 in einen automatisiert einlesbaren Fragebogen überführt. Die Datenaufbereitung, -testung und -auswertung erfolgte von Anfang November 2015 bis Ende Januar 2016.

Die eingelesenen Fragebögen wurden jeweils einzeln verifiziert und kontrolliert; Plausibilitätsprüfungen erfolgten zu einzelnen Angaben. So wurde beispielsweise die Zahl der Beschäftigten insgesamt mit der Zahl der offenen Stellen und der betreuten Klient*innen gemeinschaftlich betrachtet, um mögliche Datenkorruptionen zu identifizieren und um statistische Verzerrungen auszuschließen. Eine automatisierte Datentrimmung wurde lediglich bei einer Frage⁵ vorgenommen. Alle anderen Formen der

⁵ Nähere Hinweise zur Datentrimmung finden sich an entsprechender Stelle in Kapitel 5.4.3.

Datenbereinigung erfolgten auf der Basis der Einzelbetrachtung der Fragebögen. Bei nicht eindeutigen handschriftlichen Daten oder nicht plausiblen Angaben wurden diese als fehlend gewertet und aus den Berechnungen herausgenommen. Fehlende Daten wurden bis auf zwei Fragen als fehlend behandelt (bei diesen Ausnahmen wurde eine Ergänzung um 0 vorgenommen).

Der Aufbau der Datenmatrix zur Analyse der Ergebnisse erfolgte mittels SPSS 22. Ein Codeplan für die Befragung wurde im Vorfeld erstellt. Die graphische Aufarbeitung der Daten wurde mittels Excel 2010 vorgenommen.

Der Fragebogen selbst weist die klassischen Merkmale einer Befragung auf, es wurden keine Instrumente eingesetzt, wie sie z.B. in der Arbeitspsychologie (z.B. Arbeitsbelastungsmessung) eingesetzt werden. Damit entfallen für den Fragebogen die Analyse und Betrachtung klassischer testtheoretischer Gütekriterien wie Validität, Reliabilität oder Objektivität. Die Ergebnisse werden vor diesem Hintergrund und dem vorliegenden Datenniveau deskriptiv (beschreibend) und explorativ (aufdeckend) vorgestellt. Es werden keine komplexen statistischen Verfahren eingesetzt, da das Datenniveau der jeweiligen Fragen eine solche Analyse nicht zulässt. Einzelne Kennzahlen sind intervallskaliert und erlauben konkrete Berechnungen, die Einschätzungsfragen sind überwiegend ordinalskaliert und werden nur beschreibend in den Ausprägungen der Antwortenden analysiert.

In den Diagrammen sind, sofern nicht anders ausgewiesen, die Angaben aller Antworten einbezogen. Fehlende Werte sind kenntlich gemacht bzw. die jeweilige Anzahl der Antworten werden explizit ausgewiesen. Zur Verbesserung der Lesbarkeit der dargestellten Diagramme werden Prozentwerte unterhalb von 5 Prozent überwiegend nicht beschriftet.

4.6 Repräsentativitätsprüfung

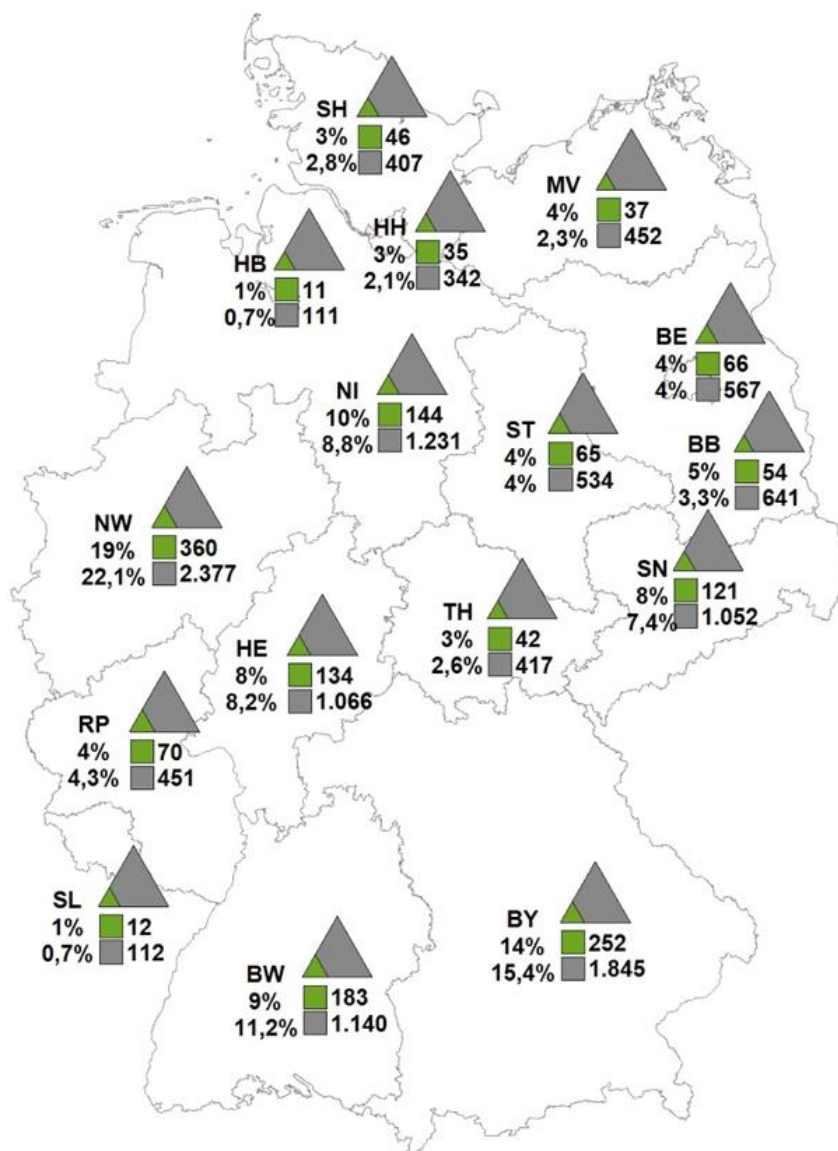
Zurückgesendet wurden 1.653 Fragebögen. Es erfolgten auch Rücksendungen von „Irrläufern“, bei denen Adressen nicht bekannt waren oder Fragebögen nicht zugestellt werden konnten (N=87). Für die Auswertung des Rücklaufs und den Abgleich mit den Strukturdaten der ambulanten Dienste wurden die Daten der amtlichen Pflegestatistik aus dem Jahr 2013 verwendet, da diese die einzige vollständig gesicherte Datengrundlage von ambulanten Diensten mit Versorgungsverträgen darstellt und als Grundgesamtheit bezeichnet werden kann.

Die Limitierungen, die sich im zeitlichen Vergleich ergeben (Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik ist jeweils der 31.12./Die Erhebungen finden im Rhythmus von zwei Jahren statt), die Erhebung im Pflege-Thermometer fand bis zum Oktober 2015 statt, müssen dabei in Kauf genommen werden.

Die Grundgesamtheit, die zum Vergleich herangezogen werden kann, die Pflegestatistik 2013 weist 12.745 in Deutschland existierende ambulante pflegerische Diensten aus. In der Berechnung ergibt sich hiernach eine Rücklaufquote von ca. 13 %.

Im Rahmen der Prüfung der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der in der Pflegestatistik ausgewiesenen ambulanten Pflegedienste erfolgte eine Gegenüberstellung der Verteilung der Pflegedienste und Sozialstationen in den Ländern mit den Daten in der Stichprobe im Pflege-Thermometer.

Zwischen beiden Datensätzen zeigt sich ein sehr hoher Grad der Übereinstimmung. Die konkreten prozentualen und numerischen Gegenüberstellungen sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.



■ Anzahl ambulante Dienste Pflege-Thermometer/ Prozentverteilung Länder in der Stichprobe
 ■ Anzahl ambulante Dienste Pflegestatistik 2013/ Prozentverteilung Länder in der Grundgesamtheit

Abbildung 13: Verteilung der ambulanten Dienste in den Ländern

Der vorliegende Datensatz des Pflege-Thermometers 2016 ist damit bezogen auf die Länderverteilung repräsentativ und erlaubt eine Berechnung (Hochrechnung) zu ausgewählten Aspekten.

Weitere Aspekte von Übereinstimmungen zentraler Merkmale wurden kontrolliert. Bezüglich der Trägerschaft weist die Stichprobe eine leicht überproportionale Abbildung von ambulanten Diensten in gemeinnütziger Trägerschaft aus. Die privaten Träger sind im Gegensatz zur Grundgesamtheit der Pflegestatistik 2013 um 10 % unterrepräsentiert, die gemeinnützigen um 11 % höher als in der Grundgesamtheit aller Dienste in Deutschland. Die ambulanten Dienste in öffentlicher Trägerschaft sind in der vorliegenden Stichprobe mit 3,3 % vertreten, in der Pflegestatistik sind sie lediglich mit 1 % ausgewiesen.

Bezüglich der Größe der Einrichtungen (Anzahl der zu versorgenden Klient*innen) weist die Stichprobe insgesamt wieder eine sehr gute Annäherung an die Grundgesamtheit auf. Wie in Kapitel 3.4.1 beschrieben, wurden in 2013 in den ambulanten Pflegediensten statistisch gemittelt 48 Pflegebedürftige versorgt. In der vorliegenden Stichprobe ergibt sich ein statistischer Mittelwert von 63 betreuten pflegebedürftigen Menschen⁶, wobei der Median als Maß der zentralen Tendenz bei 49 Pflegebedürftigen liegt. In der Pflegestatistik wird ausgewiesen, dass die ambulanten Dienste in freigemeinnütziger Trägerschaft in der Regel mehr Klient*innen betreuen als die privaten –durchschnittlich 68 Klient*innen. Da diese in der vorliegenden Stichprobe etwas höher repräsentiert sind als die privat getragenen Dienste, erklären sich die Abweichungen beim arithmetischen Mittelwert.

Die Gesamtheit der Stichprobe (1.653) kann auf der Basis der vorliegenden Analyse als aussagekräftig angesehen werden und erlaubt eine gute Systematisierung der Aussagen.

4.7 Geografische Verteilung der Einrichtungen in der Stichprobe

Die nachfolgende Abbildung zeigt die teilnehmenden ambulanten Dienste in den jeweiligen Postleitzahlenbezirken.

Dabei liegen nicht für alle Dienste die fünfstelligen Postleitzahlen vor, sodass die Anzahl der abgebildeten Dienste nicht alle Antwortenden umfasst. In der konkreten Fragestellung wurde auf die Nutzungsart für die Eingabe hingewiesen; die Veröffentlichung der fünfstelligen Postleitzahl wurde jedoch nicht von allen ambulanten Diensten vorgenommen. Auf der anderen Seite kann die Darlegung der großen Anzahl sowohl als inhaltliches Gütekriterium der Beantwortung als auch als ein Vertrauensbeweis gedeutet werden.

⁶ Der statistische Mittelwert wird in der vorliegenden Stichprobe durch Angaben einzelner Organisationen erhöht, die wahrscheinlich für die Gesamtheit der Trägerschaft (Geschäftszentrale) Angaben machten und nicht für die jeweiligen einzelnen Betriebsstätten. Da der Mittelwert auf die damit verbundenen einzelnen sehr hohen Angaben zu den betreuten Klient*innen (Ausreißer) stark reagiert, wird hier der Median, der die Gruppe bei einer Sortierung nach der Anzahl der Nennungen in zwei gleiche Teile unterteilt, ausgewiesen.

Es zeigt sich eine breite und bundesweite Abdeckung bei den ambulanten Pflegediensten in der vorliegenden Stichprobe. Die nächste Übersicht stellt dies dar.

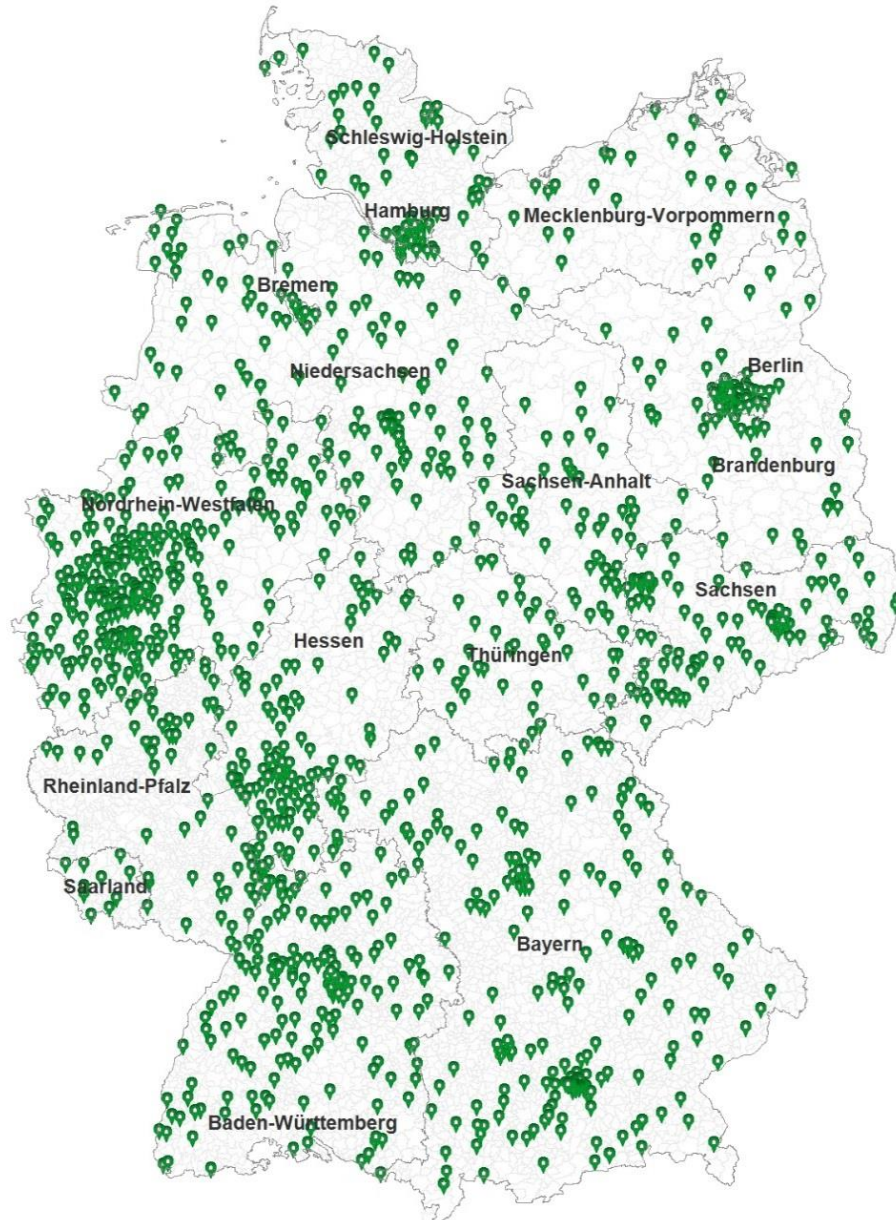


Abbildung 14: Verteilung der teilnehmenden Dienste nach Postleitzahlbezirken

5 Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2016

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Studie vorgestellt. Die jeweiligen Unterkapitel folgen dabei nicht immer zwingend der Reihenfolge der einzelnen Fragen, sondern werden thematisch orientiert zusammenfassend vorgestellt. Die jeweiligen Aspekte der Ergebnisdarstellung werden mit erläuternden Hinweisen, Kommentierungen sowie Rückgriffen auf bestehende Literatur versehen. Diese kommentierte Form versteht sich als ein Interpretationsangebot mit einer Einordnung der vorliegenden Ergebnisse in allgemeine und übergeordnete Diskussionen. Sie sollen zu einem tieferen Verständnis der Befunde beitragen und übergreifende Diskussionen ermöglichen.

5.1 Strukturdaten der Pflegedienste

Einführend sollen zentrale Strukturdaten der befragten Einrichtungen vorgestellt werden.

Etwas über 80 % der ambulanten Dienste in der Stichprobe sind eigenständige Einrichtungen. Hiervon sind fast drei von vier solitär als eigenständiger Pflegedienst organisiert und mehr als 25 % bezeichnen sich als eine Betriebsstätte von mehreren Standorten, die einer gemeinsamen Geschäftszentrale untergeordnet sind. Die restlichen Einrichtungen sind jeweils an unterschiedliche Institutionen angebunden; für 31 Dienste fehlt eine klare Benennung der Organisationsform.

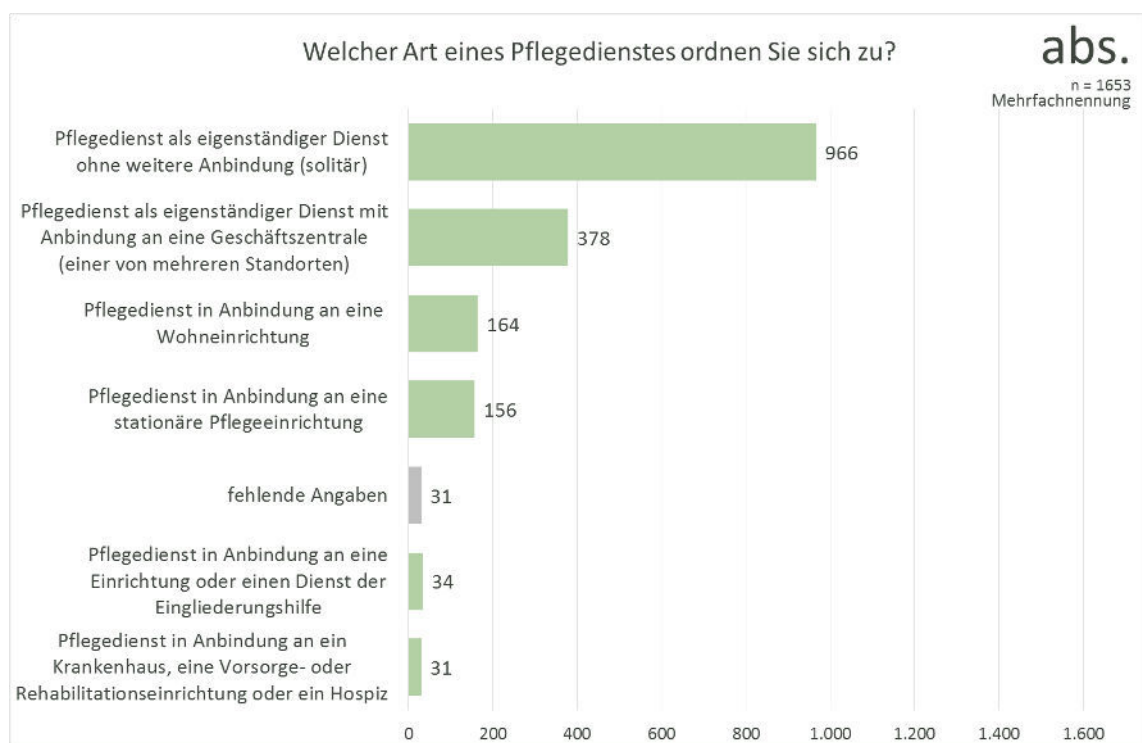


Abbildung 15: Art der Einrichtung

Bezüglich der Trägerschaft lassen sich die folgenden Angaben in der Stichprobe aufzeigen: Über die Hälfte der Dienste sind einer privat-erwerbswirtschaftlicher Trägerschaft zuzuordnen, gefolgt von freigemeinnütziger Trägerschaft und zu einem kleinen Anteil bestehen auch öffentliche Trägerschaften.

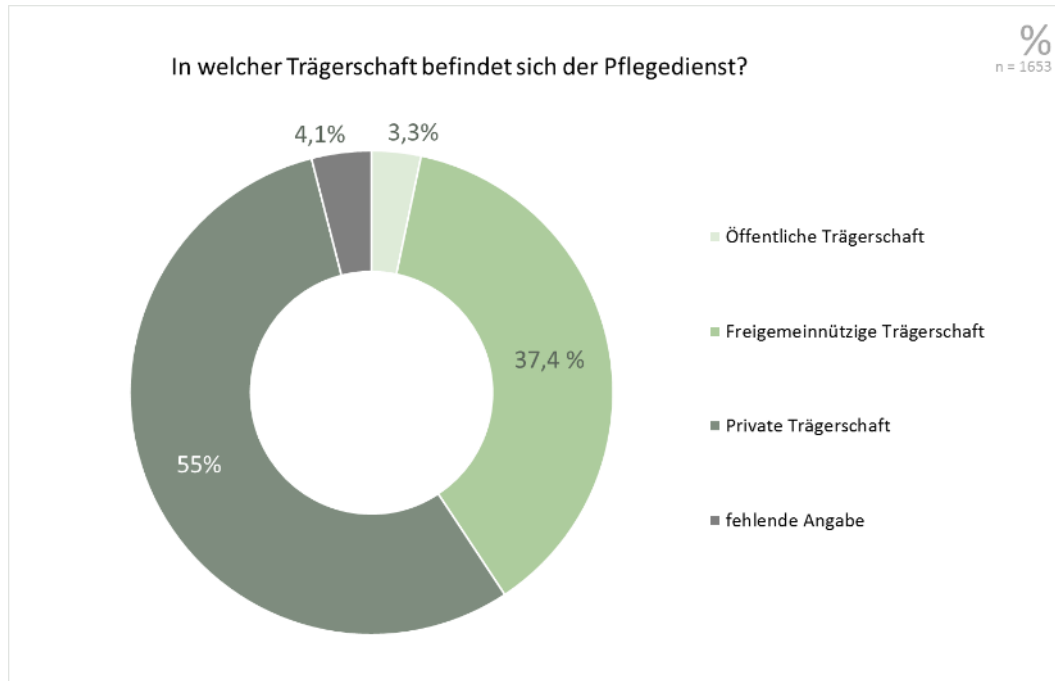


Abbildung 16: Trägerschaften der Dienste

Verbandlich organisiert ist der Großteil der antwortenden ambulanten Dienste. In besonderem Maße vertreten sind in der Stichprobe der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, das Diakonische Werk oder sonstige der Evangelischen Kirche Deutschlands angeschlossene Träger sowie der Deutsche Caritasverband oder sonstige katholische Träger. Weitere Angaben zu bestehenden Mitgliedschaften sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

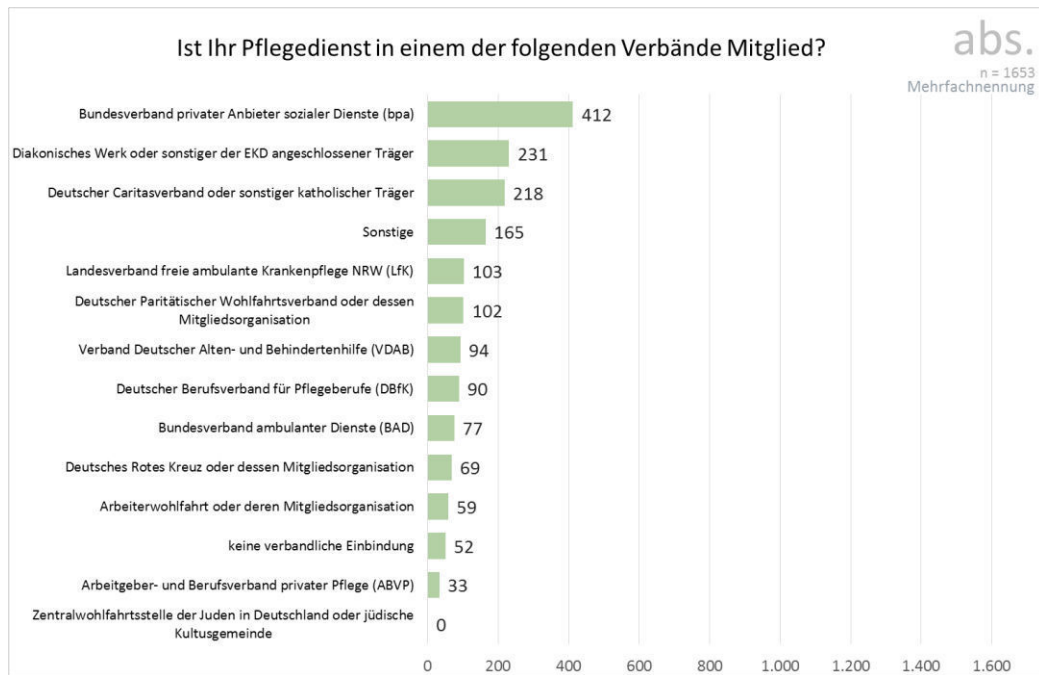


Abbildung 17: Mitgliedschaften in Verbänden

Zu den Strukturdaten gehören auch Hinweise zur Ausstattung der ambulanten Dienste. Hierbei wurde im vorliegenden Pflege-Thermometer 2016 erstmals nach der technischen Ausstattung der Dienste gefragt. Mit der nachfolgenden Übersicht werden Hinweise zum „Technisierungsgrad“ der ambulanten Dienste gegeben.

Insbesondere Software zur Abrechnung der erbrachten Leistungen (ca. 88 %), zur Erstellung von Dienstplänen (ca. 77 %) oder zur Tourenplanung (ca. 75 %) sind als verbreitet anzusehen und werden routinemäßig von den ambulanten Pflegediensten eingesetzt.

Sogenannte Ambient-Assisted-Living-Produkte (AAL), bei denen innovative, umgebungsunterstützende Technik- und Assistenzsysteme ein selbstbestimmtes Leben bei den Klient*innen erleichtern bzw. ermöglichen, haben sich hingegen bisher in diesem pflegerischen Anwendungsgebiet nicht etabliert und finden selten Eingang in die Infrastruktur. Der Einsatz telematischer Systeme, wie bspw. Therapieerinnerung für Klient*innen (3 %) oder Audio-/Video-Kommunikation mit Klient*innen ist hier nahezu nicht vorhanden und ist in weniger als 1 % der befragten Einrichtungen in Gebrauch.

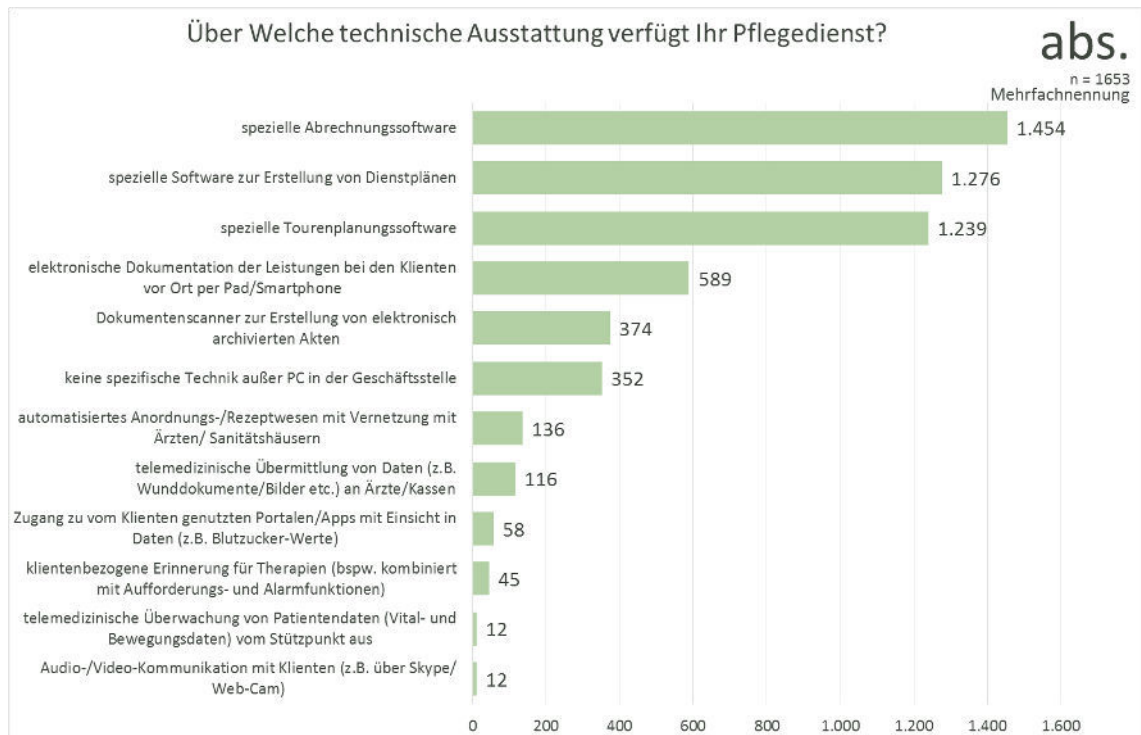


Abbildung 18: Technische Ausstattung der Dienste

In der Gesamtschau zu diesem Aspekt zeigt sich, dass trotz zahlreicher vorhandener Möglichkeiten und einem breiten Angebot von Internetservices und Apps die Technisierung in dem Sektor der ambulanten Pflegedienste primär auf die Vereinfachung der eigenen betrieblichen Abläufe ausgerichtet ist und die Möglichkeiten (und Grenzen) in der Klient*innenversorgung aktuell noch einen weiten Raum für technische Innovationen darstellen.

5.2 Leistungsspektrum und Klient*innenversorgung

Ein erster zentraler inhaltlicher Ergebnisblock umfasst generelle Fragen zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste. Jenseits der konkreten Versorgung und Betreuung bieten ambulante Dienste noch eine Vielzahl an benötigten Hilfen an, die sie alleine oder in Kooperation mit anderen Diensten realisieren. Dabei zu berücksichtigen sind auch Spezialisierungen der ambulanten Pflegedienste mit ausgewählten Leistungen für besondere Gruppen an Klient*innen, wie intensivpflichtige Menschen, psychisch Kranke oder aber erkrankte/pflegebedürftige Kinder.

5.2.1 Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste

Grundsätzlich liegen den meisten Leistungen der ambulanten Pflegedienste zwei voneinander abzugrenzende Finanzierungsbereiche zugrunde, aus denen Leistungen erfolgen können. Dies sind Leistungen, die im Rahmen der Beantwortung von Pflegebedürftigkeit entstehen (SGB XI), und Leistungen, die sich aus der Krankenversorgung, der Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt oder Versorgung im Rahmen einer Beeinträchtigung der alltäglichen Bewältigung durch akute Erkrankung ergeben

(SGB V). Die Finanzierungsgrundlagen sind dabei entweder vorliegende Einstufungen der Pflegebedürftigkeit und damit ein Pflegebedarf nach SGB XI oder aber eine ärztliche Verordnung im Rahmen der Krankenkassenleistungen (SGB V).

In der Gesamtschau dominiert erwartungsgemäß die Erbringung von Leistungen im Rahmen der benannten SGB XI und SGB V Leistungsbereiche. In über 90 % der am Pflege-Thermometer teilnehmenden Einrichtungen werden, neben SGB XI-Leistungen, auch SGB V-Leistungen angeboten; in über 60 % der Dienste zudem SGB XII-Leistungen und fast 45 % haben sonstige ambulante Hilfeleistungen wie bspw. einen mobilen sozialen Dienst, familienentlastende Dienste oder Mahlzeitendienste mit im Portfolio. Ausschließlich nach SGB XI wird lediglich in 1 % der beteiligten Dienste gearbeitet.

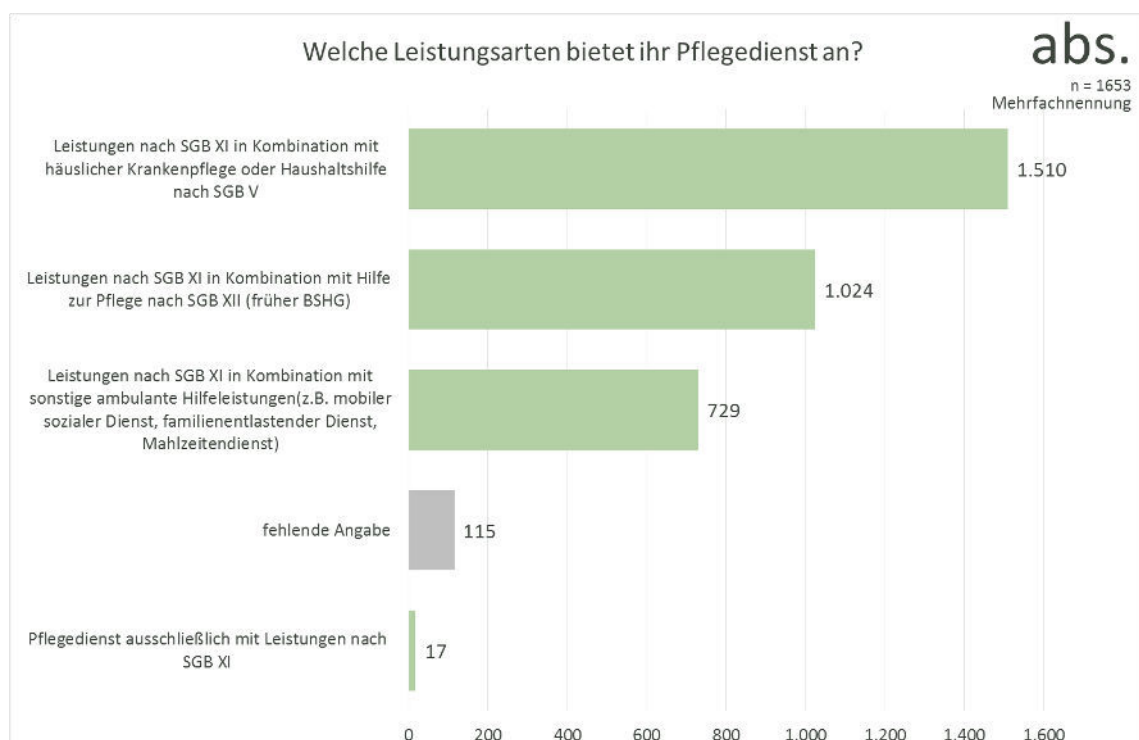


Abbildung 19: Ausrichtung nach Leistungsarten

Das nachfolgende-Ranking weist in der Abstufung konkrete Leistungen sowie die Spezialisierungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen (z.B. ambulante außerklinische Beatmung) aus.

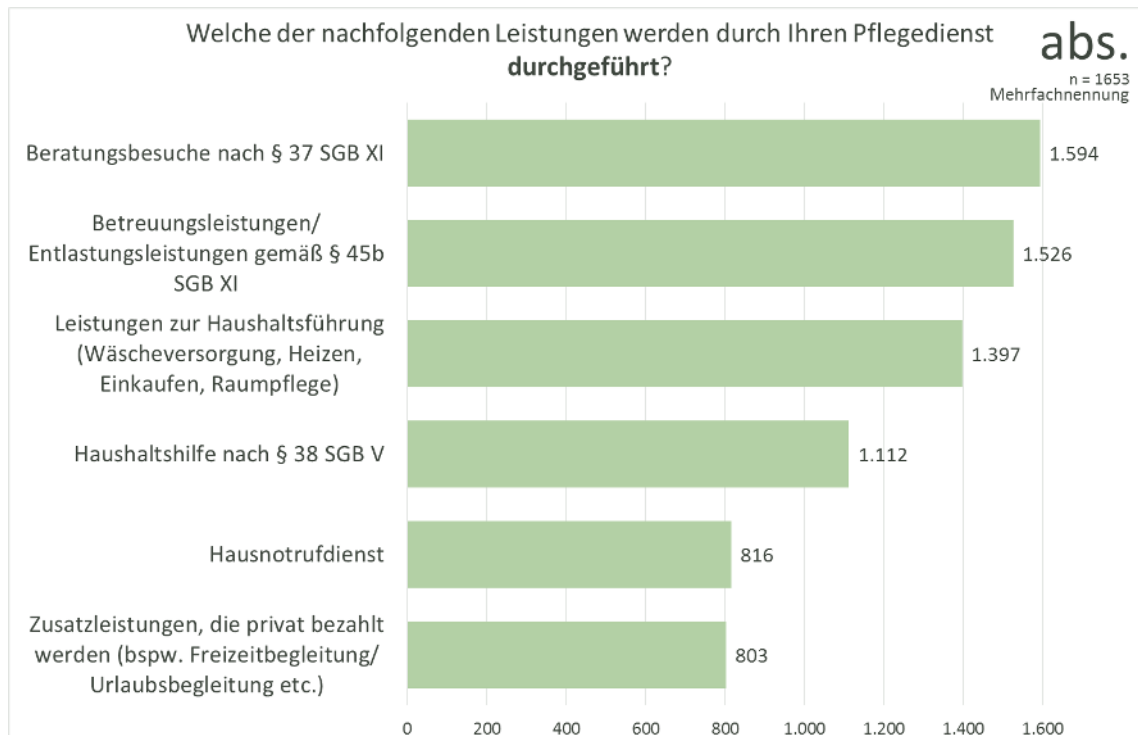


Abbildung 20: Leistungsspektrum der ambulanten Dienste 1

Die häufigste Leistung, die neben grund- und behandlungspflegerischen Angeboten durchgeführt wird, ist der Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Bei den antwortenden Diensten wird sie in mehr als 96 % der Einrichtungen durchgeführt. Betreuungsleistungen nach § 45b und Leistungen der Haushaltsführung sind ebenfalls in einem hohen Maße ausgeprägt.

Knapp die Hälfte der Dienste bietet auch ein Hausnotrufsystem, privat finanzierte zusätzliche Leistungen oder Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 sowie eine allgemeine palliative Versorgung an.

Weitere Leistungen, die das breite Spektrum der Angebote repräsentieren, sind Palliativversorgung (ohne gesonderten Vertrag), mobile Essensdienste und Kurse für pflegende Angehörige. Im § 45 SGB XI sind Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen geregelt. Die Pflegekassen müssen die Pflegekurse unentgeltlich anbieten mit dem Ziel, „soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern.“ Die Kasse kann die Aufgabe an Dritte, wie z.B. ambulante Pflegedienste, delegieren.



Abbildung 21: Leistungsspektrum der ambulanten Dienste 2

Ein relevanter neuer Bereich sind die Leistungen im Rahmen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die im Rahmen der wohnortnahen Versorgung an Bedeutung gewinnen werden und als eine Alternative zur „klassischen vollstationären Versorgung“ gesehen werden. In der Stichprobe sind es aktuell rund 12 % der Dienste, die bereits über solche Angebote verfügen. Dabei kann an dieser Stelle nicht differenziert werden, ob es sich um Wohngemeinschaften handelt, die von hilfe-/pflegebedürftigen Personen selbst gegründet wurden und in denen die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes extern „eingekauft“ werden, oder ob es sich um Wohngemeinschaften handelt, die durch die ambulanten Pflegedienste in eigener Trägerschaft geführt werden.

Das weitere Leistungsangebot umfasst hier auch Dienste und Leistungen, die auf einen hohen Spezialisierungsgrad verweisen. So sind in der Stichprobe bspw. 157 Dienste abgebildet, die eine intensivpflegerische Versorgung im Rahmen von außer-klinischer Beatmung anbieten und 48 ambulante psychiatrische Pflegedienste, die ggf. auch multiprofessionelle Versorgungskonzepte wie Home Treatment anbieten können.

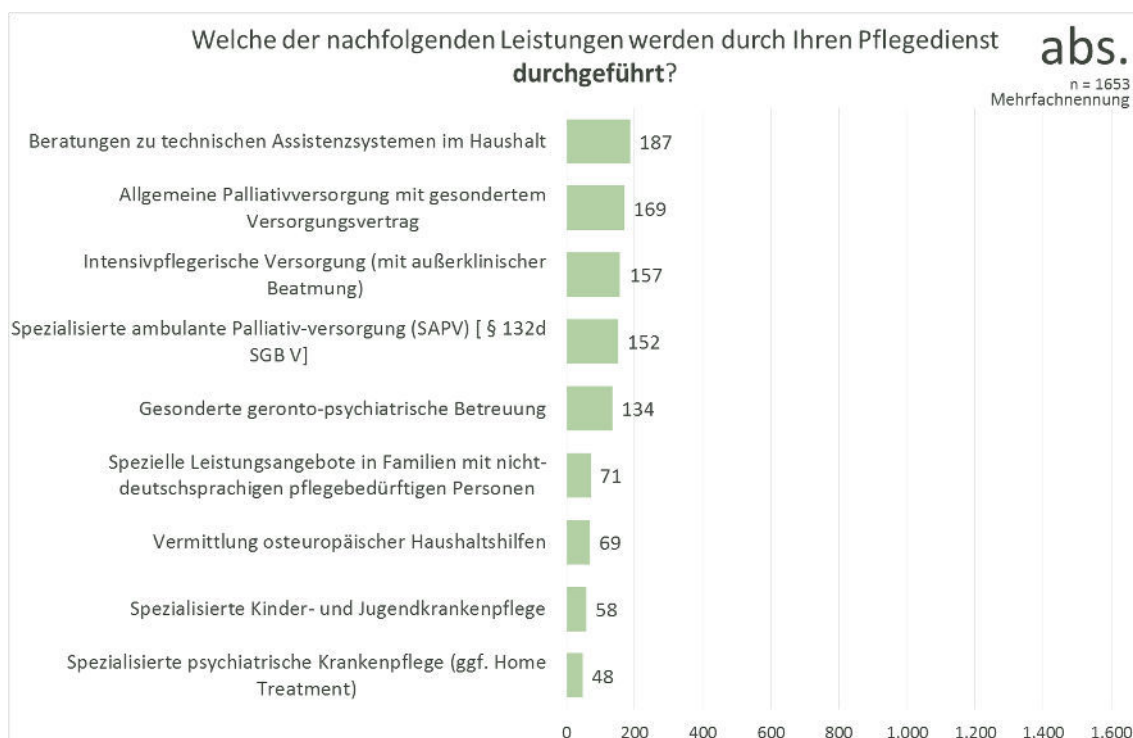


Abbildung 22: Leistungsspektrum der ambulanten Dienste 3

Betrachtet man die Anzahl der versorgten Klient*innen in der Stichprobe, so dominiert mit einem leichten Überhang die Anzahl der Patient*innen mit häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V. Hier sind es im Durchschnitt 67 Patient*innen pro Dienst, wobei der häufigste genannte Wert 50 Patient*innen ist. Bezüglich der Versorgung von Pflegebedürftigen sind es im Durchschnitt 63, wobei 40 der häufigste genannte Wert ist.

Insgesamt bilden sich in der Befragung rund 97.300 betreute Pflegebedürftige und 102.000 Klient*innen mit häuslichen Krankenpflegeleistungen ab. Klient*innen mit Hilfen zur Pflege spielen hierbei eine tendenziell untergeordnete Rolle in der Versorgung.

	Pflegebedürftige SGB XI (nur Verträge), keine Visiten §37 Abs. 3 SGB XI / Schulungen §45 SGB XI	Patient*innen mit häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	Klient*innen mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII (früher BSHG)
gültige Angaben (n)	1.535	1.518	1.002
fehlende Angaben	118	135	651
Mittelwert	63,4	67,1	7,8
Median	49	50	2
Modalwert	40	50	0
25 %-Perzentil	28	26	0
50 %-Perzentil	49	50	2
75 %-Perzentil	80	85,25	6
Summe	97.293	101.856	7.767

Tabelle 1: Anzahl der versorgten Klient*innen in der Stichprobe

Nicht nur die Anzahl der betreuten Personen und die Leistungserbringung selbst sind für die Dienste relevant. Bedeutsam erscheint darüber hinaus, wie der Anteil der Einsätze, differenziert nach Leistungsrecht, ausfällt. Dies ist u.a. für die Diskussion relevant, in welcher Form prozessuale Fragen (z.B. der Tourenplanung) für die Dienste entstehen und wie sie Mitarbeiter*inneneinsätze qualifikatorisch ausrichten. Die häufigste Form der Leistungserbringung ist die der zeitgleichen SGB-XI- und SGB-V-Leistungen. Mit über 40 % werden sie von den ambulanten Diensten angegeben. Die Einsätze, die nur eine Form des Leistungsrechts beinhalten, sind demgegenüber deutlich niedriger angegeben, wobei die Einsätze im Rahmen der Hauskrankenpflege (SGB V) hier mit einem Anteil von 32 % über denen liegen, die ausschließlich im Rahmen der Beantwortung von Pflegebedürftigkeit (26 %) liegen.

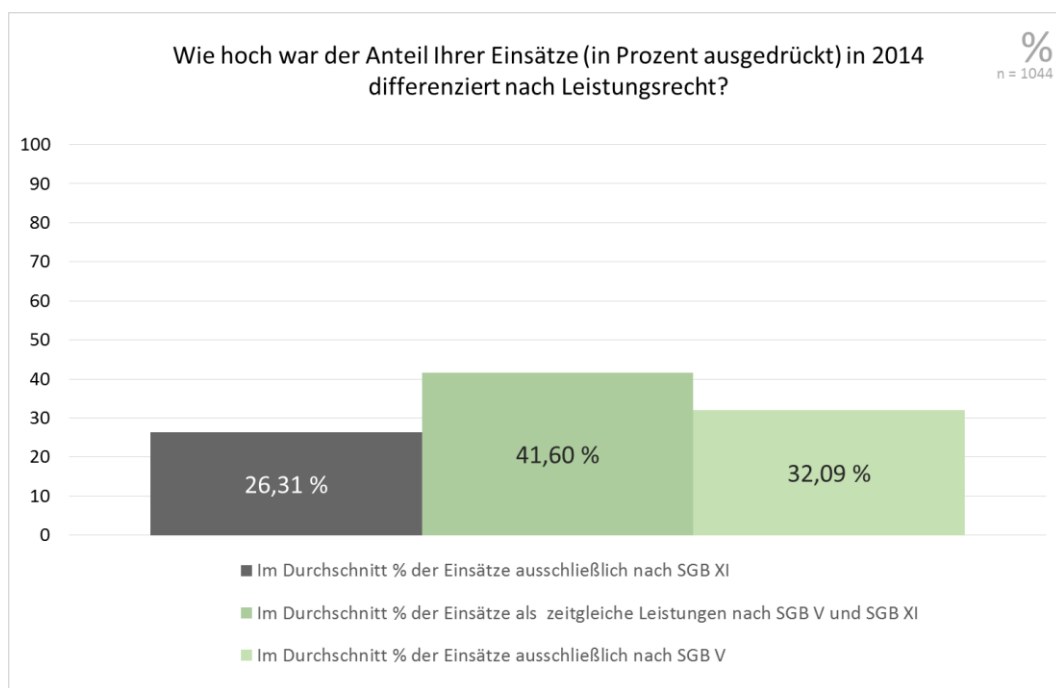


Abbildung 23: Anteil der Einsätze differenziert nach SGB V und SGB XI

Nachfolgend sollen einzelne der beschriebenen Leistungsbereiche näher analysiert werden.

5.2.2 Tagespflege

Neben den bereits dargestellten Leistungsangeboten wurde in einer weiteren Frage als ein Angebot der ambulanten Dienste die Zahl der Klient*innen in eigenen Tagespflegeeinrichtungen erfragt.

Im einführenden Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass die Tagespflege nominell zwar zunimmt, dass sie aber noch nicht in der Fläche zur Verfügung zu stehen scheint und die überwiegende Zahl der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen diese Form der Unterstützung und Entlastung noch nicht nutzt. Zu betonen ist, dass die Leistungen der Tagespflege im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes I, mit Wirkung ab dem

01.01.2015, deutlich verbessert wurden. Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurden im Rahmen der Anpassung ausgebaut und können einfacher miteinander kombiniert werden. Tages- und Nachtpflege können dabei erstmals ungekürzt neben den bestehenden ambulanten Geld- und Sachleistungen oder auch einem Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung für die teilstationäre Tages- und Nachtpflege pro Monat und Pflegebedürftigem beträgt in der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, in der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro.

In der Pflegestatistik werden die Angebote der teilstationären Pflege bei den Pflegeheimen mit ausgewiesen. Für 2013 wurden hier 377 Einrichtungen ausgewiesen, die Dauer- und Kurzzeitpflege sowie Tages-/Nachtpflegeangebote unterbreiten. Weitere 2.081 Einrichtungen unterbreiten ein Angebot von Kurzzeit- und oder Tages-/Nachtpflege, aber keine vollstationäre Dauerpflege. 915 stationäre Einrichtungen bieten Dauerpflege sowie Tages-/Nachtpflege an. In der Summe entspricht dies insgesamt 3.373 Einrichtungen bundesweit, in denen es Möglichkeiten der Tagespflege gibt. In der Summe der unterschiedlichen Arten der Einrichtungen weist die Pflegestatistik 2013 insgesamt 43.560 Tagespflegeplätze aus.

In den vergangenen Jahren sind jedoch auch zahlreiche Tagespflegeplätze in der Trägerschaft ambulanter Dienste aufgebaut worden. So weist die Stichprobe des Pflege-Thermometers unter den solitären ambulanten Pflegediensten insgesamt 28 ambulante Dienste aus, die auch über eine eigene Tagespflege verfügen. Unter den Diensten, die als ambulanter Pflegedienst mit einer zentralen Geschäftszentrale und mehreren Niederlassungen arbeiten, sind es weitere 35, die über eigene Tagespflegeeinrichtungen verfügen. In der Summe insgesamt (und ungeachtet der eigenen Organisationsform) geben 257 ambulante Pflegedienste an, über eine trägereigene Tagespflege zu verfügen.

In der Studie wurde nach der konkreten Anzahl der betreuten Klient*innen in einer trägereigenen Einrichtung gefragt. Ferner sollte ein geplanter Kapazitätsausbau benannt werden.

	aktuelle Anzahl der betreuten Klient*innen in der trägereigenen Tagespflege	Anzahl neu geplanter Tagespflegeplätze in den nächsten 12 Monaten
gültige Angaben	599	508
fehlende Angaben	1.054	1.145
Mittelwert	10,81	5,29
Modalwert	0	0
Minimum	0	0
Maximum	187	150
Summe	6.473	2.689

Tabelle 2: Kennzahlen der ambulanten Dienste zur Tagespflege

Die Daten aus der Stichprobe zeigen auf, dass die Tagespflege auch im ambulanten Leistungsspektrum eine große Rolle spielt. Insgesamt werden fast 6.500 Klient*innen in eigenen Einrichtungen versorgt. Darüber hinaus kann mit einem weiteren Kapazitätsausbau gerechnet werden. Den Berechnungen der Studie zufolge wollen die in diesem Leistungsbereich aktiven Einrichtungen in der Stichprobe ihre Angebote um rund 40 % erhöhen.

Die Begründung dafür liefern die befragten ambulanten Dienste im Rahmen der Studie an anderer Stelle. Nur 9,5 % der antwortenden Leitungskräfte sehen in ihrer Region den Bedarf an Tagespflegeplätzen als in sehr hohem Maße vorhanden an. Hier scheinen auf der einen Seite regional hohe Bedarfe zu bestehen und auf der anderen Seite scheint dies für die Umsatzseite der Einrichtungen ein interessantes Leistungsspektrum zu bieten.

5.2.3 Beratungsbesuche nach § 37b SGB XI

Eine weitere Analyse erfolgt hinsichtlich der Fragestellung, wie die ambulanten Pflegedienste die Beratungsbesuche inhaltlich bewerten.

Der § 37 Abs. 3 SGB XI regelt bei einem Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI die laufende Pflegeberatung durch Pflegedienste oder andere Beratungsdienste bei Bezug von Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen. Der Anspruch aus der Sicht der Familien besteht in den Pflegestufen I & II einmal im halben Jahr und bei der Pflegestufe III einmal alle drei Monate. Die regelmäßige Beratung in der Häuslichkeit des Leistungsempfängers soll der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden dienen.

Die ambulanten Dienste haben hier einerseits eine beratende Funktion, zugleich aber sind sie aufgefordert, im Falle einer gefährdenden Situation, den medizinischen Dienst der Krankenkassen zu informieren, um eine Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu erwirken. Den ambulanten Diensten kommt demnach auch eine Kontrollfunktion zu, wobei die zeitlichen Ressourcen, die je nach Pflegestufe variieren, eine umfassende und kontinuierliche Beobachtung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen nicht erlauben. Die Familien, die beraten werden, sind an dieser Stelle zugleich auch potenzielle Klient*innen, denn fühlen sie sich durch die ambulanten Dienste gut beraten und betreut, so besteht eine Wahrscheinlichkeit, dass sie sich im Falle einer Veränderung der Situation und der abgerufenen Mittel (von Pflegegeld zu Kombinationsleistung oder zu Pflegesachleistung) an den Dienst wenden, den sie bereits aus vorherigen Kontakten kennen. Somit sind die Pflegenden, die diese Beratungsgespräche führen, mitunter in unterschiedlichen Rollen in den Familien.

Angefragt wurde, wie hoch der Anteil der Klient*innen im Rahmen der Beratungsbesuche ist, in denen aus der pflegefachlichen Einschätzung heraus eine nicht gesicherte Pflegesituationen vorliegt.

Hier ergaben sich in der Beantwortung breite Streuungen. Im Durchschnitt jedoch waren es ca. 6 % der Fälle, in denen aus der Sicht der ambulanten Experten eine Versorgung nicht als gesichert erscheint.

5.2.4 Entlastungs- und Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Nach Einschätzung der teilnehmenden Personen nutzen weniger als die Hälfte der Anspruchsberechtigten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI. Durchschnittlich nehmen ca. 42 % der Menschen, die einen Anspruch auf diese Leistungen hätten, diese wahr.

	Anzahl der betreuten Klient*innen mit Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI	% der Klient*innen, die aktuell Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI wahrnehmen (im Verhältnis zu allen Klient*innen, die anspruchsberechtigt wären).
gültige Angaben (n)	1481	1303
fehlende Angaben	172	350
Mittelwert	37,27	42,10%
Median	23	37
Modalwert	10	50
25 %-Perzentil	10	15
50 %-Perzentil	23	37
75 %-Perzentil	46	67
Summe	55.196	

Tabelle 3: Kennzahlen der ambulanten Dienste zu Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Während über 70 % der Befragten zustimmend angeben („trifft voll zu“ und „trifft eher zu“), dass für sie die Möglichkeiten der Leistungsausweitungen nach dem ersten Pflegestärkungsgesetz ausreichend transparent sind, trifft das nach ihrer Ansicht nur auf weniger als ein Viertel der Angehörigen zu. Ungefähr in 37 % der ambulanten Dienste finanzieren Klient*innen zusätzliche Angebote im Rahmen von Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI privat.

5.2.5 Angebote der Palliativversorgung

Mit der Stärkung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der SAPV (§ 132d SGB V) wurden Grundlagen geschaffen, um die Leistungen für schwersterkrankte Menschen in der letzten Lebensphase zu verbessern und sie umfassender interdisziplinär zu betreuen. Trotz dieser erweiterten Möglichkeit arbeiten die meisten der ambulanten Dienste weiterhin in Form einer allgemeinen Palliativversorgung mit oder ohne gesondertem Behandlungsvertrag, wobei die Anzahl der

Dienste in der Stichprobe ohne gesonderten Behandlungsvertrag (N=726) die Anzahl derer mit einem gesonderten Behandlungsvertrag (N=169) deutlich übersteigt. SAPV wurde von 152 der antwortenden Dienste angegeben.

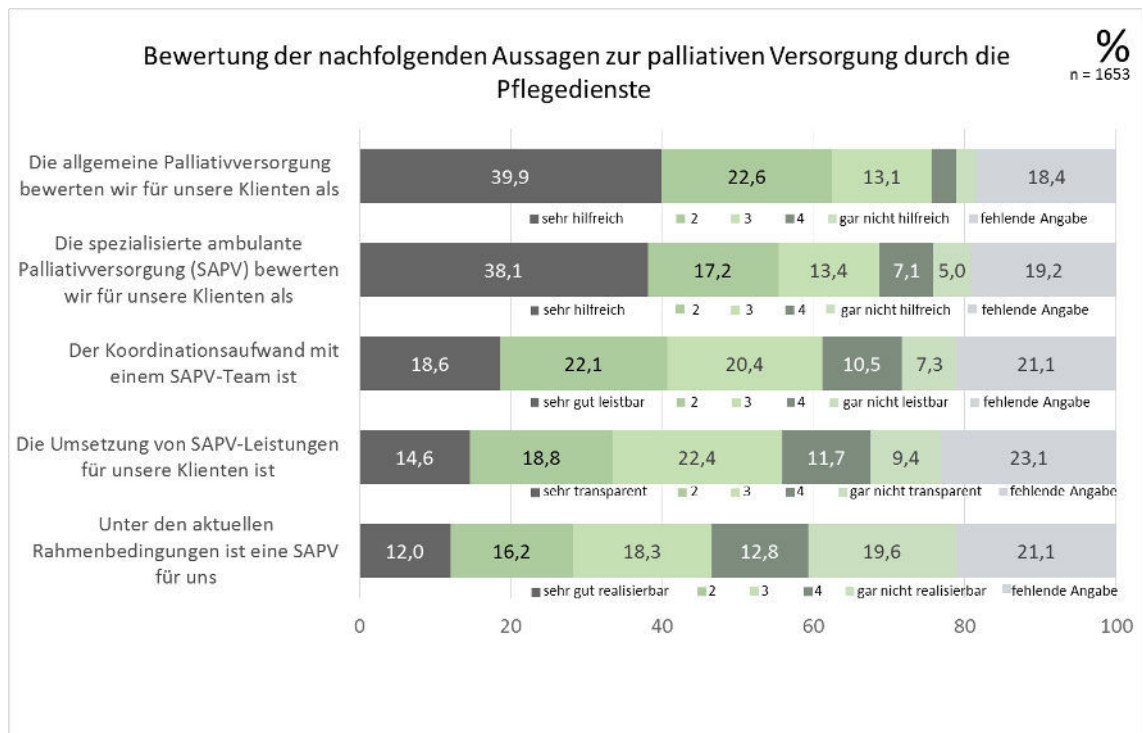


Abbildung 24: Einschätzungen zur Palliativversorgung

Befragt nach den unterschiedlichen Formen und Zugängen zu den Leistungen aus dem Bereich der Palliativversorgung, werden in dem Fragenblock unterschiedliche Bewertungen durch die ambulanten Dienste sichtbar. Sowohl die allgemeine als auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung werden von den ambulanten Diensten als überwiegend positiv (sehr hilfreich) für die Klient*innen gewertet. Dabei bestehen aber auch Limitierungen, was insbesondere die Koordination und die Kooperation mit den SAPV Diensten betrifft. Die Ausprägung der Zustimmung sinkt im Bereich der Kooperation bei den positiven Ausprägungen auf 40,7 % ab. Die Transparenz für die Klient*innen wird noch geringer eingeschätzt und eine Realisierung unter den derzeitigen Rahmenbedingungen sehen mit 28,2 % tendenziell eher wenige der Dienste, wenn man die Dienste abzieht, die dies bereits realisiert haben.

Betrachtet man in einer Subgruppenanalyse die Dienste, die angeben, eine SAPV im Leistungsspektrum zu vereinen, so sind es nur zwei von drei Diensten (66,7 %), die den Koordinationsaufwand für gut leistbar halten, und nur 64,8 %, die eine SAPV unter den gegebenen Bedingungen für sehr gut realisierbar halten.

5.2.6 Versorgungsveränderungen in den Familien

Ein zentraler Aspekt im Rahmen der Leistungen in den Familien ist die Frage nach Veränderungen des Settings im Rahmen der Leistungserbringung. Von zentraler Bedeutung ist für die Pflegenden vor Ort nicht immer nur die Frage nach der konkreten zu erbringenden Leistung selbst, sondern in welchem Kontext und unter welchen Bedingungen diese Leistungen zu erbringen sind. Hier weisen zentrale Einschätzungen der ambulanten Dienste auf eine deutliche Zunahme der Komplexität bei der Erbringung der Leistungen hin. Pflegende sehen sich hier in der Erbringung der Leistung nicht mehr der alleinigen Durchführung einer Maßnahme konfrontiert – sie „tauchen ein“ in ein Setting, in dem vielfältige Problemlagen kumulieren und in dem sich überlagernde Problembereiche darstellen, die bei der Beantwortung der Leistung mitbedacht werden müssen. Ausgewählte Aspekte dieser Zunahme der Komplexität konnten im Rahmen der Studie näher beschrieben und in der Ausprägung erfasst werden.

In der nachfolgenden Grafik werden Veränderungen über den Zeitraum von nur einem Jahr erfragt. Zu erwarten ist angesichts des kurzen Zeitraums der Beobachtung eigentlich, dass sich kaum nennenswerte Veränderungen darstellen. Hier ist das Bild einer Waage zu denken, in dem der „Standfuß“ die Ausprägung „gleichgeblieben“ abbildet. Deutliche Ausschläge in die eine wie in die andere Richtung weisen hier auf eine hohe Dynamik hin.

Unterschieden werden Komplexitätsveränderungen, die sich auf der Seite der Klient*innen ergeben, und Veränderungen, die mit dem Umfeld, den Angehörigen in Verbindung gebracht werden können.

Als hervorgehobener Unterpunkt ergibt sich die Veränderung der Anzahl der Klient*innen, die neben körperlichen Einschränkungen auch seelische Probleme aufzeigen. Mehr als 60 % der antwortenden Personen geben dabei an, dass von 2014 auf 2015 eine Steigerung zu beobachten sei.

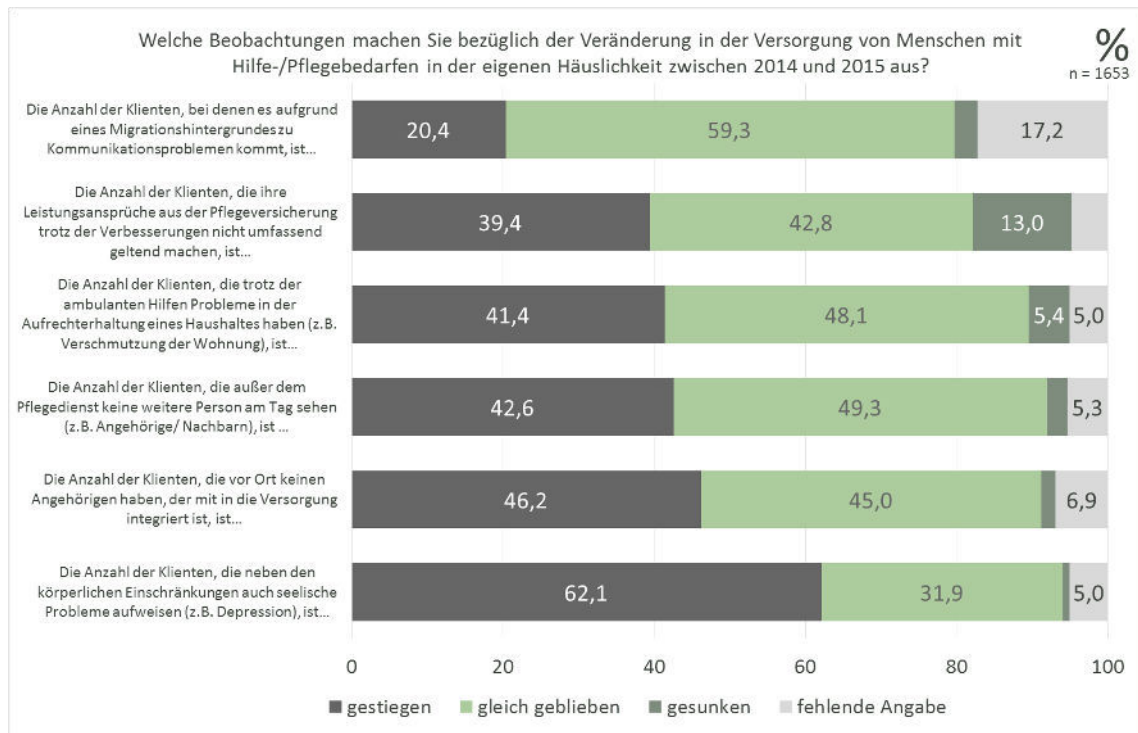


Abbildung 25: Einschätzungen zur Veränderung der Komplexität in der Klient*innenversorgung

Auch bei den Aspekten der sozialen Isolation (Vereinsamung), der fehlenden Aufrechterhaltung der hygienischen Zustände in den Wohnungen und der körperlichen Einschränkungen von pflegenden Angehörigen stehen den Angaben gesteigener Bedarfe keine nennenswerten Angaben an gesunkenen Werten gegenüber. Das verdeutlicht, dass die Befunde aus der Perspektive der ambulanten Dienste für diese Bereiche eindeutig sind und die Problemlagen steigen.

Tendenziell geringer ausgeprägt erscheint hier insbesondere eine Zunahme in der Betreuung von Menschen aus anderen Kulturen, die auch eine Zunahme an Kommunikationsproblemen beinhaltet. Dies wird gegenüber den anderen formulierten Bereichen lediglich von jeder fünften Leitungskraft bestätigt.

Die Angaben zur Zunahme der Komplexität insgesamt korrespondieren auch mit einem im weiteren Verlauf der Untersuchung dargelegten Problembereich der zunehmenden Arbeitsbelastung für die Pflegenden, die von den Leitungskräften beschrieben wird.

Neben der Veränderung der Situationen, die sich durch die konkrete Klient*innenversorgung ergeben, sind es auch Veränderungen in der Angehörigenbetreuung, die das Setting gegenüber früheren Zeiten offenbar komplexer erscheinen lassen und somit auch zu einem erhöhten Druck auf Seiten des Personals führen.

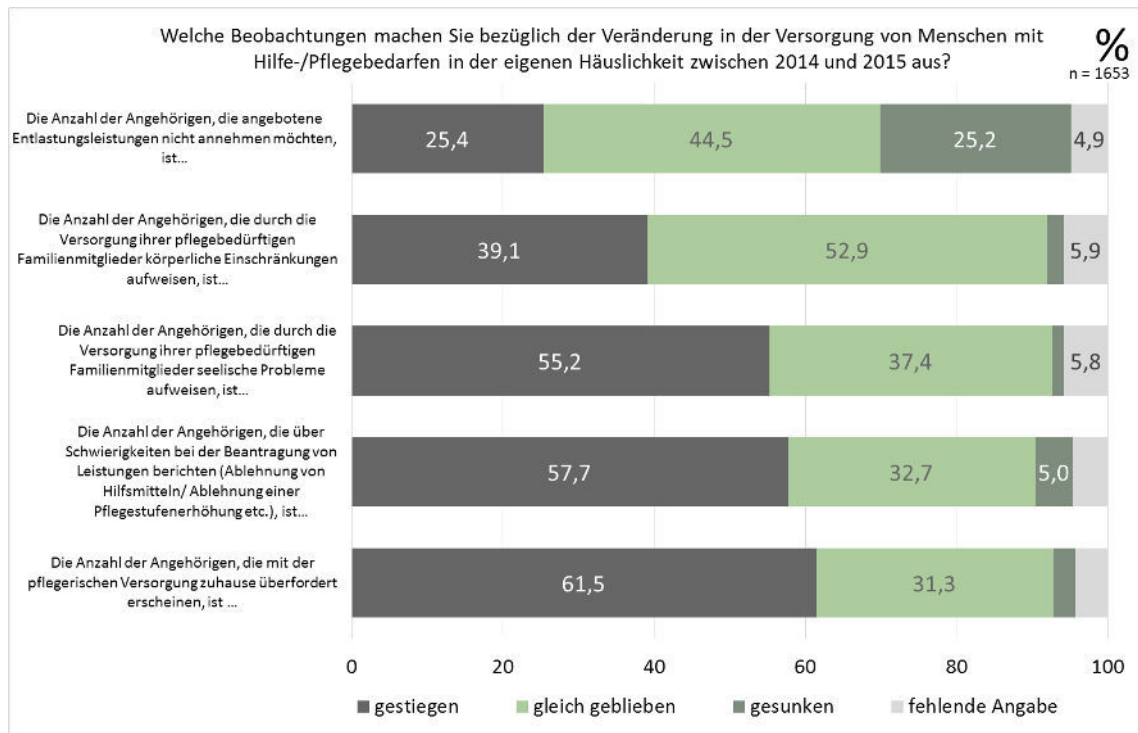


Abbildung 26: Einschätzungen zur Veränderung der Komplexität in der Angehörigenbetreuung

Hier sind es ebenfalls tendenziell sehr eindrückliche Bewertungen bei den Leitungskräften der ambulanten Pflege. Sie beobachten eine deutliche Zunahme bei der Anzahl der Angehörigen, die als pflegende Angehörige mit der Versorgungssituation überfordert zu sein scheinen (61,5 %), beobachten eine Zunahme bei den Schwierigkeiten, Verordnungen zu bekommen und Leistungen zu beantragen (57,7 %) und weisen selber zunehmende Probleme im seelischen Belastungserleben auf (55,2 %). Lediglich der Bereich der Personen, die angebotene Entlastungsmöglichkeiten nicht in Anspruch genommen haben, weist hier das Bild einer „Waage im Gleichgewicht“ auf.

5.3 Rahmenbedingungen und Finanzsituation

Eine stabile und zukunftssichere Versorgung durch ambulante Pflegedienste setzt eine stabile Struktur voraus, die auf der Basis von einer verlässlichen Finanzierung gewährleistet werden kann. Mit den zahlreichen gesetzgeberischen Veränderungen im Rahmen der Leistungsanpassungen in der Pflege sind auch Finanzierungsveränderungen für die ambulanten Pflegedienste verbunden. Das nachfolgende Kapitel soll einen Überblick über die finanziellen Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege geben.

5.3.1 Umsätze und Leistungsgeschehen

Bezüglich des Leistungsgeschehens wurde bereits aufgezeigt, dass überwiegend kombinatorische Leistungen aus dem Finanzierungsbereich des SGB V und des SGB XI durchgeführt werden.

Für die Finanzierung relevant ist die Frage, welche Anteile der Umsätze in welchen Bereichen Erlöst werden. Im arithmetischen Mittel sind es mittlerweile stärker die Leistungen aus dem Bereich des SGB XI.

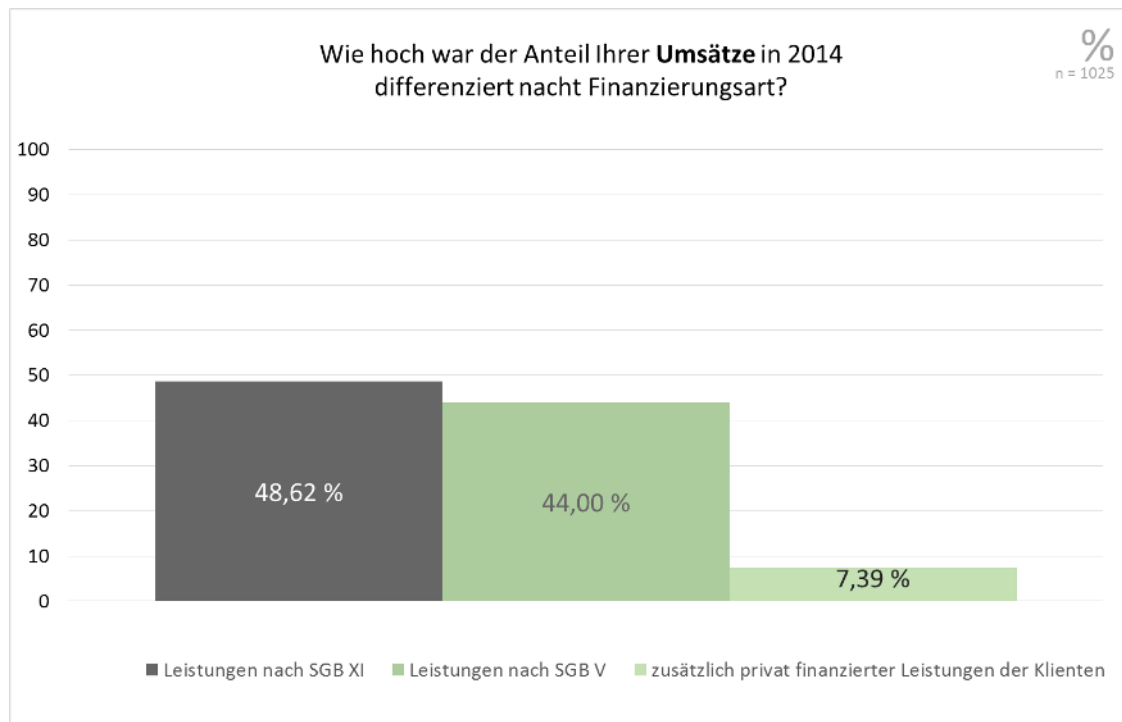


Abbildung 27: Einschätzungen zur Umsatzveränderung in den ambulanten Diensten

Die Erlösseite korrespondiert auch mit der Frage danach, wie sich die Anzahl der Klient*innen verändert hat.

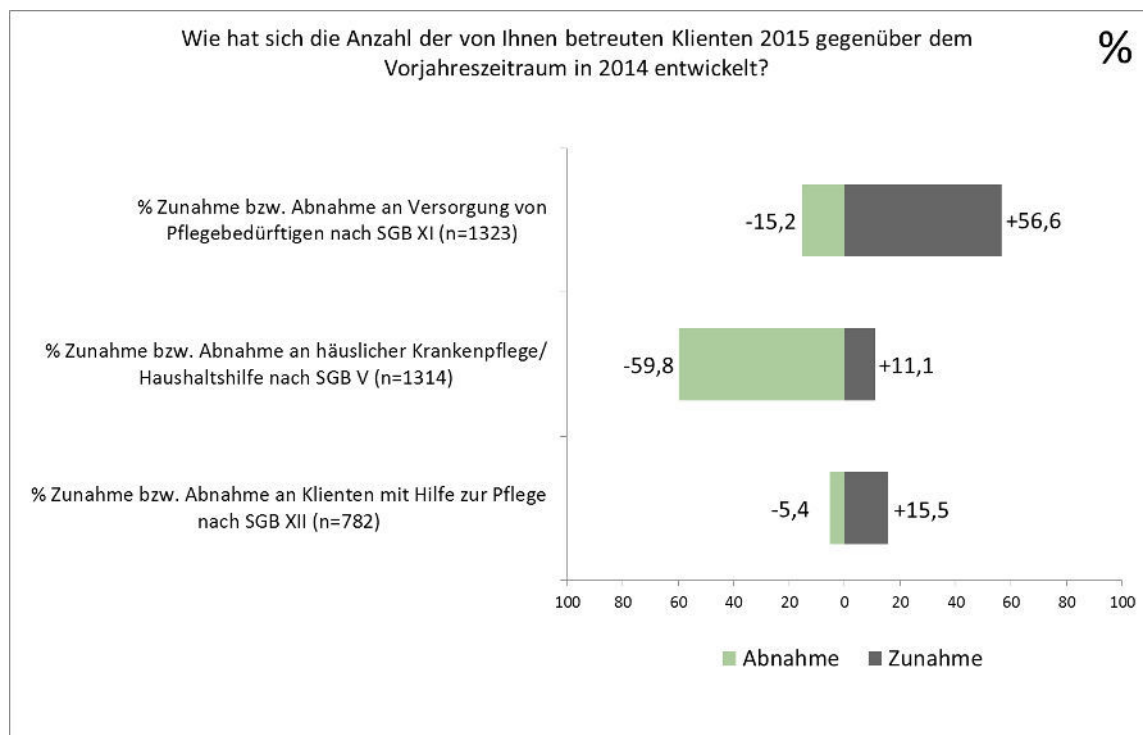


Abbildung 28: Veränderungen der Anzahl betreuter Klient*innen nach Leistungsbereichen

In der Gegenüberstellung der Zu- bzw. Abnahme der Anzahl der betreuten Klient*innen nach Leistungsbereichen für den Zeitraum von 2015 gegenüber 2014 zeigt sich, dass knapp 60 % der befragten ambulanten Dienste eine Abnahme bezüglich der Versorgung nach SGB V beobachten. In fast gleicher Ausprägung (56,6 %) steigt die Zunahme in der Versorgung nach SGB XI an.

Festzuhalten ist demnach, dass die ambulante Pflege zunehmend für die Beantwortung von Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit die Verantwortung trägt.

Für die finanzielle Sicherung der Pflegedienste ist darüber hinaus relevant, wie sie Dienstleistungen jenseits der gesetzlich geregelten und finanzierten Ansprüche bei Klient*innen anbieten können. Das breite Leistungsspektrum der Arbeit der ambulanten Dienste ermöglicht es den Familien, zusätzliche Leistungen einzukaufen. Die Akzeptanz der Familien, Leistungen eigenständig zu finanzieren und somit im Alter in eine „gute Versorgung“ zu investieren, unterliegt dabei sehr unterschiedlichen Einflüssen. Hier ist nicht nur das Angebot selbst entscheidend, sondern auch die Frage, ob bereits eine „Kultur der Eigenfinanzierung“ auszumachen ist.

Insgesamt beobachtet dabei rund jeder vierte ambulante Pflegedienst (24,8 %) zwischen 2014 und 2015 eine Zunahme bei der Bereitschaft der Klient*innen, zusätzliche privat finanzierte Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dem steht jedoch ein ähnlich großer Anteil (28,5 %) gegenüber, der dies nicht bestätigen kann. In der Summe scheint es weiterhin schwierig zu sein, die Leistungen ohne gesetzliche Gegenfinanzierung anbieten zu können.

Nachfolgende werden die Bereiche in absteigender Reihenfolge beschrieben, in denen es den ambulanten Diensten gelungen ist, ihre Angebote zu platzieren. Dabei dominieren die hauswirtschaftlichen Leistungen sowie auch Leistungen aus dem Bereich der Grundpflege.

Freizeitbegleitung, technische Unterstützungssysteme oder aber Leistungen der Behandlungspflege sind hier nur geringfügig benannt.

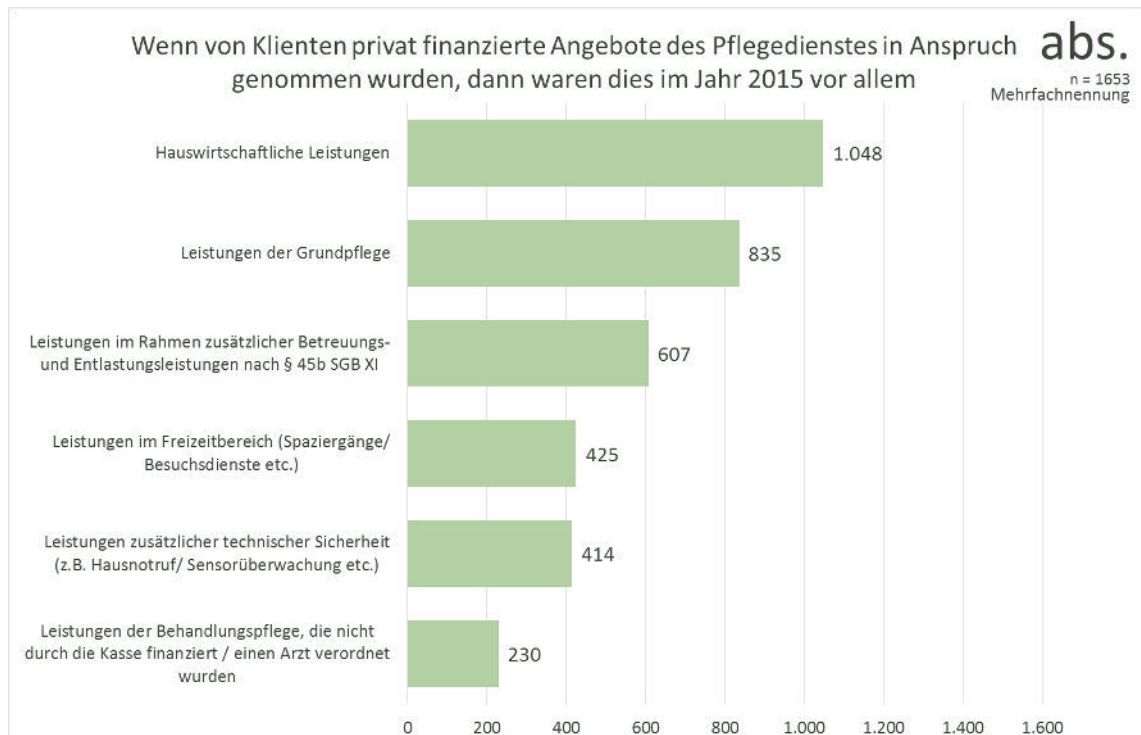


Abbildung 29: Ausprägungen privat finanzierter Leistungen durch die Familien

5.3.2 Abrechnungsformen und tarifliche Grundlagen

Im Rahmen der Finanzierungsgrundlagen soll nachfolgend betrachtet werden, wie die ambulanten Dienste die variablen Abrechnungsformen nutzen und welche tariflichen Grundlagen bei der Personalfinanzierung Anwendung finden.

Pflegebedürftige haben seit Einführung des Pflege-Neuausrichtung-Gesetzes (PNG) zum 01.01.2013 grundsätzlich die Wahl (§ 89 SGB XI) zwischen der Versorgung nach Pflegeleistungskomplexen (beschriebene Leistungen) und variablen Zeitkontingenten. Damit sollte in der ambulanten Pflege die häufig bemängelte „Minutenpflege“ abgeschafft werden. Die Zeitkontingente ermöglichen es den Klient*innen stärker tagesbezogen nach ihren Bedürfnissen die Versorgung zu steuern. Die Versorgung nach Pflegeleistungskomplexen ist, bezogen auf die Leistungsart sowie die Leistungsinhalte und deren Vergütung, je nach Bundesland unterschiedlich. Auf der Länderebene werden zwischen den Pflegediensten und Pflegekassen Versorgungsverträge vereinbart, in denen die gültigen Vergütungen festgelegt werden.

Im Rahmen der Studie sollte ermittelt werden, wie verbreitet die mit dem PNG eingeführten Abrechnungsmöglichkeiten mittlerweile sind. Pflegedienste sind dazu im Rahmen dieser Gesetzgebung seit 2013 verpflichtet; sie müssen mit den Leistungsträgern für Leistungen eine Zeitvergütung vereinbaren können. Vor Vertragsabschluss muss auf die Möglichkeit hingewiesen werden und der Wunsch der Klient*innen muss dokumentiert werden.

In Bezug auf die unterschiedlichen Abrechnungsarten in der Sozialen Pflegeversicherung ist die Möglichkeit, ausschließlich nach Leistungskomplexen abzurechnen, mit

fast 60 % weiterhin deutlich dominierend vertreten. Ausschließlich über Pflegebudgets bzw. über eine mögliche Zeitvergütung wird mit 2 % nur in äußerst wenigen Pflegediensten alleinig abgerechnet. Rund jeder dritte Dienst (36,4 %) aber macht von der variablen Lösung Gebrauch und variiert hier die Abrechnungen nach Zeitbudget oder nach Leistungskomplexen.

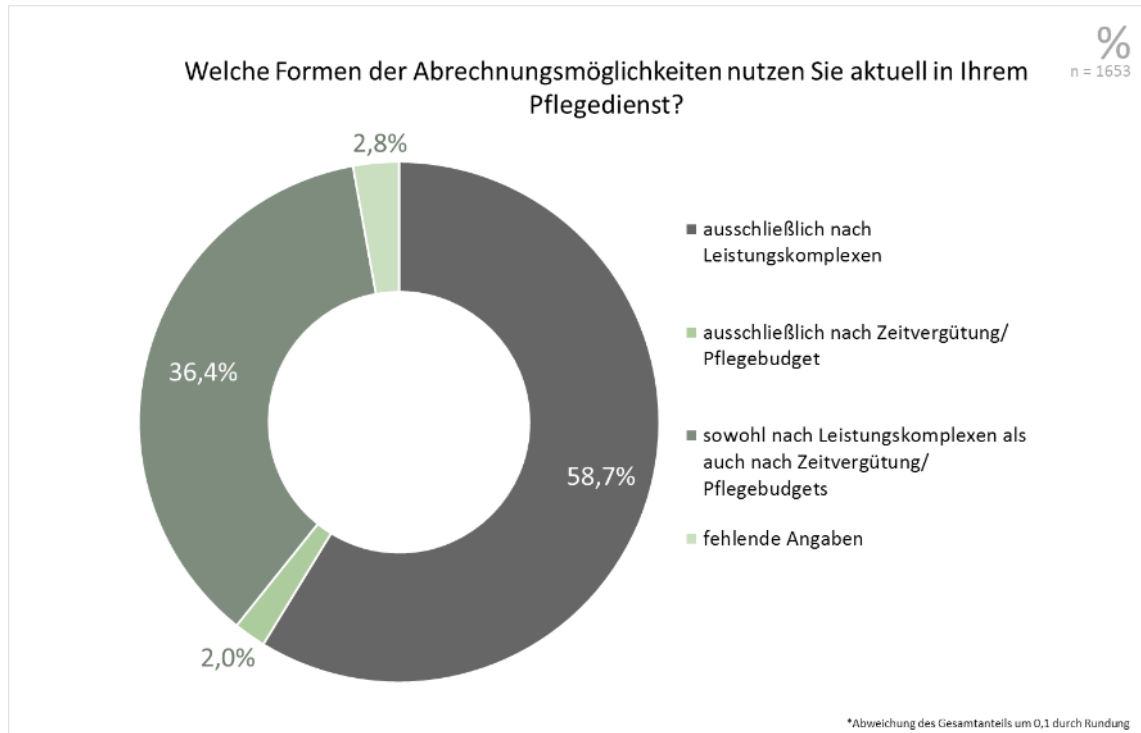


Abbildung 30: Abrechnungspraxis in den ambulanten Diensten

Bezüglich der Berechnung und Abrechnung von Personalkosten ist für die ambulanten Dienste eine Vielzahl an unterschiedlichen tariflichen Strukturen vorhanden. Sie sind u.a. dafür verantwortlich, dass sowohl regionale als auch trägerübergreifend Unterschiede in der Vergütung existieren.

Rund ein Drittel der ambulanten Dienste gibt an, dass sie keine konkrete tarifliche Bindung haben. Mit weiteren 24,4 %, die über einen eigenen Haustarif verfügen, ist es rund die Hälfte der befragten Dienste, die einen hohen Individualisierungsgrad aufweisen. Jeder fünfte Pflegedienst in der Stichprobe ist an einen kirchlichen Tarifvertrag gebunden und 8,3 % an einen öffentlichen Tarifvertrag.

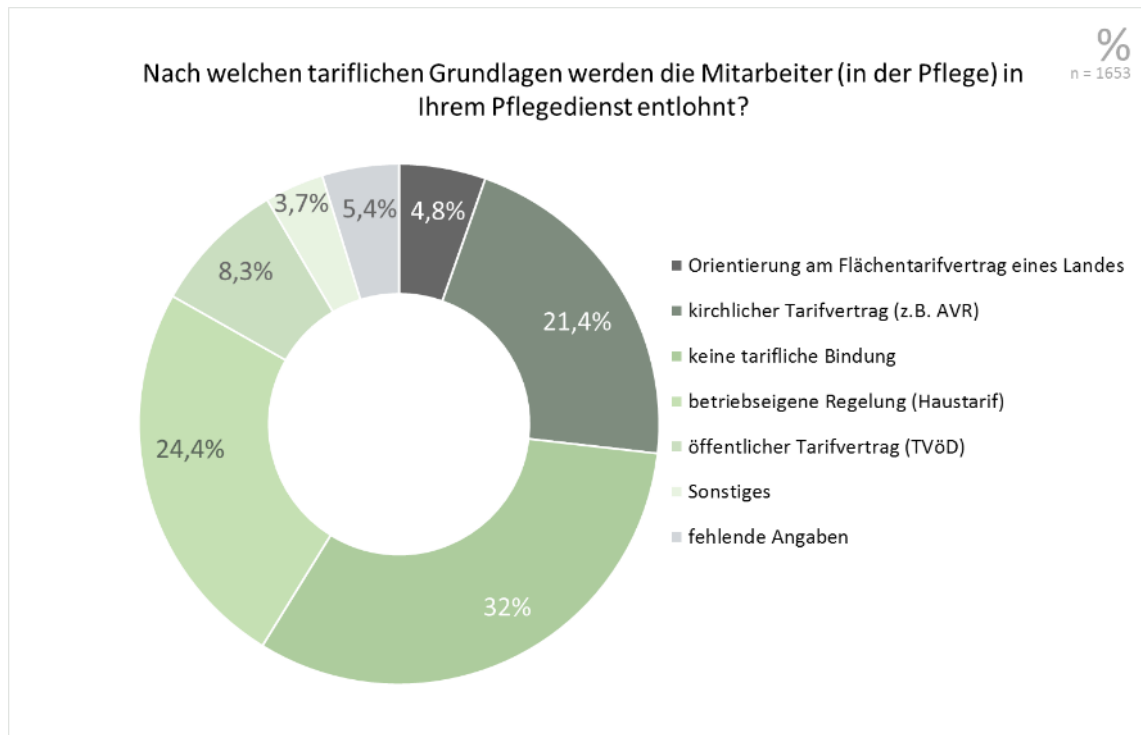


Abbildung 31: Tarifliche Orientierungen bei der Finanzierung

Durch die unterschiedlichen tariflichen Bindungen ergeben sich finanzielle Auswirkungen (z.B. im Rahmen der Preisgestaltung) für die ambulanten Dienste. Rund ein Drittel der ambulanten Pflegedienste (31,9 %) gibt an, dass durch die tarifliche Entlohnung der Mitarbeiter Wettbewerbsnachteile entstehen, da Leistungen gegenüber anderen Anbietern teurer sind.

Wettbewerbsnachteile müssen dabei jedoch nicht zwingend entstehen, wenn die damit verbundenen Kosten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden und mit einfließen. Damit stehen höheren Personalkosten auch höhere Erlöse gegenüber. Grundlage sind hier die Vergütungsverträge, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Refinanzierung ermöglichen müssen.

Im Pflege-Thermometer 2016 wurde diesbezüglich bei den ambulanten Pflegediensten nachgefragt. Dabei zeigt sich, dass nur etwa jeder vierte Dienst angibt (25,6 %), dass Personalkostensteigerungen in den Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden konnten. Ähnlich sieht es mit Sachkostensteigerungen aus. Auch hier gaben lediglich 24,3 % an, dass die Kostensteigerungen in den Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden konnten.

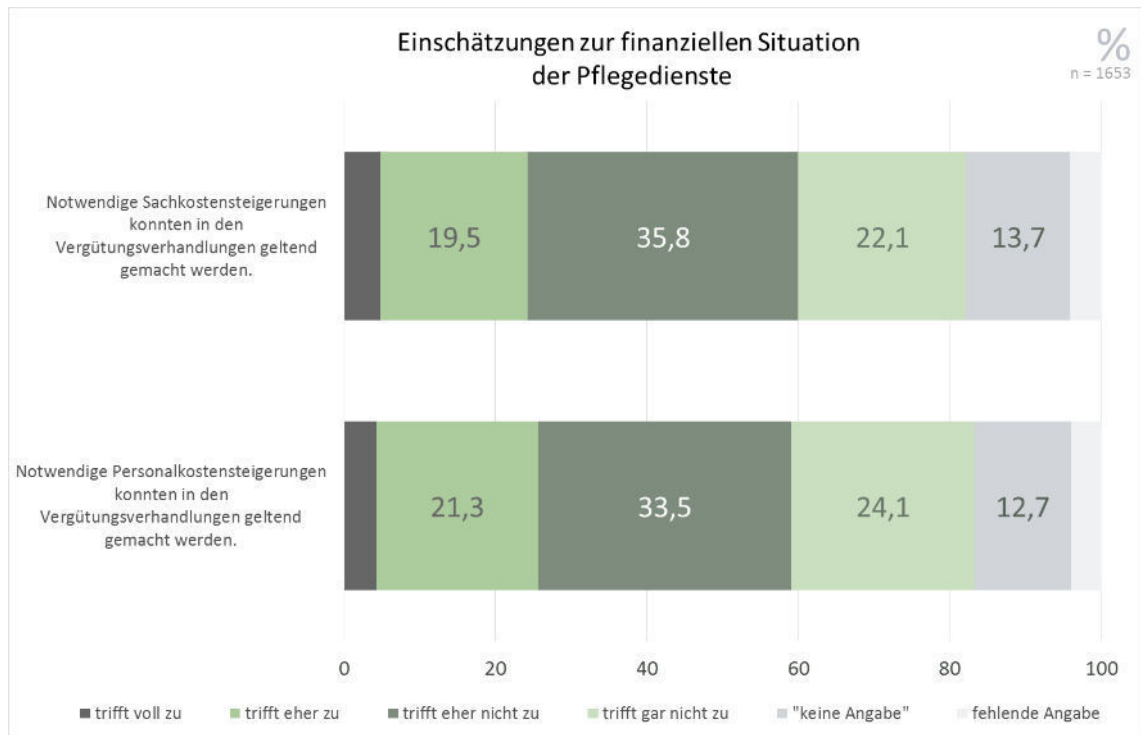


Abbildung 32: Kostensteigerungen und Vergütungsverhandlungen

Damit bestätigt sich, dass die konkrete Berücksichtigung der Kostenstrukturen in den Verhandlungen überwiegend noch nicht in eine Finanzierung überführt werden konnte. Dies stellt für die ambulanten Dienste ein erhebliches Risiko dar und muss durch andere Einnahmen ausgeglichen werden oder geht zu Lasten der Erlöse.

Nicht zuletzt ist das Personal selbst davon betroffen, denn die fehlende Berücksichtigung der realen Kosten scheint sich auf die konkreten Arbeitsbedingungen auszuwirken. So geben 41,5 % zustimmend an, dass die unzureichende Berücksichtigung der Kosten in ihrem Betrieb zu einer Leistungsverdichtung für die Pflegenden geführt habe.

Vor diesem Hintergrund sind die mit dem Pflegestärkungsgesetz I getroffenen Regelungen für die ambulanten Dienste von großer Bedeutung. Ab dem 01.01.2015 wurde im § 89 festgeschrieben, dass bei den Bemessungsgrundsätzen tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Dies scheint zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht vollumfänglich erreicht worden zu sein.

5.3.3 Einschätzungen zur Finanzsituation

Im Rahmen der Studie wurden generelle Fragen zur Einschätzung der Finanzsituation der ambulanten Dienste gestellt. Sie dienen der Bewertung der Übersicht bezüglich der Sicherung der Dienste.

Positiv hervorgehoben werden kann, dass insgesamt nur 4,4 % der befragten Dienste ihre aktuelle Finanzsituation als existenzgefährdend einschätzen. Eine akute Gefahr der Insolvenz oder der Schließung befürchten damit numerisch 72 Dienste.

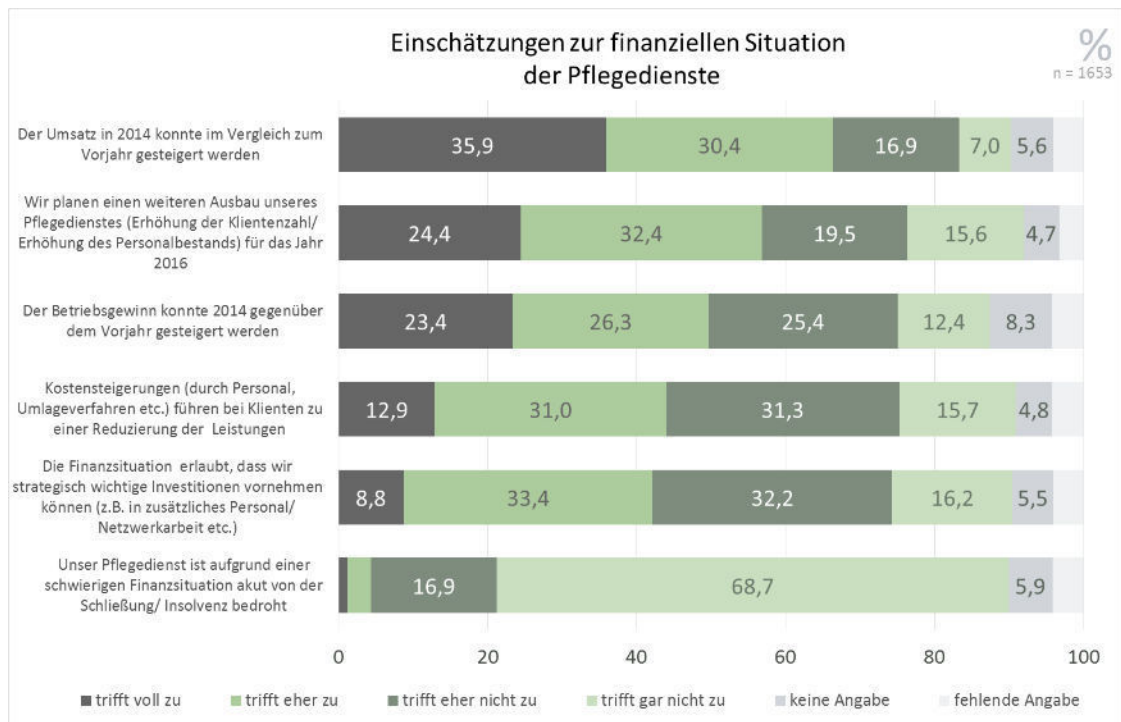


Abbildung 33: Einschätzungen zur Finanzsituation 1

Insgesamt 66,3 % und damit zwei von drei Diensten geben an, dass sie ihren Umsatz gegenüber dem Vorjahr steigern konnten. Dies führt in der Konsequenz jedoch nicht automatisch zu einer Steigerung der Erlöse. Dies bestätigt mit 49,9 % jeder zweite Dienst.

Relevant erscheint dabei, dass nur 8,8 % vollumfänglich zustimmen, dass die Finanzsituation Spielräume für strategische Investitionen erlaubt. Der Handlungsspielraum erscheint damit begrenzt.

Jeder vierte Dienst plant für 2016 einen weiteren Ausbau des Dienstes, indem mehr Klient*innen betreut werden sollen und auch mehr Personal beschäftigt werden soll. Weitere 32,4 % stimmen dem tendenziell eher zu. Damit geht mehr als jeder zweite Dienst davon aus (56,8 %), dass in 2016 ein Zuwachs eingeplant wird. Diesem geplanten Aufbau stehen jedoch auch Limitierungen gegenüber.

5.3.4 Limitierungen im Rahmen der Finanzsituation

Eine zentrale Schwierigkeit, die einem weiteren Ausbau entgegenwirkt, ist die Frage nach den Personalressourcen, die aufgebaut werden müssten, um das Leistungsspektrum zu erweitern oder mehr Klient*innen zu versorgen. Im Kapitel 5.4 werden die konkreten Analysen zur Personalsituation dargelegt. Dem soll an dieser Stelle nicht vorgegriffen werden.

Bezüglich der Finanzsituation jedoch wird von mehr als der Hälfte der Dienste (51,9 %) angegeben, dass im Jahr 2015 Klient*innenanfragen aufgrund eines Personalmangels abgelehnt werden mussten und damit Umsatzsteigerungen ausfielen. Damit ist die Personalsituation versorgungsrelevant und steht dem Wunsch, mehr Personal einzustellen, gegenüber. Weitere Umsatzsteigerungen, die mit einer Zunahme der Anzahl der zu betreuenden Klient*innen verbunden werden, lassen sich somit für einen großen Teil der Dienste nur realisieren, wenn die vorhandenen Personalressourcen genutzt werden und damit eine Arbeitsverdichtung für die Pflegenden in Kauf genommen wird.

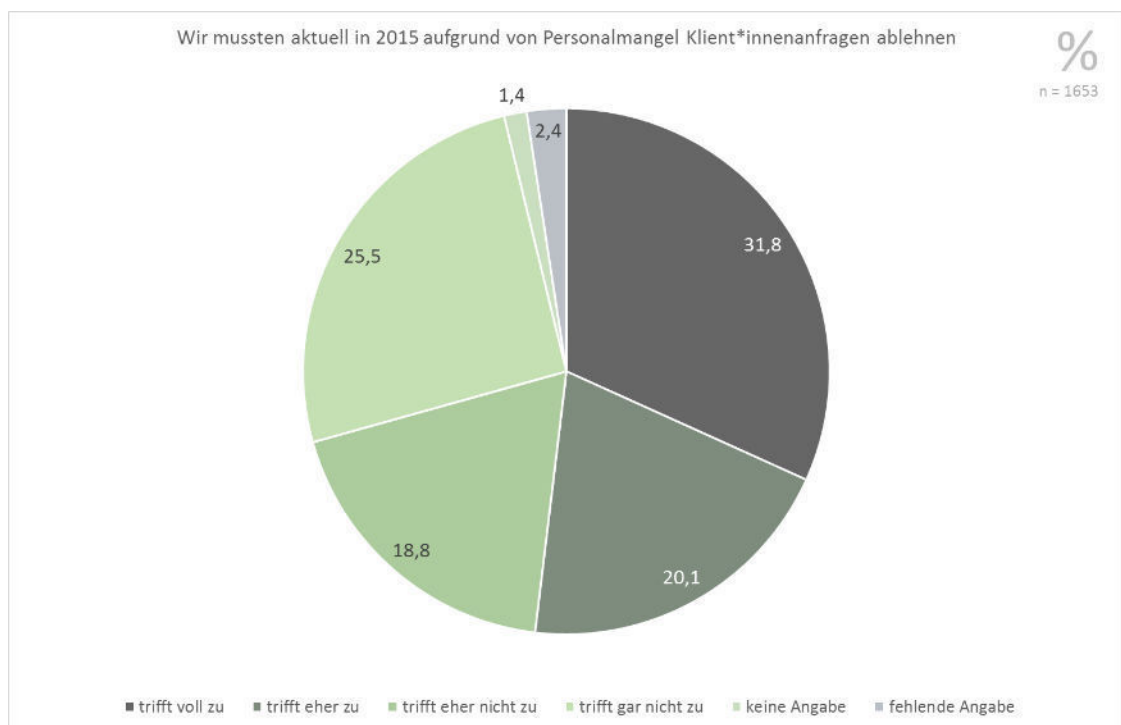


Abbildung 34: Auswirkungen eines Personalmangels auf die Klient*innenversorgung

Es lassen sich weitere limitierende Faktoren beschreiben. Dies sind vor allem Leistungen, die von den ambulanten Diensten im Rahmen der Versorgung und aus dem pflegerischen Selbstverständnis der Betreuung heraus erbracht werden, die jedoch auf der Seite der Finanzierung keine Entsprechung haben.

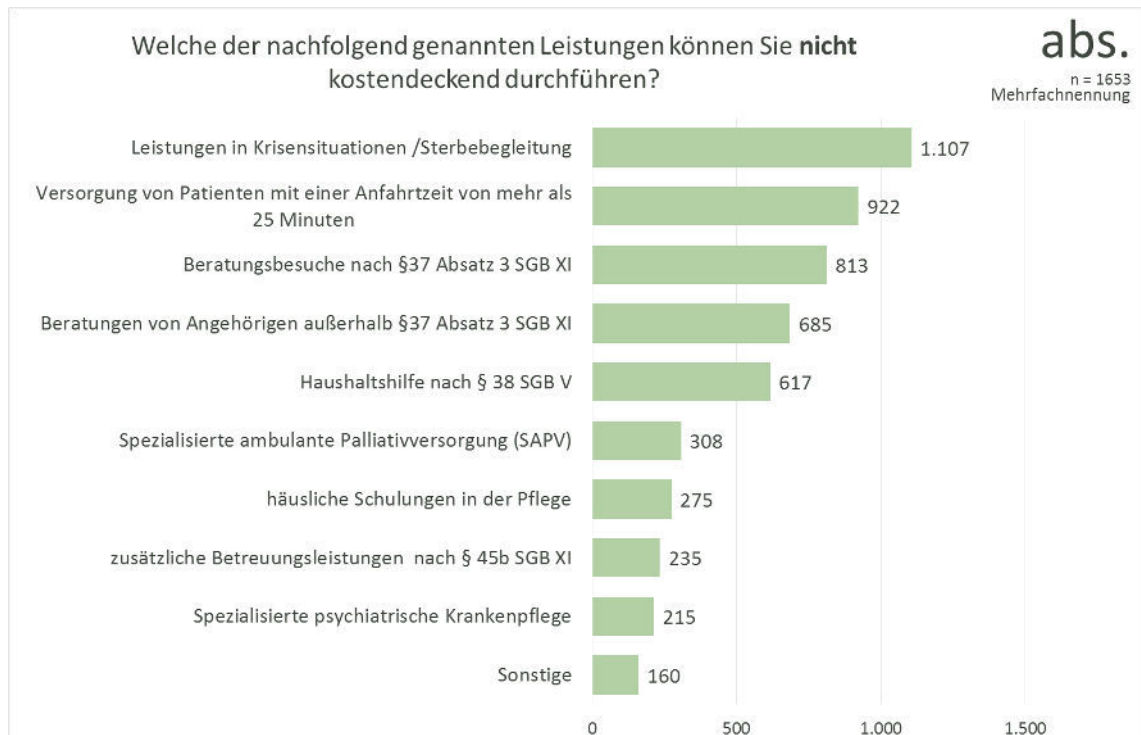


Abbildung 35: Ausprägungen von nicht kostendeckender Leistungserbringung

Im Vordergrund stehen dabei vor allem Leistungen in der Begleitung in Krisenzeiten und in Sterbephasen der betreuten Menschen. 67 % der Dienste geben hier an, dass sie diese Form einer unterfinanzierten Leistung erbringen.

Relevant erscheint ferner, dass eine Versorgung von weiter entfernt wohnenden Klient*innen für die ambulanten Dienste oftmals nicht kostendeckend durchgeführt werden kann.

Im § 37 des SGB XI ist die Vergütung für die Beratungseinsätze festgelegt. Die Vergütung beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 32 Euro. In den Stellungnahmen von Trägerverbänden (z.B. bpa, Deutscher Caritasverband) zum Entwurf des Pflege-Stärkungsgesetzes I wurde auf die unzureichende Anpassung hingewiesen. Hier wurden deutlich höhere Refinanzierungsmöglichkeiten eingefordert. Vorgeschlagen wurden spürbare Erhöhungen auf rund 50 Euro oder aber die generelle Entkopplung einer gesetzgeberisch festgeschriebenen Größe. Dabei wurde auch diskutiert, eine Entkopplung von den Pflegestufen vorzunehmen, weil die Beratungsbedarfe der Familien sich nicht primär an der Pflegestufe festmachen lassen. Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, sind die Forderungen jedoch nicht berücksichtigt worden und die Beratungsbesuche nach § 37 weiterhin deutlich unterfinanziert. Sie ermöglichen offenbar nur sehr bedingt eine umfassende Beratung und angemessene gesundheitsorientierte Angehörigenbegleitung.

Ein weiterer Bereich, der sich direkt auf die Finanzierungssituation in den ambulanten Diensten auswirkt, ist die Frage der Verordnungs- und Genehmigungspraxis. In der

Studie wurde die Anzahl von bestimmten Vorkommnissen im Rahmen der Verordnungs- und Genehmigungspraxis für den Zeitraum der letzten drei Monate erfragt. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die genannten Ausprägungen in den Summen.

Zwar überwiegt hier die Anzahl der Genehmigungen insgesamt (genehmigt wurde, was vom behandelnden Arzt verordnet wurde). In der Gegenüberstellung zu den weiteren Bereichen, die mit Problemstellungen verbunden sind, zeigt sich jedoch, dass Schwierigkeiten keine Ausnahme, sondern den Regelfall in der Abrechnungspraxis darstellen. So wurden rund 31.000 Genehmigungen erst nach einem Zeitraum von mehr als vier Wochen erteilt. In dieser Zeit erbringt der ambulante Pflegedienst Leistungen, deren Refinanzierung noch nicht vollumfänglich gesichert ist. Dies bedeutet die Übernahme eines betrieblichen Risikos, denn die weiteren Problembereiche in der Verordnungs- und Genehmigungspraxis zeigen auf, dass nicht immer mit einer vollen Genehmigung gerechnet werden kann. Für rund 25.000 Verordnungen wurden vom Kostenträger weitere Dokumente angefordert und rund 20.000 Verordnungen wurden nur in Teilen genehmigt.

Auch die weiteren Aspekte rund um die Verordnungs- und Genehmigungspraxis zeigen ein hohes Potenzial an Schwierigkeiten auf. So wurden Leistungen, die erbracht wurden, gar nicht anerkannt (14.342), es bestanden zeitliche Verzögerungen bei Anschlussverordnungen (13.699) oder auch ein vollständiges Ausbleiben von Anschlussverordnungen wurde beobachtet.



Abbildung 36: Ausprägungen von Verordnungsschwierigkeiten (drei Monate)

Betrachtet man den Aspekt der Genehmigungen zusammen, so wird deutlich, dass für die ambulanten Dienste ein erhebliches betriebliches Risiko bei der Leistungserbringung angesichts der Praxis der Genehmigungen besteht.

5.4 Personalsituation in den ambulanten Diensten

Ein zentraler Fokus in der Pflege-Thermometer-Reihe ist die Erfassung der konkreten Personalsituation vor Ort. Dies beinhaltet Fragen nach offenen Stellen, nach Arbeitsbereichen, für die Personal gesucht wird, Personalfluktuationsindikatoren des Personals sowie Einschätzungen zur Personalsituation insgesamt. Im nachfolgenden Kapitel sollen diese und weitere Aspekte der Personalsituation näher beleuchtet werden.

5.4.1 Personalkennzahlen der ambulanten Pflegedienste

Ein erster Fokus richtet sich dabei auf die konkrete Personalausstattung in den ambulanten Pflegediensten.

Die ambulanten Dienste in der Stichprobe sind überwiegend kleinere Unternehmen. Sie beschäftigen dabei im Durchschnitt 8,2 Gesundheits- und Krankenpflegende, 2,2 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sowie 6,7 Altenpflegende.

In der Summe bilden die in der Stichprobe erfassten Dienste bezüglich der Anzahl der Beschäftigten im Unterschied zur Pflegestatistik 2013 rund 14,5 % der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege, 14,2 % der Beschäftigten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und rund 13 % aller Beschäftigten in der Altenpflege in den ambulanten Diensten in Deutschland ab.

Eine erste Einschätzung bezüglich der Einschätzung zur aktuellen Personalbesetzung in den ambulanten Diensten zeigt auf, dass die Personalausstattung in den ambulanten Diensten insgesamt ein Bild einer Mangelsituation präsentiert. Nur jeder vierte Dienst gibt vollumfänglich zustimmend an, dass die aktuell eingeplanten Stellen im Personalbereich auch besetzt sind und somit kein zusätzlicher Bedarf besteht. Mit insgesamt 47 % ist es weniger als die Hälfte der Dienste, die tendenziell eine Personalausstattung erreicht hat, wie sie eingeplant wurde.

Dem stehen 48,9 % gegenüber, die diese Frage tendenziell ablehnend beantworten und somit auf einen Mehrbedarf hinweisen.

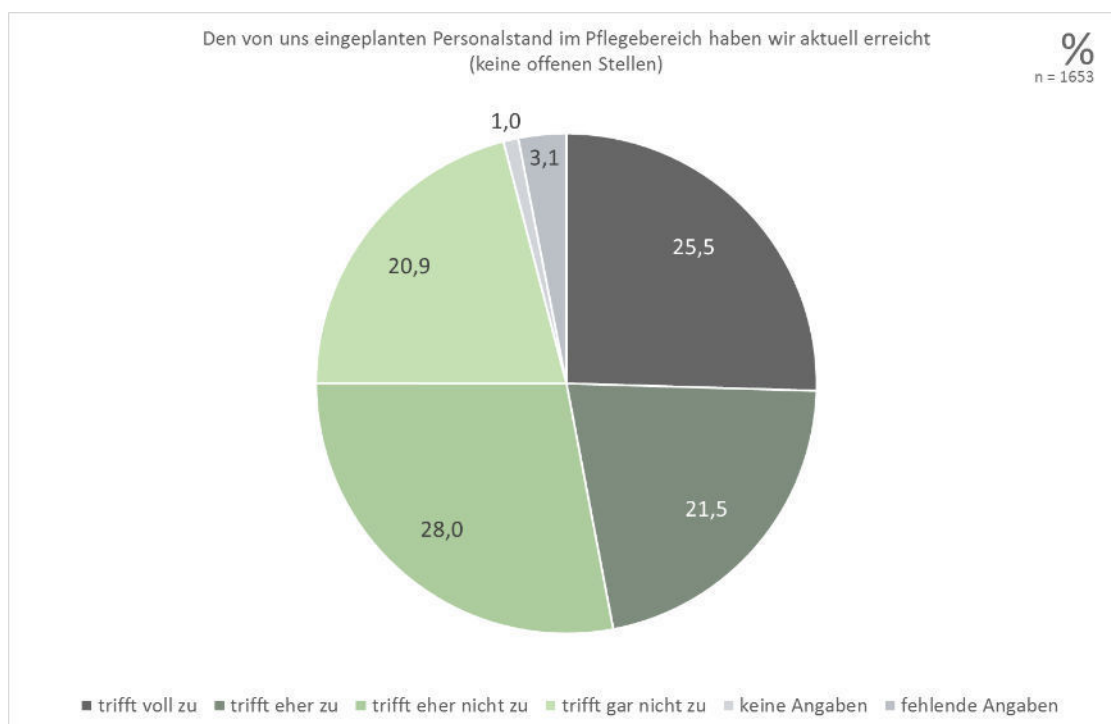


Abbildung 37: Einschätzungen zur Personalbesetzung

Die nachfolgenden Analysen geben Auskunft zum konkreten Bedarf, wie er sich in den Einrichtungen darstellt.

Erfasst wurden im Fragebogen Kennzahlen der Beschäftigten, der Umrechnung in Vollzeitkräfte sowie die konkrete Anzahl der offenen Stellen (in Vollzeitkräften) für unterschiedliche Berufe.

Personalausstattung und Personalbedarf							
Relevante Personalkennzahlen und Bedarfskennzahlen Ihres Pflegedienstes für ausgewählte Berufsgruppen:	Mittelwert über Beschäftigte insgesamt	Mittelwert über Vollzeitstellen	offene und zu besetzende Stellen in Vollzeitstellen	SUMME Beschäftigte insgesamt	SUMME Vollzeitstellen	SUMME offene und zu besetzende Stellen in Vollzeitstellen	% offene und zu besetzende Stellen in Vollzeitstellen
Vollausgebildete Pflegefachkräfte							
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet) (inkl. Leitung)	8,2	5,2	1,2	11.786	6.921	987	14,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)	2,2	1,8	0,7	1.888	1.144	269	23,5
Altenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)	6,7	5,2	1,0	9.117	5.928	719	12,1
Hauswirtschaft, Pflegehelfer/-innen und Assistenzberufe							
Altenpflegehelfer/-innen (1-jährig qualifiziert)	2,2	1,9	0,4	2.058	1.296	176	13,6
Krankenpflegehelfer/-assistenten (1-jährig qualifiziert)	1,4	1,2	0,4	965	578	144	24,9
Medizinische Fachangestellte/-r	1,3	1,2	1,4	861	578	39	6,7
Hauswirtschaftler/-innen (staatlich anerkannt)	1,8	1,2	0,4	1.413	665	138	20,7
Angelernte Helfer/-innen im Pflegebereich (ggf. mit Schulungen/Kursen)	8,0	4,5	0,8	8.581	3.829	334	8,7
Angelernte Helfer/-innen im Betreuungsbereich (z.B. für soziale Betreuung/ §45b SGB XI)	4,1	1,8	0,5	3.545	1.156	194	16,8
Durchschnittliche Anzahl der Schüler/-innen der Altenpflege in den Pflegediensten für die Ausbildungsjahre	2013	2014	geplant für 2015	2013	2014	geplant für 2015	
Im ambulanten Pflegedienst beschäftigte (angestellte) Schüler/-innen in der Altenpflege	1,6	1,7	1,9	1.753	2.004	2.141	

* Die Stichprobengröße der jeweiligen Zellen variiert zwischen n = 1431 und n = 227.

Tabelle 4: Personalausstattung und offene Stellen in der Stichprobe

Die Tabelle zeigt, dass insbesondere bei den dreijährig qualifizierten Personen, aber auch bei den pflegerischen Assistenzberufen (Altenpflegehelfer*in/Krankenpflegeassistent*in) sowie bei den Hauswirtschaftler*innen ein im prozentualen Anteil zu den gemessenen Vollzeitstellen hoher Anteil an offenen Stellen besteht.

Es zeigt sich, dass im Durchschnitt in jedem Dienst in der Stichprobe aktuell mindestens eine Stelle in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Altenpflege zu besetzen wäre und nicht besetzt werden kann.

Die im einführenden Teil dargelegten fehlenden Arbeitsmarktreserven sowie eine im Durchschnitt zu allen Berufen höhere Vakanzzeit bis zur Besetzung einer offenen Stelle in den Pflegeberufen sind Ausdruck eines Fachkräftemangels, der sich insbesondere in der ambulanten Pflege darstellen lässt.

Korrespondierend zu dem beschriebenen Fachkräftemangel, der sich als ein Mangel an qualifizierten Personen darstellt, sind auch die Bewertungen der ambulanten Dienste zu verstehen, die die Bereiche ausweisen, in denen ein höherer Bedarf besteht.

Gefragt wurde, für welche Bereiche Personal gesucht wird und wie hoch für die jeweiligen Tätigkeitsbereiche der Personalbedarf eingeschätzt wird. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die durchschnittlichen Angaben für die jeweiligen Bereiche. Geantwortet werden konnte auf einer achtsstufigen Skala, die zwischen den Polen sehr hoch und sehr gering die Einschätzungen ermöglichte.

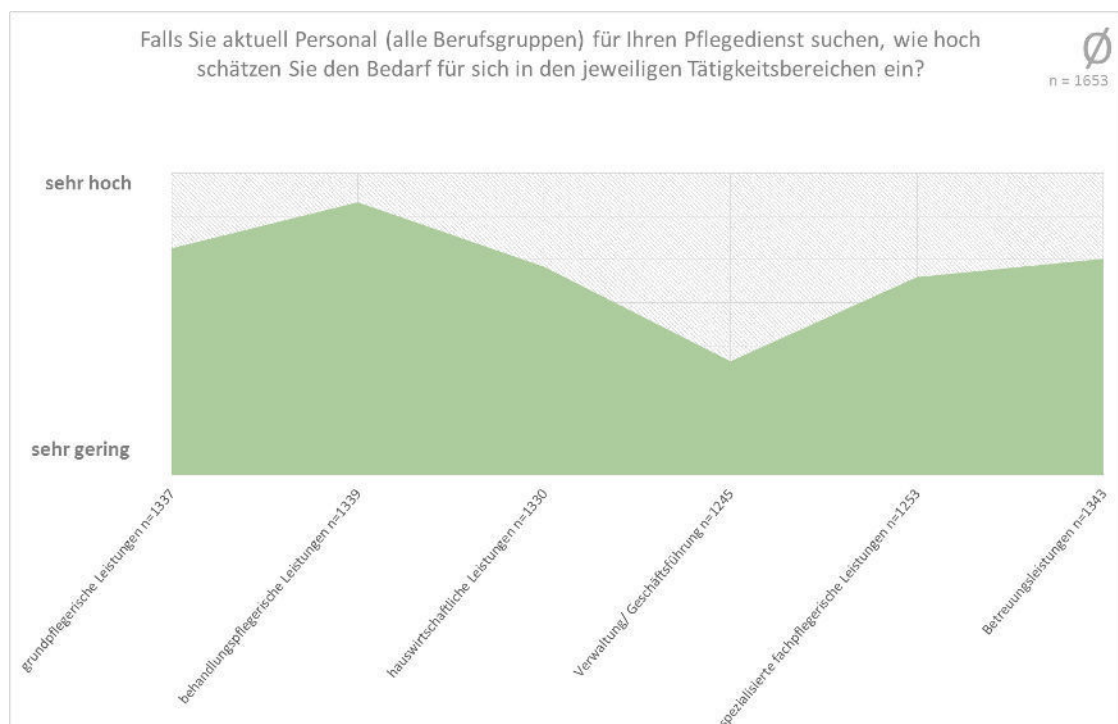


Abbildung 38: Personalbereiche, in denen Bedarfe bestehen

Zu beobachten ist, dass insbesondere für den Bereich der Behandlungspflege Personalbedarf in hohem Maße angegeben wurde. Hier wurde ein Durchschnittswert von

6,3 angegeben. Auch der Bereich der Grundpflege (5,26), der Betreuungsleistungen (5,01), der hauswirtschaftlichen Leistungen (4,83) sowie der spezifischen fachpflege-rischen Leistungen (z.B. Wundversorgung/außerklinische Beatmung [4,59]) wurden Bedarfe beschrieben. Wenig problematisch stellt sich der Bereich der Verwaltung dar.

Im Kontext der Frage nach einer Personalgewinnung spielt eine zentrale Rolle der Anteil der Teilzeitbeschäftigung. Einerseits bedarf es einer bestimmten Anzahl an Teilzeitmitarbeiter*innen, um die Kernarbeitszeiten zu besetzen und auch Feiertags- und Wochenendarbeit abzusichern. Auf der anderen Seite aber sind die in Teilzeit arbeitenden Mitarbeiter*innen die zentrale Personalressource, die bei einem Mangel zur höhergradigen Beschäftigung motiviert werden müsste. In der Pflegestatistik 2013 wird für die ambulanten Dienste in der Altenpflege ein Anteil an Vollzeitkräften von 38,7 % angegeben. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden sind es 32,9 % und bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden 30 %. Damit weist die ambulante Pflege eine im Vergleich z. B. zum Krankenhaus deutliche niedrigere Quote an Vollzeitbeschäftigung unter den Pflegenden auf.

Vor dem Hintergrund einer Vollbeschäftigung und eines deutlichen Mangels an Personal im Sektor der ambulanten Versorgung wird dies in den kommenden Jahren ein größeres Gewicht bekommen.

Die Antwort auf die Frage, wie groß der Anteil an Teilzeitbeschäftigten in diesem Sektor aus betrieblicher Sicht sein sollte, zeigt für die ambulante Pflege jedoch starke Begrenzungen auf. Im Durchschnitt sehen die Leitungen einen Anteil von rund 60 % als notwendig an, am häufigsten wurde sogar 80 % angegeben. Damit zeigt sich, dass eine Umwandlung von Teilzeit- in Vollzeitstellen offenbar aus betrieblicher Sicht nur bedingt möglich ist und die Optionen stärker in der geringeren Erhöhung gesehen werden könnten.

Wie hoch schätzen Sie insgesamt den notwendigen Anteil (%) an Teilzeitstellen im Pflegebereich (einschließlich geringfügig Beschäftigter) in Ihrem Pflegedienst ein, um das Personal ausreichend flexibel einsetzen zu können?	
gültig	1.390
fehlend	263
Mittelwert	57,7
Median	60
Modalwert	80

Tabelle 5: Einschätzungen zur Teilzeitarbeit in der ambulanten Pflege

Perspektivisch betrachtet ist relevant, wie die Altersstruktur der Pflegenden in der ambulanten Pflege sich darstellt. Im Einführungskapitel wurde die Altersstruktur beschrieben, wie sie in der Pflegestatistik abgebildet wird. In der Stichprobe wurde eine

feinere Abstufung in der Altersverteilung der Pflegefachkräfte abgefragt. Die Summen der Altersklassen aber weisen die gleichen Verteilungen auf, wie sie auch in der amtlichen Statistik geführt werden.

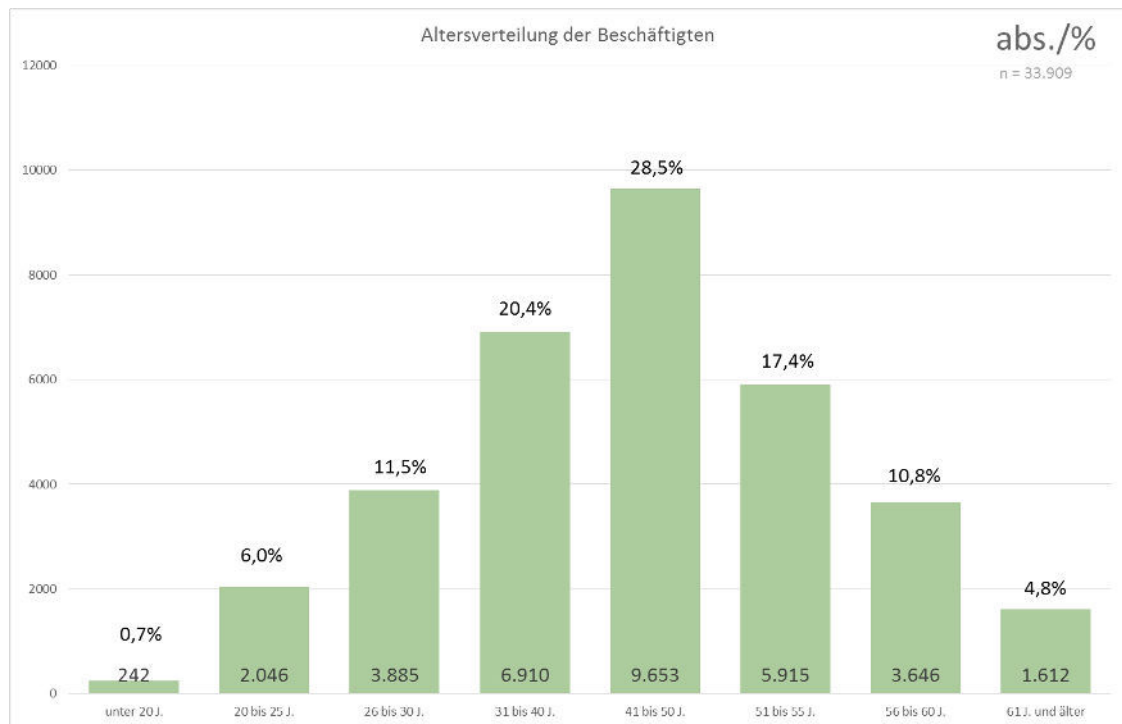


Abbildung 39: Altersverteilung der beschäftigten Pflegefachkräfte

Der Spitzenwert in der Altersverteilung liegt aktuell im Bereich der 41- bis 50-jährigen Pflegenden. Damit liegt auf der einen Seite in diesem Bereich eine hohe Kompetenz vor, denn es kann davon ausgegangen werden, dass es sich mehrheitlich um sehr erfahrene Pflegenden handelt. Auf der anderen Seite jedoch zeigt die Altersverteilung insgesamt eine Situation auf, die auf zukünftig hohe Ersatzbedarfe hinweist. Bereits jetzt sind ein Drittel der Mitarbeitenden über 50 Jahre alt. 15,6 % sind dabei jenseits der 55 Jahre.

Bei einer optimistischen Schätzung und einem angenommenen Renteneintrittsalter von 65 Jahren würden jedoch in den kommenden zehn Jahren bundesweit rund 23.500 Pflegekräfte zu ersetzen sein. Dieser Druck auf die Seite der Personalrekrutierung wird sich perspektivisch mit der Verschiebung der Altersklassen weiter erhöhen.

Für die konkrete Frage der Personalgewinnung ergeben sich darüber hinaus weitere zentrale Aspekte, die in der Studie erstmals untersucht wurden. Angesichts eines hohen Anteils an Teilzeitarbeit in dem Bereich erscheint es unwahrscheinlich, dass ein hoher Mobilisierungsgrad erreicht werden kann. Ein Umzug in eine andere Stadt, um dort eine Teilzeitstelle zu bekommen, ist eher nicht zu erwarten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Personalrekrutierung vor allem als lokal begrenzte Möglichkeit dar.

Die ambulanten Pflegedienste wurden gebeten, einerseits darüber Auskunft zu geben, aus welchem lokalen Radius sie aktuell Mitarbeitende in der Pflege beschäftigen. Darüber hinaus sollte eine Einschätzung erfolgen, wie sie die maximale Distanz einschätzen, die eine Pflegekraft auf sich nehmen würde, um bei dem ambulanten Dienst zu arbeiten.

	Welchen Anfahrtsweg legen Ihre Angestellten im Durchschnitt zur Betriebsstätte zurück?	Welche Distanz wäre Ihrer Einschätzung nach die maximale Wegstrecke, die ein Mitarbeiter auf sich nehmen würde, um bei Ihnen zu arbeiten?
gültige Angaben	1.581	1.585
fehlende Antworten	72	68
Mittelwert	11,9	23,8
Median	10,0	20,0
Modalwert	10,0	20,0

Tabelle 6: Mobilität der Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege

Im Durchschnitt legen die Beschäftigten aktuell einen Anfahrtsweg von ca. 12 km zurück, um bei dem ambulanten Pflegedienst zu arbeiten. Der häufigste angegebene Wert liegt bei 10 km.

Der Rekrutierungsradius, der als maximaler Wert angesehen wird, liegt bei ca. 24 km, wobei am häufigsten bis zu 20 km angegeben wurde. Damit zeigt sich, dass überregionale Rekrutierung offenbar nur bedingt als eine Option angesehen wird.

5.4.2 Berechnung offener Stellen in ambulanten Pflegediensten

Wie dargelegt, können die Daten in der Stichprobe als repräsentativ angesehen werden. Damit lassen sich auf der Basis der vorliegenden Kennzahlen Hochrechnungen zu ausgewählten Fragestellungen vornehmen.

Eine der zentralen Fragestellungen ist die nach den offenen Stellen in ausgewählten Berufen. Befragt wurden im Rahmen der Untersuchung Kennzahlen zu den Beschäftigten in den jeweiligen Berufen insgesamt, die Umrechnung der Beschäftigten auf Vollzeitstellen und die Anzahl der aktuell offenen und zu besetzenden Stellen (in Vollzeit).

Nachfolgend soll auf der Basis der Daten der Studie eine Berechnung der offenen Stellen für die dreijährig qualifizierten Pflegenden in den ambulanten Pflegediensten in Deutschland erfolgen. Die Werte können dabei als Annäherungswerte verstanden werden. Sie werden im Rahmen der Analyse in zwei unterschiedlichen Modellvarianten beschrieben, denen jeweils unterschiedliche Berechnungsverfahren zugrunde liegen.

Limitierend muss angemerkt werden, dass jede der Modellvarianten sich in der Berechnung auf Kennzahlen der Pflegestatistik aus dem Dezember 2013 bezieht. Die Entwicklungen, die seit dem Dezember 2013 in den Berufen zu verzeichnen sind, können nicht einfließen, da die Grunddaten der Pflegestatistik zum Dezember 2015 zum

Zeitpunkt der Erstellung des Studienberichts nicht vorlagen. Wie im einführenden Kapitel abgebildet, ist der Sektor der ambulanten Versorgung insbesondere hinsichtlich der Anzahl der Beschäftigten in einem hohen Maße dynamisch, sodass zwei Jahre zeitliche Differenz hier zu Verzerrungen führen können. Insbesondere in der Altenpflege sind zwischen 2011 und 2013 erhebliche Zuwächse zu verzeichnen, wohingegen in der Gesundheits- und Krankenpflege eine geringere Dynamik zu erkennen ist.

Modellvariante 1:

Eine erste Modellvariante ergibt sich im Rahmen eines direkten Hochrechnungsverfahrens. Ausgangspunkt der Analyse sind dabei die Einrichtungen, die offene Stellen für die Berufe angegeben haben. Für die Gesundheits- und Krankenpflegenden waren dies in der Stichprobe 798 Einrichtungen, die im Mittelwert 1,2 offene Stellen (in Vollzeitkräften) angegeben haben.

Die Grundgesamtheit der ambulanten Pflegedienste beträgt in der Pflegestatistik 2013 für den Dezember 12.745 ambulante Pflegedienste. Die Dienste, die offene Stellen in der Stichprobe für die Gesundheits- und Krankenpflege auswiesen, entsprechen somit 6,26 % der Grundgesamtheit. Überträgt man die Anzahl der offenen Stellen auf die Grundgesamtheit, ergeben sich die folgenden Werte:

Rechnerisch ergeben sich in dieser Modellvariante rund 15.700 offene Stellen für den genannten Beruf. Entsprechend können auch für die weiteren Berufe Hochrechnungen vorgenommen werden. Sie ergeben gerundete Zahlen von ca. 8.300 offenen Stellen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und rund 13.200 offene Stellen für die Altenpflege.-

Modellvariante 1: Hochrechnung	gültige Angaben	%-Anteil an der Grundgesamtheit	offene und zu besetzende Stellen in Vollzeit	gerundete Hoch- rechnung der of- fenen Stellen in Vollzeit
Gesundheits- und Krankenpflege- kräfte (3-jährig ausgebildet)	n = 798	6,26	987	15.700
Gesundheits- und Kinderkranken- pflegekräfte (3-jährig ausgebildet)	n = 410	3,22	269	8.300
Altenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)	n = 693	5,44	719	13.200

Tabelle 7: Personalmangelkalkulation Modellvariante 1

Betrachtet man die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den jeweiligen Berufen für den Dezember 2013, so entspricht dies für die Gesundheits- und Krankenpflege einem Anteil von rund 23 % der Stellen insgesamt. Bei der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist dies noch deutlicher; hier ist von einer ähnlich hohen Anzahl offener Stellen im Vergleich zu den aktuell Beschäftigten insgesamt auszugehen. Für die Altenpflege ist dies mit 16 % rund jede sechste Stelle, die als offen zu verzeichnen ist.

In der Summe ergeben sich hier für die dreijährig qualifizierten Pflegekräfte insgesamt 37.200 offene Stellen. Berücksichtigt man den hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten in diesem Sektor, so kann von rund 50.000 Personen ausgegangen werden, die aktuell Beschäftigung in diesem Sektor finden könnten.

Hervorzuheben ist, dass es sich bei den offenen Stellen im Oktober 2015 um real zu besetzende Stellen handelt, für die auch eine Finanzierung und Beschäftigung in der Klient*innenversorgung gegeben wäre.

Modellvariante 2:

Die zweite Modellvariante berücksichtigt nicht ausschließlich die genannte Anzahl an offenen Stellen, sondern stellt diese in Bezug zu den in der Stichprobe ausgewiesenen Stellen (in Vollzeit) in den Zielberufen insgesamt. Dabei werden fehlende Werte bei den Angaben zu den offenen Stellen als „Null“ gewertet und fließen mit in die Berechnung ein.

Für die Gesundheits- und Krankenpflege beispielsweise wurden 11.786 Beschäftigte auf insgesamt 6.921 Vollzeitstellen angegeben. Die 987 offenen Stellen entsprechen einem Anteil von 14,26 % an aktuell offenen und zu besetzenden Stellen.

Überträgt man diesen Anteil in der Stichprobe auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in dem jeweiligen Beruf (Stand Dez. 2013), so ergeben sich rund 9.500 offene Stellen in der Gesundheits- und Krankenpflege, 1.880 offene Stellen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und 9.850 offene Stellen in der Altenpflege.

In der Summe sind dies 21.230 offene Stellen. Das entspricht einem Gesamtanteil von 13,6 % der Beschäftigtenzahlen aus der Pflegestatistik 2013.

Modellvariante 2: Quotenverfahren	gültige Anga- ben	%-Anteil an offe- nen Stellen in der Stichprobe	Personal in der Pflegestatistik Dez. 2013	gerundete Hoch- rechnung der of- fenen Stellen in Vollzeit
Gesundheits- und Krankenpflege- kräfte (3-jährig ausgebildet)	n = 1213	14,26	66.649	9.500
Gesundheits- und Kinderkranken- pflegekräfte (3-jährig ausgebildet)	n = 631	23,47	8.030	1.880
Altenpflegekräfte (3-jährig ausgebil- det)	n = 1134	12,13	81.226	9.850

Tabelle 8: Personalmangelkalkulation Modellvariante 2

Ersichtlich ist, dass die zweite Modellvariante eine konservativere Schätzung darstellt, in der insgesamt niedrigere Werte ausgewiesen werden.

In der Gesamtheit aber ergeben beide Modellvarianten das Bild eines Sektors, in dem erhebliche zusätzliche Beschäftigungspotenziale vorhanden sind und der von einem

Personalmangel insgesamt betroffen ist, der sich im zweistelligen prozentualen Bereich bewegt.

Der damit ausgewiesene Druck auf die ambulanten Dienste wird auch in den Einschätzungsfragen zur Personalsituation deutlich, der im weiteren Verlauf der Ergebnispräsentation vorgestellt werden wird.

5.4.3 Personaleinsatz bei der Touren- und Versorgungsplanung

Für die Personaleinsatzplanung sind Kennzahlen zu den Tourenplanungen bedeutsam. Diese umfassen nicht nur die quantitative Dimension, sondern sind auch vor dem Hintergrund der Qualifikation zu diskutieren.

Die Angaben zur durchschnittlichen Anzahl der betreuten Klient*innen⁷ während einer Morgen- bzw. Abendtour zeigen auf, dass am Nachmittag/Abend von einer Pflegekraft in aller Regel mehr Klient*innen versorgt werden als am Morgen. Dies ergibt sich u.a. durch die unterschiedlichen Anforderungen und die Anzahl der durchzuführenden Leistungen, die gegen Abend abnehmen. Nachfolgend sind die Werte der zentralen Tendenz abgebildet, also die durchschnittliche Anzahl (Mittelwert), die mittlere benannte Anzahl (Median) sowie der häufigste benannte Wert (Modus).

	durchschnittliche Anzahl der Klient*innen auf einer Morgentour	durchschnittliche Anzahl der Klient*innen auf einer Nachmittag-/Abendtour
gültig	1.554	1.564
fehlend	99	89
Mittelwert	12,9	16,2
Median	12	15
Modalwert	10	20

Tabelle 9: Personaleinsatz und Tourenplanung

Im Kapitel zur finanziellen Situation der ambulanten Dienste wurde als ein gravierender Bereich der nicht kostendeckend ausführbaren Leistungen angegeben, dass Klient*innen mit einer Fahrzeit von mehr als 25 Minuten zu versorgen sind.

Bezüglich des Aktionsradius der ambulanten Dienste lässt sich feststellen, dass diese in aller Regel bis zu 20km im Umfeld des Stützpunktes aktiv sind.

Die maximale Entfernung für die Klient*innenversorgung wurde im Durchschnitt mit 16,4 km angegeben, wobei am häufigsten der Wert von 15 km genannt wurde. 75 % der Klient*innen wohnen in einem Radius von bis zu 20 km.

⁷ Die erfragten Zahlen legen den Schluss nahe, dass die Frage unterschiedlich verstanden wurde und zwei verschiedene Datensätze existieren. Zum einen enthält der Datensatz die gewünschten Antworten zu der Frage wie viele Klient*innen eine Pflegekraft pro Tour betreut. Zum anderen ist davon auszugehen, dass der Datensatz auch Angaben enthält, die die Gesamtzahl aller Klient*innen eines Dienstes auf der Morgen- bzw. Abendtour enthält. Eine Daten-trimmung erfolgte, indem die Daten z-standardisiert wurden und um Einträge, die größer als 2,576 waren, gelöscht wurden. Hierbei blieben 99% der Werte um den Mittelwert übrig.

	Wie weit entfernt von Ihrer Einrichtung wohnt der/die Klient*in, für den/die Sie die größte Kilometerstrecke zurücklegen? (km Distanz vom Stützpunkt zum Einsatzort)
gültige Angaben (n)	1.609
fehlende Angaben	44
Mittelwert	16,4
Median	15,0
Modalwert	15,0
25 %-Perzentil	10
50 %-Perzentil	15
75 %-Perzentil	20

Tabelle 10: Maximale Entfernung bei der Klient*innenversorgung

Tourenplanungen stellen eine zentrale Herausforderung an die ambulanten Dienste dar. Sie müssen sich einerseits an den Wünschen und Bedarfen der Klient*innen ausrichten. Zugleich aber sind unter anderem durch die unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen differenzierte qualifikatorische Anforderungen sicherzustellen. Darüber hinaus unterliegen die Dienste nicht nur der Anforderung, wirtschaftlich zu arbeiten, sie müssen angesichts der beschriebenen finanziellen Begrenzungen so konzipiert sein, dass sie sich auch finanziell tragen. Ein weiterer Einfluss ist das Selbstverständnis und die Frage nach der Beziehung zu den Klient*innen. Hier besteht nicht nur auf Seiten der Klient*innen, sondern auch bei den Pflegenden der Wunsch, stabile Beziehungen herzustellen, die nur erreichbar sind, wenn man eine Konstanz als Bezugsperson zu den Klient*innen hat und nicht durch häufige Wechsel Kommunikationsdefizite und Schwierigkeiten bei Absprachen bestehen.

In der vorliegenden Befragung wurde dieser Aspekt angerissen, konnte jedoch nicht umfassend beleuchtet werden. Ausgangspunkt waren Fragen rund um die Steuerung der konkreten Prozesse bei der Tourenplanung.

Überwiegend gaben die Leitungen an, dass Klient*innen umfassend von einer Pflegekraft versorgt werden. Das entspricht auch dem pflegerischen Selbstverständnis und den Wünschen von betreuten Menschen nach einer Kontinuität in der Versorgung.

Rund 50 % der befragten Dienste gaben aber an, dass es in Ausnahmefällen dazu kommt, dass Klient*innen durch unterschiedliche Personen aufgesucht werden, die jeweils Teilleistungen erbringen (z.B. Behandlungspflege/Grundpflege).

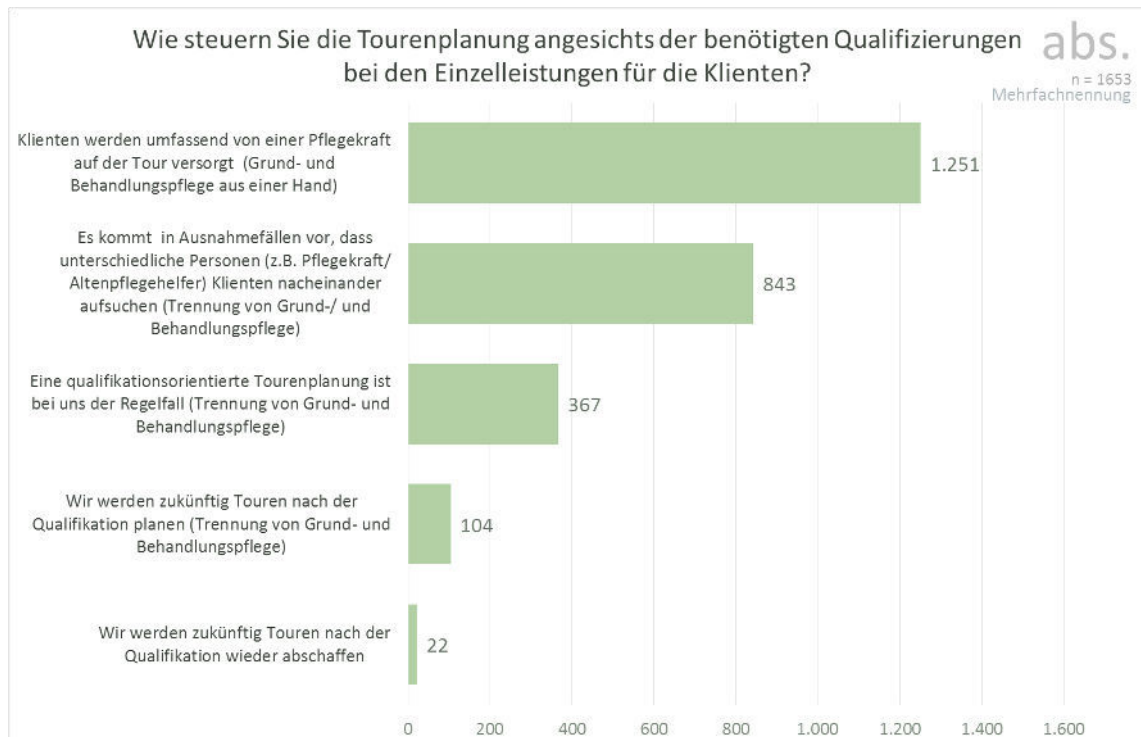


Abbildung 40: Angaben zur personellen Ausrichtung bei der Tourenplanung

In jedem fünften Pflegedienst scheint eine qualifikationsorientierte Tourenplanung bereits als Regelfall notwendig zu sein, um den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden, und weitere 6 % planen, die Leistungen zukünftig stärker zu trennen und die Tourenplanung an den erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationen auszurichten. Ein erklärender Grund hierfür kann der beschriebene Personalmangel sein und vor allem die Suche nach fachqualifizierten Personen, die Behandlungspflege übernehmen dürfen.

5.4.4 Personalfluktuations der ambulanten Pflegedienste

Die ambulanten Dienste sehen sich nicht nur mit einem Personalmangel insgesamt konfrontiert; sie weisen auch auf, dass es zu einem Wechsel des Personals gekommen ist. Im Mittel wurden pro Dienst 2,27 Abgänge an Pflegepersonal verzeichnet, wobei der häufigste Wert mit 1 angegeben wurde. Angesichts der relativ kleinen Einrichtungen und einer durchschnittlichen Anzahl von nur rund 17 qualifizierten Pflegenden in den Einrichtungen sind die Bewegungen jedoch nicht als dramatisch einzustufen und weisen keine zentrale Problemstellung auf, deren Bewältigung nicht möglich erscheint. Der Wechsel von Personal ist beständiger Bestandteil der Personalsteuerung in den Einrichtungen und gehört zum gewohnten Alltag.

Dies bestätigt sich auch in der Aussage, dass 53,9 % der befragten Dienste zustimmend angeben, dass die Fluktuationsrate der Mitarbeitenden im ambulanten Pflegedienst insgesamt abnimmt.

	Anzahl der Pflegefachkräfte insgesamt, die in 2014 ihren Arbeitsplatz bei uns aufgegeben haben (Köpfe)	Anzahl der Mitarbeiter*innen insgesamt, die in 2014 ihren Arbeitsplatz bei uns aufgegeben haben (Köpfe)
gültig	1436	1320
fehlend	217	333
Mittelwert	2,27	3,28
Median	1	2
Modalwert	1	0
Summe	3.257	4.332

Tabelle 11: Fluktuation von Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege

Befragt nach den Richtungen der Personalfluktuatation, zeigt sich, dass bei zahlreichen Diensten nicht bekannt ist, wohin die wechselnden Mitarbeiter*innen gehen. Unter den klar benennbaren Sektoren aber ist der Wechsel von dem einen zu einem anderen ambulanten Pflegedienst deutlich hervorgehoben. Eine Fluktuation in andere Sektoren der pflegerischen Versorgung (teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtung/Krankenhaus) ist hier deutlich geringer zu beobachten.

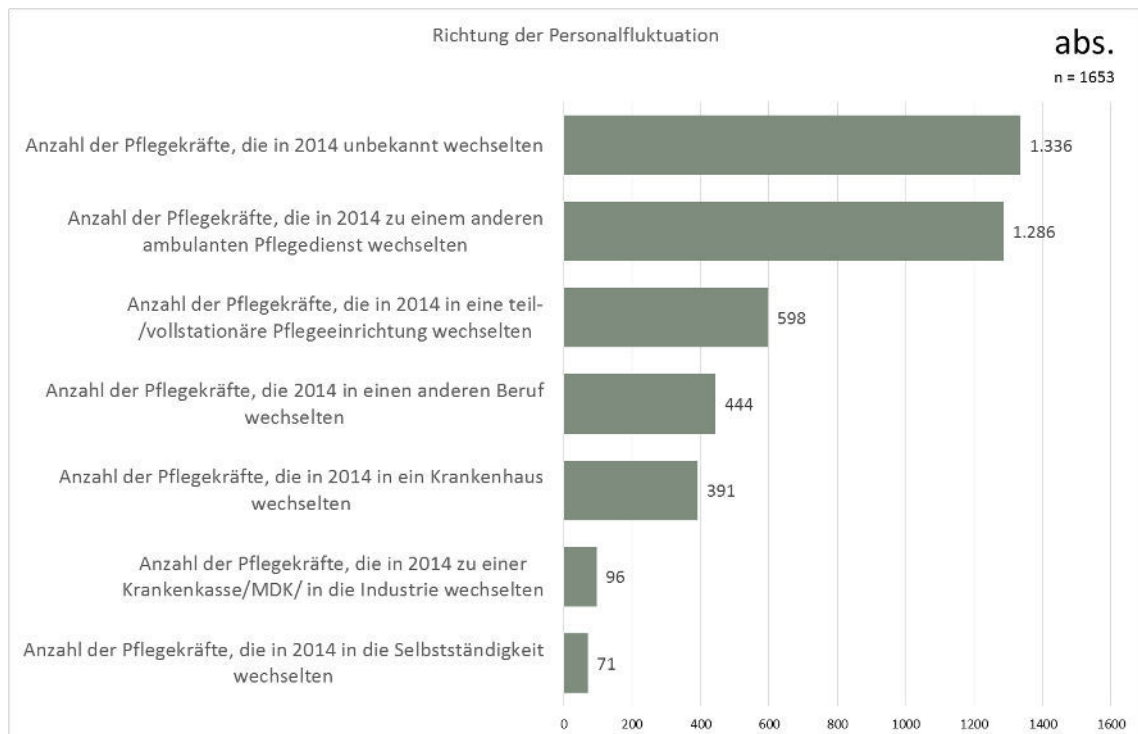


Abbildung 41: Richtung der Personalfluktuatation der ambulanten Pflegedienste

Betrachtet man die Gründe, die bei einem Wechsel angegeben werden, so dominieren die gesundheitlichen Gründe als benannter Ausstiegsgrund.

Auch die Kündigung von Mitarbeiter*innen in der Probezeit wird bei jedem fünften Pflegedienst als einer der führenden Gründe angegeben. Hierbei können unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen. Ein Erklärungsgrund dafür kann die angespannte Personalsituation und die unzureichende Möglichkeit der Personalauswahl sein. Ein weiterer Grund kann in der finanziellen Situation der ambulanten Dienste liegen. Wechseln Klient*innen oder verliert ein ambulanter Pflegedienst Klient*innen

durch z.B. den Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, so können die beschäftigten Personen ggf. nicht weiterbeschäftigt werden. In dem Kapitel zur Finanzsituation wurde dargelegt, dass die ambulanten Dienste sich nur unzureichend in der Lage sehen, strategische Personaleinstellungen dauerhaft zu finanzieren.



Abbildung 42: Gründe für die Personalfluktuaton

Weitere Gründe für ein Ausscheiden aus dem ambulanten Dienst sind Veränderungen der beruflichen Situation, die Familiengründung oder auch der Eintritt in den Ruhestand. Wie dargelegt, sind rund 15 % der Mitarbeitenden über 55 Jahre alt und müssen in einer absehbaren Zeitspanne durch neues Personal ersetzt werden. Zentral ist, dass die Unzufriedenheit mit der Einrichtung oder aber unpassende Angebote im Rahmen eines gewünschten Stellenumfangs hier nachrangig zu betrachten sind. Insbesondere dieser Aspekt scheint relevant, denn die Diskussion um den hohen Teilzeitstellenanteil beschäftigt nicht nur die Einrichtungen, sondern auch die Politik. Wie weiter oben beschrieben, weisen die ambulanten Dienste einen sehr hohen Anteil an Teilzeitstellen aus und auch die betriebliche Einschätzung zur Notwendigkeit wird gesehen. Sie scheint an dieser Stelle nicht in hohem Maße unvereinbar mit den Wünschen der Beschäftigten. Jedenfalls führen sie offenbar nicht zu einer erhöhten Kündigung.

5.4.5 Einschätzungen zur Personalbelastung

Pflegende in den ambulanten Diensten unterliegen unterschiedlichen Belastungssituationen. Sie arbeiten autonom, sind in den komplexen Situationen meist alleine verantwortlich und müssen auch alleine Entscheidungen treffen. Im Gegensatz zur

Pflegearbeit im Krankenhaus oder in den teil-/vollstationären Einrichtungen sind die Arbeiten nicht ohne weiteres auf andere Mitarbeiter*innen im Team delegierbar.

Nachfolgend sollen ausgewählte Belastungsindikatoren der pflegenden vorgestellt werden, wie sie aus der Perspektive der Leitungen eingeschätzt werden. 48,1 % der befragten Leitungen geben an, dass die Anforderungen an die Pflegenden in den konkreten Pflegesituationen in 2015 gegenüber dem Jahr 2014 gestiegen sind. Dies deckt sich mit den Aussagen bezüglich der beobachteten Veränderungen auf der Seite der Klient*innen und der Angehörigen. Die Komplexität der Situation, in der eine Leistung erbracht wird, steigt an.

Ein weiterer Belastungsindikator ist die Anzahl der geleisteten Überstunden in den Diensten. Hier beobachten 30 % in einem kurzen Betrachtungszeitraum von einem Jahr einen Anstieg. Ein Grund für die steigenden Belastungen im Rahmen von geleisteten Überstunden ist sicherlich die Personalsituation in den ambulanten Diensten insgesamt und die Anzahl der nicht besetzten offenen Stellen. Werden zusätzliche Klient*innen in die Betreuung aufgenommen oder aber verändern sich die Bedarfe, so kann die damit verbundene Leistungszunahme in erster Linie nur mit dem bestehenden Personal kompensiert werden.

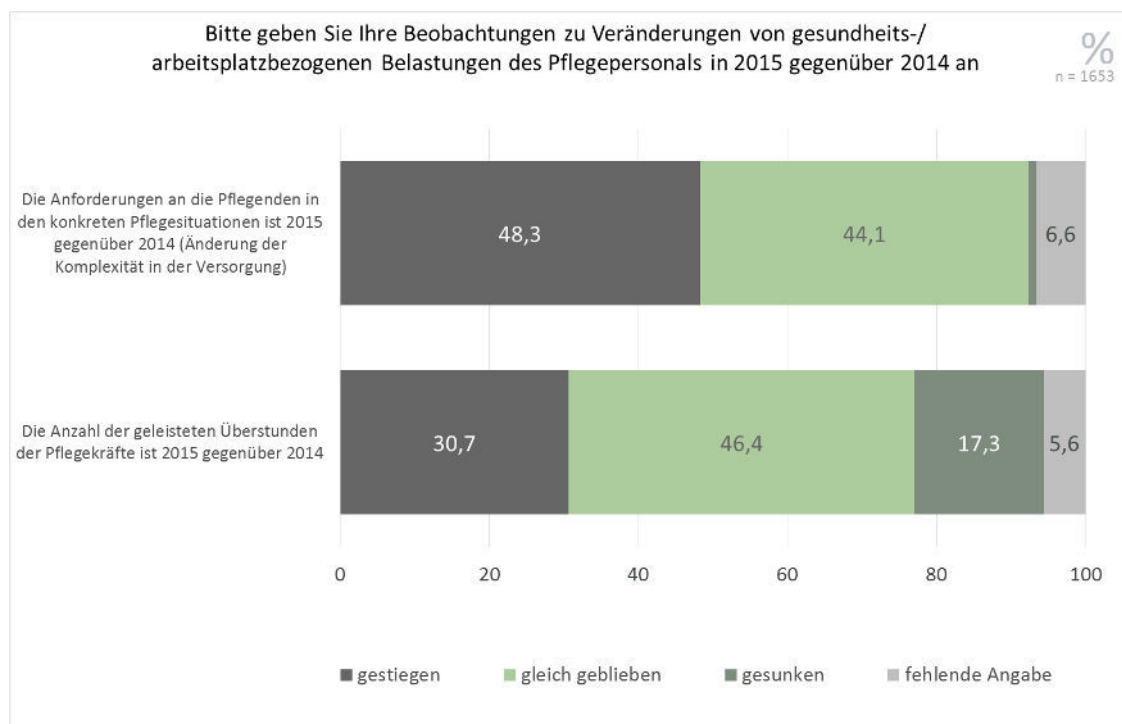


Abbildung 43: Einschätzungen zur Belastung des Pflegepersonals

Für das Pflegepersonal insgesamt stellen diese Veränderungen Belastungsmomente dar, die sich offenbar auch hinsichtlich gesundheitsrelevanter Faktoren auswirken können.

So beobachtet rund jeder dritte Dienst, dass sowohl die jeweilige mit einer Krankmeldung verbundene Krankheitsdauer der Beschäftigten als auch die Anzahl der Krankheitstage insgesamt in der Einrichtung gestiegen sei. Ähnlich hoch wird damit in Verbindung stehend bewertet, dass es zu einer Erhöhung der Krankmeldungen insgesamt gekommen ist. Jeder fünfte ambulante Pflegedienst zeigt auf, dass die Krankheitsschwere zugenommen habe.

Damit lassen sich insgesamt auf der Seite der Beschäftigten eindeutige Tendenzen in Richtung einer Zunahme der Belastung identifizieren.

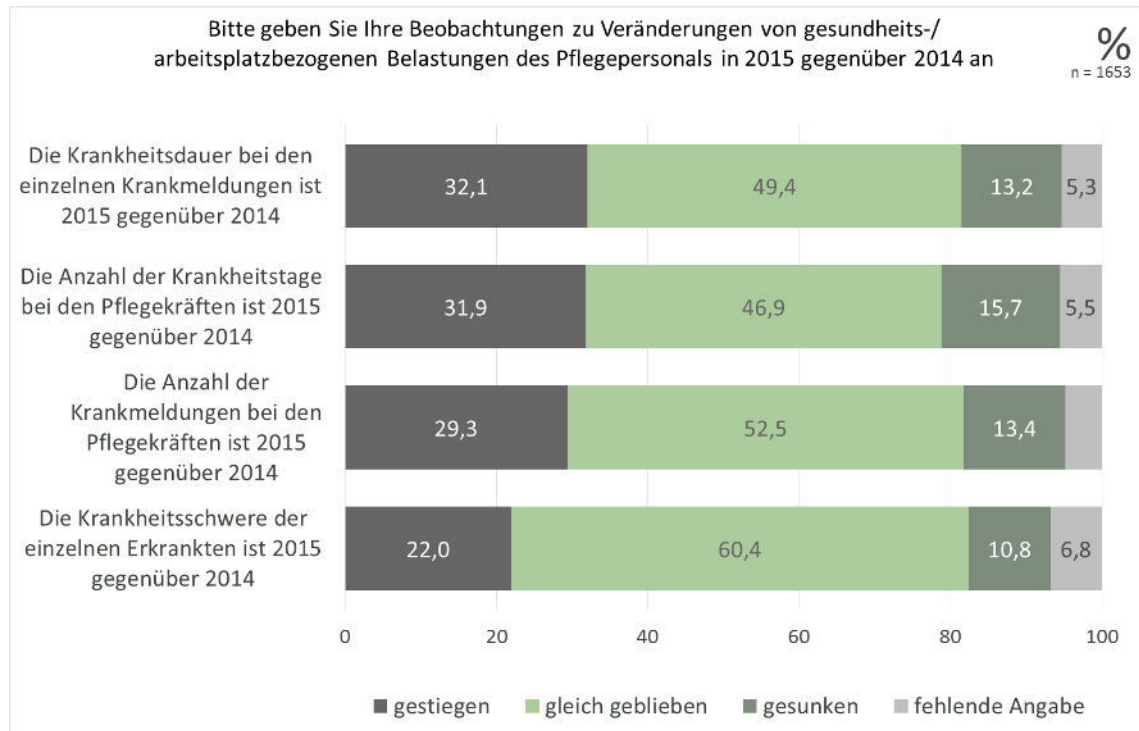


Abbildung 44: Einschätzungen zu gesundheitsbezogenen Einschätzungen des Personals

5.4.6 Einschätzungen zur Personalsituation

Die ambulanten Dienste wurden gebeten, grundsätzliche Einschätzungen zu relevanten Fragestellungen der Personalsituation vorzunehmen.

Die nachfolgenden Einschätzungen werden nach dem Grad der Zustimmung zu den formulierten Aussagen vorgestellt.

Im Vordergrund steht dabei der folgende Aspekt: Der beschriebene Personalmangel wird auch hier bestätigt, Er zeigt sich in der deutlich beschriebenen Zunahme des Aufwands, der betrieben werden muss, um examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende sowie Altenpflegende zu rekrutieren. Die Zahl der Dienste, die einen verstärkten Aufwand bei der Rekrutierung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden beobachtet, ist hier geringer ausgeprägt – dies liegt jedoch an der Spezialisierung der Dienste, die in diesem Sektor besonders intensiv suchen. Daher ist der Anteil der fehlenden Werte zu dieser Berufsgruppe hoch. Ein steigender Aufwand im Bereich

der Rekrutierung geeigneter Kräfte im Helferbereich kann ebenfalls festgestellt werden, auch wenn dieser sich in der Ausprägung nicht als so gravierend darstellt wie der der fachqualifizierten Personen. Aber auch hier sind es insgesamt 45,8 % der Dienste, die dies tendenziell zustimmend beobachten.

Als eine Reaktion auf die Personalmangelsituation geben insgesamt 57,9 % der Dienste zustimmend an, dass sie zukünftig verstärkt eigene Auszubildende einstellen wollen, um diese im Unternehmen zu qualifizieren und zu binden.

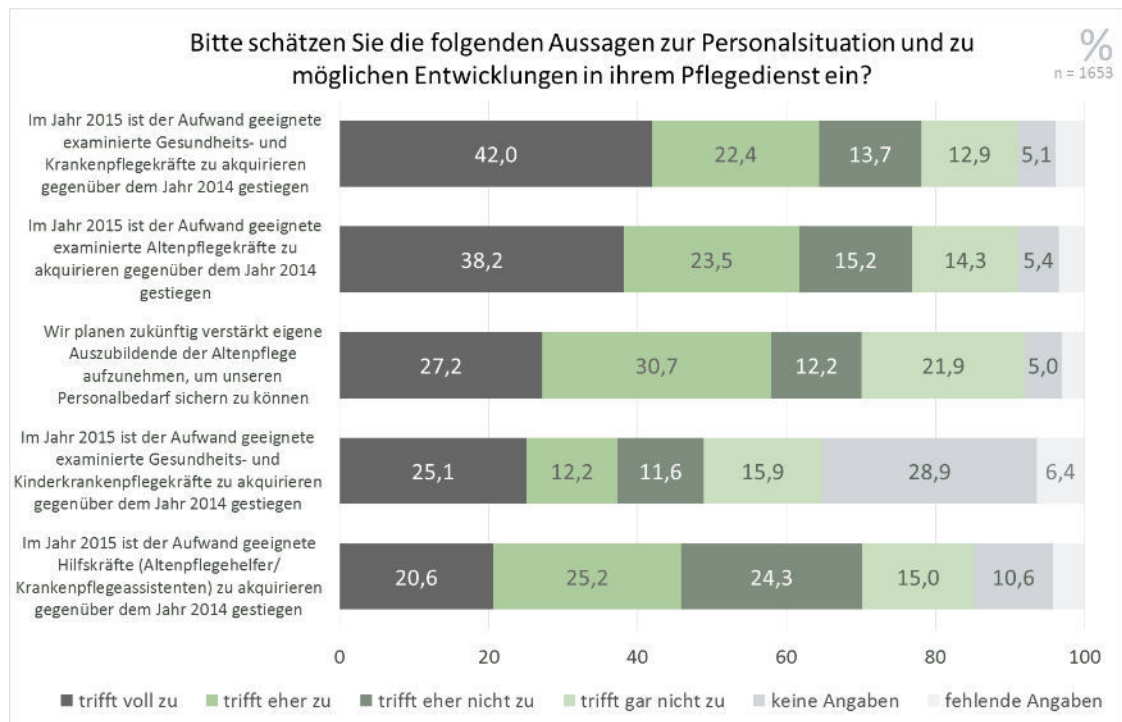


Abbildung 45: Einschätzungen zur Personalsituation 1

In den weiteren Einschätzungsfragen zeigen sich vor allem die folgenden Besonderheiten: Es kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass im Zuge des Ausbaus der niedrigschwelligen Betreuungsangebote mit einem Aufbau im Sektor der Betreuungskräfte gerechnet werden kann.

Für die aktuelle Situation aber ist entscheidender, dass nur rund ein Drittel der Dienste angibt, dass alle Stellen, die aufgrund einer Fluktuation frei geworden sind, auch problemlos neu besetzt werden konnten. Ein zentrales Problem stellt in diesem Kontext die Personalauswahlmöglichkeit dar: Mit 9,6 % gibt nur jeder zehnte der befragten Dienste vollumfänglich zustimmend an, dass mehr Bewerbungen eingegangen sind, als es an freien Stellen im Dienst gab. 72 % stimmen dieser Aussage nicht zu. Eine Personalauswahl ist vor diesem Hintergrund für die ambulanten Dienste offenbar kaum möglich.

Die Personalsituation insgesamt scheint versorgungsrelevant zu sein und sich direkt auf das Leistungsgeschehen auszuwirken. Sie stellt das zentrale Hindernis bei der wei-

teren Entwicklung dar. Rund jeder fünfte Dienst plant einen Ausbau an Leistungsangeboten, den er aktuell aufgrund des Fachkräftemangels nicht realisieren kann, und zwei von drei Diensten widersprechen der Aussage, dass sie die betrieblichen Ziele vollumfänglich erreichen konnten und von einem Fachkräftemangel überhaupt nicht betroffen sind.

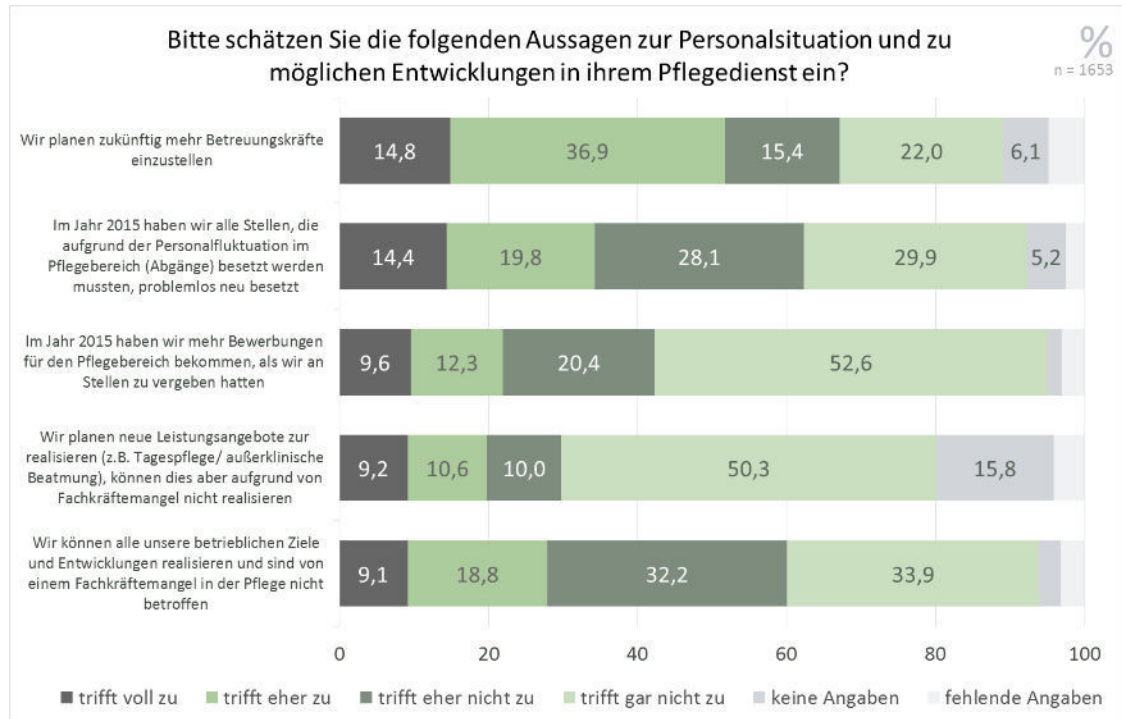


Abbildung 46: Einschätzungen zur Personalsituation 2

Lösungen werden offenbar nur begrenzt in der Hinzuziehung von Zeitarbeitsfirmen gesucht. Dies kann einerseits mit den damit verbundenen Kosten im Zusammenhang stehen oder aber mit der Tatsache, dass auch Leasingagenturen gleichermaßen die an sie gestellten Bedarfe nicht beantworten können.

Der Bereich der Rekrutierung von Fachpersonal aus dem europäischen Ausland spielt in der aktuellen Realität der ambulanten Dienste keine zentrale Rolle. Jeweils 70-80 % der befragten ambulanten Dienste sieht hier offenbar kein hinreichendes Potenzial oder aber einen zu großen Aufwand, die mit der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland verbundenen Integrationsleistungen zu realisieren. Nur 5,8 % geben hier tendenziell zustimmend an, dass es ihnen gelungen sei, Fachkräfte zu rekrutieren, um so den eigenen Bedarf an Personal mit abzudecken. Eine konkrete Erfassung der Barrieren erfolgte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht, wäre aber hinsichtlich einer weiterführenden Diskussion sicherlich wünschenswert, um konkrete Unterstützungsprogramme entwickeln zu können.

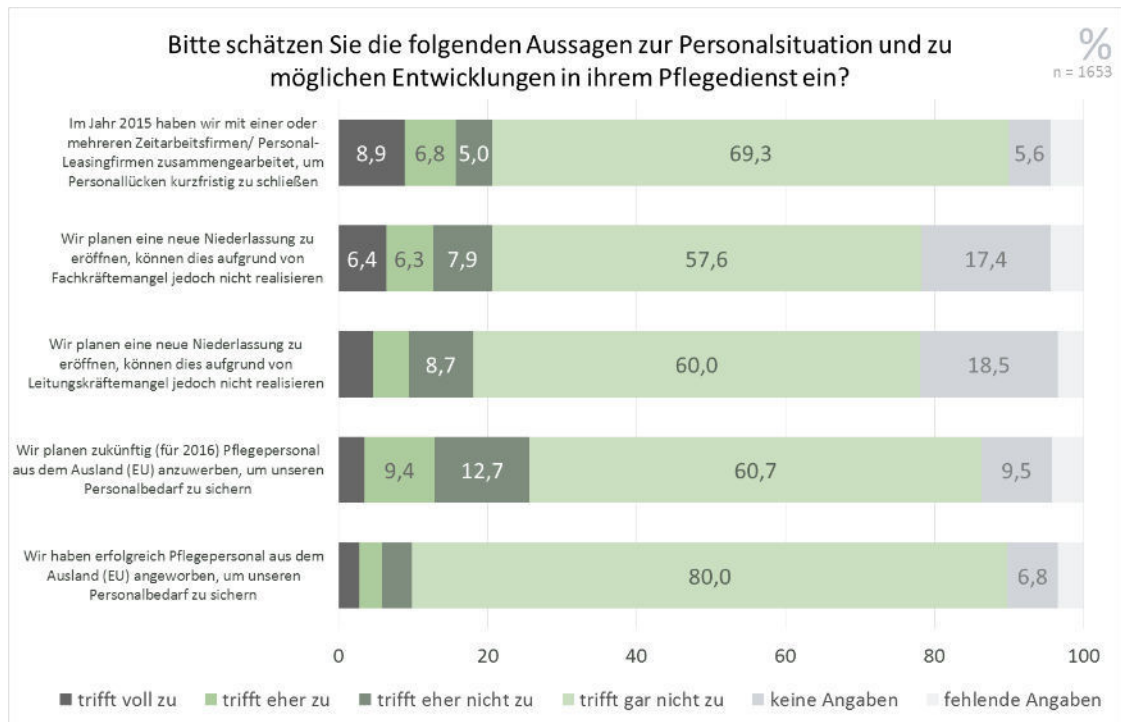


Abbildung 47: Einschätzungen zur Personalsituation 3

5.5 Kooperation mit Akteuren

Ambulante Dienste bewegen sich in einem komplexen Behandlungsraum, in dem zahlreiche andere Akteure mit eingebunden sind. In den nachfolgenden Fragen sollen zu diesen Aspekten Einschätzungen und Hinweise gegeben werden.

Ein erster Bereich betrifft dabei die Frage, inwieweit die pflegerische Fachexpertise, die die Mitarbeitenden in den Diensten haben, Entscheidungsgrundlage für die konkreten Prozesse und Behandlungen bei den Klient*innen darstellen. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die graduelle Einschätzung bezüglich der Berücksichtigung der Expertise.

Die Grafik weist auf einer Skala von 1 bis 5 die durchschnittlichen Werte (Mittelwerte) der Zustimmung zu Aspekten der Berücksichtigung der Expertise der Dienste auf.

Tendenziell werden hier Werte ermittelt, die über dem Mittelwert von 2,5 liegen. Dabei erfolgt die höchste Ausprägung (MW=3,8) bei der Einschätzung, dass der eigene Arbeitsbereich als in hohem Maße abhängig von der Arbeit anderer erscheint und damit ein fehlender Autonomiegrad in der Arbeit beschrieben werden kann. Die generelle Tendenz aber zeigt auf, dass die pflegfachliche Expertise sehr wohl Berücksichtigung erfährt und auch von anderen Kooperationspartnern im System wahrgenommen wird.



Abbildung 48: Einschätzungen zur Berücksichtigung der pflegerischen Expertise 1

Dies zeigt sich bei den nachfolgenden Betrachtungen der differenzierten prozentualen Verteilungen der jeweiligen Kategorien.

Hier sind es insgesamt 61,1 %, die eine fehlende Autonomie anmerken und tendenziell niedrige Werte vergeben. In der weiterführenden Analyse jedoch zeigt sich, dass die Fachexpertise sehr wohl angefragt ist und auch beeinflussend wirkt. 41,4 % der Befragten geben beispielweise an, dass die pflegefachliche Expertise sehr wohl einen Einfluss auf Fragen der konkreten Versorgung hat. In besonderem Maße scheint dabei die pflegefachliche Expertise einen Einfluss auf die Verschreibungen bei den Hausärzten zu haben. Hier sind es 60 %, die hohe Zustimmungswerte geben. Bezüglich der Berücksichtigung bei Entscheidungen und Verordnungen der Fachärzte zeigen sich demgegenüber deutlich geringere Werte. Hier sind es 35,8 %, die eine höhergradige Berücksichtigung beobachten. Einen Einfluss auf die Begutachtung des MDK und die Berücksichtigung der durch die ambulanten Dienste angenommenen Pflegeeinstufungen beobachtet hier mit 33,6 % rund ein Drittel.

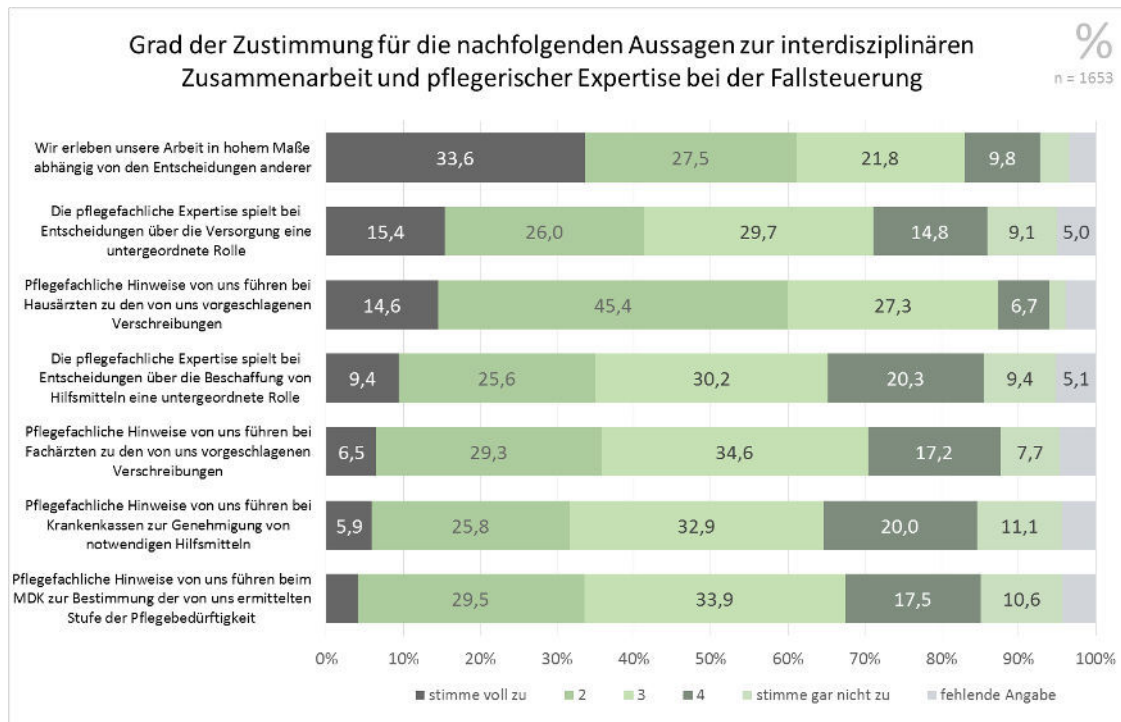


Abbildung 49: Einschätzungen zur Berücksichtigung der pflegerischen Expertise 2

Leichtgradig geringer scheint der Einfluss auf die Genehmigung von Hilfsmitteln durch die Krankenkassen zu sein. Hier sind es 31,7 %, die insgesamt eine höhergradige Zustimmung beobachten.

Dies ist ggf. auch im Kontext der weiter oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Genehmigung von Leistungen insgesamt zu betrachten und schlägt sich auch nieder auf die Beurteilung der Kooperation mit den jeweiligen Akteuren.

Bezüglich der Entwicklungsperspektive ergeben sich im weiteren Verlauf der Befragung weitere Hinweise. So geben 70,8 % der Befragten zustimmend an, dass sie die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege bei einer eigenständigen Abrechnungsmöglichkeit befürworten würden. Damit könnte die Abrechnungsproblematik aus Sicht der ambulanten Dienste deutlich verringert werden.

Dem stehen jedoch auch 57,8 % der Befragten gegenüber, die die Übernahme ärztlicher Aufgaben auf die Pflege unter Beibehaltung der ärztlichen Weisungsbefugnis befürworten. An dieser Stelle kann jedoch nicht eindeutig differenziert werden zwischen der grundsätzlichen Weisungsbefugnis und haftungsrechtlicher Konsequenzen und der mit der Weisungsbefugnis verbundenen Verordnungspraxis, die die Kooperation und Abstimmung erfordert.

5.5.1 Bewertung der Güte der Kooperation mit Akteuren

Zentral für die Arbeit der ambulanten Dienste ist die Frage nach der Güte der Kooperation und der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Akteuren im Versorgungsbe-
reich. Die Dienste sollten hierbei die Güte der Kooperation mit Schulnoten zwischen

„sehr gut“ und „mangelhaft“ bewerten. Für die nachfolgende Abbildung wurden dabei die positiven Werte „sehr gut“ und „gut“ als zustimmende Kategorie zusammengefasst. Als negative Bewertungen wurden die Kategorien „ausreichend“ und „mangelhaft“ eingeschätzt. Die neutrale Bewertung „befriedigend“ sowie die fehlenden Werte in den jeweiligen Aussagen werden hierbei nicht berücksichtigt. Insofern stellt das Schaubild verdichtet die beiden Pole der Bewertung für die jeweiligen benannten Akteursgruppen dar.

In der Betrachtung sieht man, dass die Kooperationen insgesamt tendenziell überwiegend positiv eingeschätzt werden. In allen Akteursgruppen überwiegt der Anteil der positiven Bewertungen gegenüber den negativen Bewertungen.

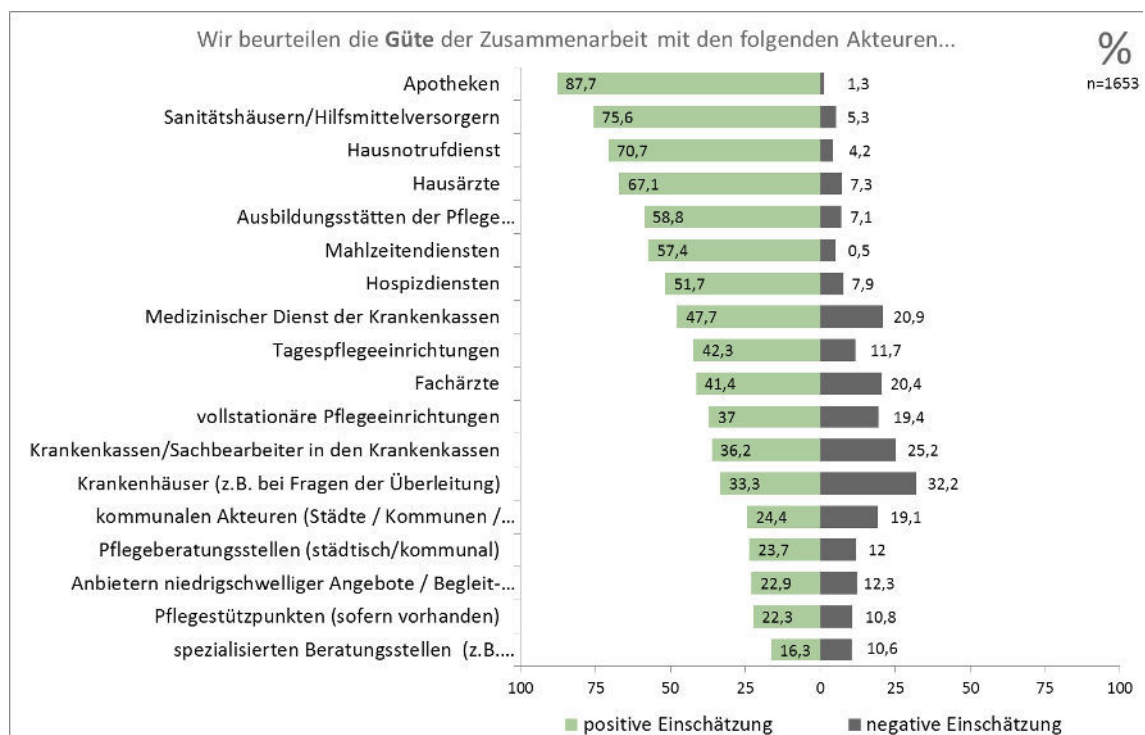


Abbildung 50: Überblick zur positiven oder negativen Güte der Kooperationseinschätzung

Dabei lassen sich jedoch vor allem im mittleren Bewertungsraum der Zustimmung Akteursgruppen identifizieren, die für auch relevante Angaben zu einer nur ausreichenden oder sogar mangelhaften Kooperation benannt werden. Herausgehoben werden kann an dieser Stelle das Krankenhaus. Hier liegen nahezu ähnliche Werte in der positiven Richtung wie in der negativen Richtung vor. Damit scheint es in diesem Sektor zu größeren Problemen in der Kooperation kommen, die jedoch im Detail mit den vorliegenden Daten nicht näher beschrieben werden können.

Die nachfolgenden Abbildungen beinhalten die Bewertungen zur Güte der Kooperation in den jeweiligen Einzelausprägungen der vergebenen Schulnoten.

Herausstechend sind hier die guten Noten für die Kooperation mit den Apotheken. Nicht nur die hohe positive Einschätzung wird hier deutlich, sondern dass die ambulanten Dienste auch bei der Einzelnote „sehr gut“ eine hohe Ausprägung mit 44,1 %

beschreiben. Hinsichtlich der als kritisch angemerkten Kooperation mit den Krankenhäusern wird in der zweiten der nachfolgenden Grafik deutlich, dass hier der Anteil derer, die ein „sehr gut“ vergeben unter der ausgewiesenen Prozentmarke von 5 % liegt (4,7 %). Auch die Kooperation mit der Sachbearbeitung in den Krankenkassen kann hier keine Werte in der Kategorie „sehr gut“ über 5 % erzielen (4,9 %).

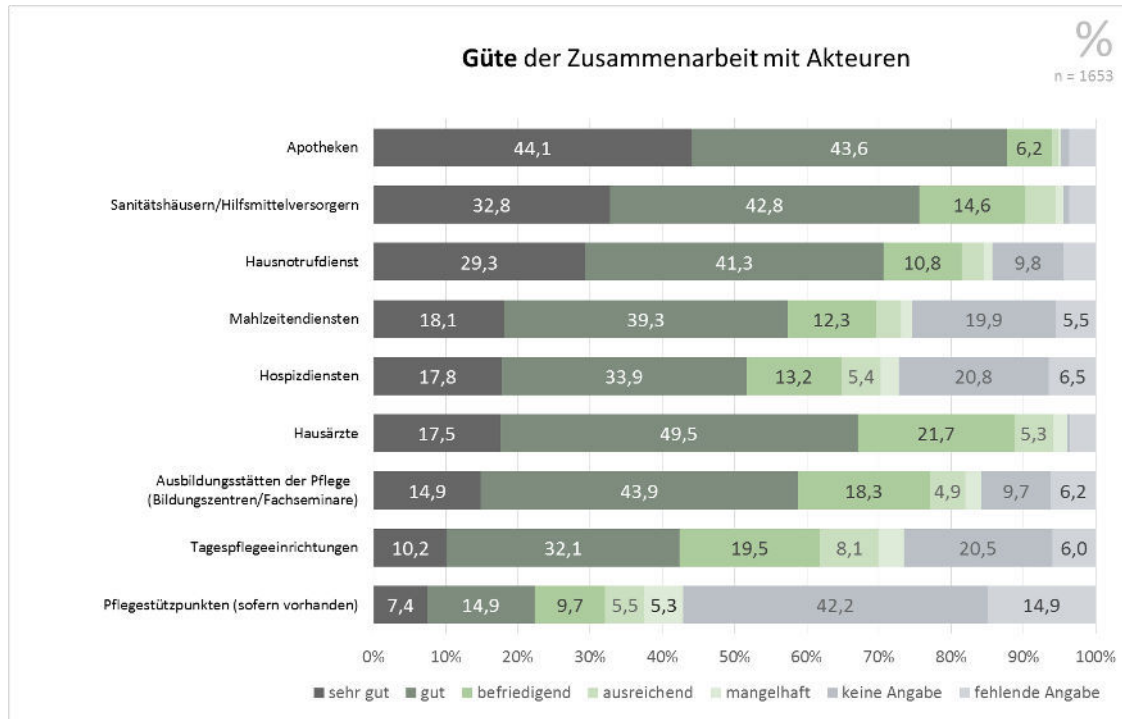


Abbildung 51: Einschätzungen zur Kooperation in Schulnoten 1

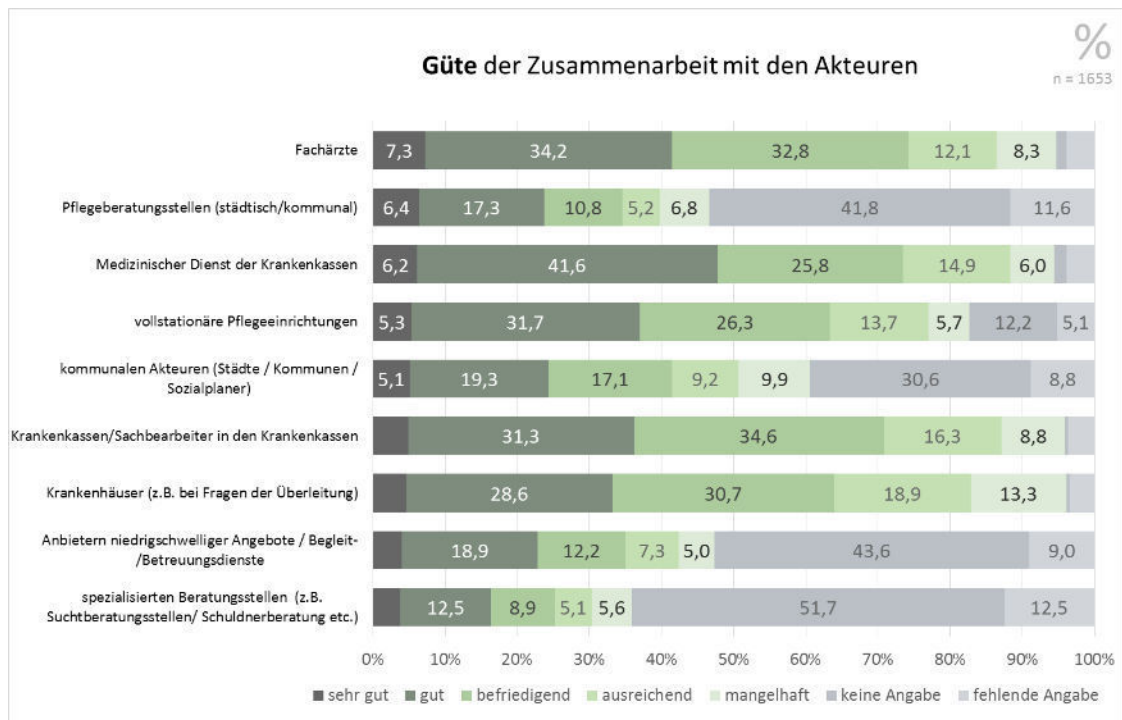


Abbildung 52: Einschätzungen zur Kooperation in Schulnoten 2

5.5.2 Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte

Die Beibehaltung der Autonomie in der Lebensführung, die Selbstbestimmtheit bei der Wahl des Lebensortes und die Aufrechterhaltung von Lebensgewohnheiten sind zentrale Werte, die im Alter eine große Bedeutung haben.

Ein limitierender Aspekt „klassischer“ Hilfeleistungen durch professionelle Anbieter der ambulanten Versorgung ist, dass sich Hilfebedarfe im Alltag in sehr unterschiedlicher Form darstellen und vielschichtig und flexibel zu beantworten sind. Bestehende Problematiken und unterstützende Hilfen sind tageszeitenbezogen nicht gleichförmig und damit auch nicht immer planbar. Treten Sie auf, können sie nicht verschoben werden und müssen direkt beantwortet werden. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die mit Sicherheits- und Beaufsichtigungsaspekten verbunden werden können.

Vor dem ausgeführten Hintergrund ist erklärbar, weshalb eine „24-Stunden-Hilfe“ für Familien eine reizvolle Alternative darstellt. Damit verbunden wird die Hoffnung, dass durch eine kontinuierliche Gegenwart einer betreuenden Person Risiken minimiert und alltägliche Abläufe nachhaltig stabilisiert werden können.

Valide Daten zur Gesamtheit der in Deutschland beschäftigten Haushalts- und Betreuungskräfte existieren nicht, da ein Großteil der Arbeit im Bereich der „Schattenwirtschaft“ erfolgt und nur unzureichend erfasst werden kann. Der Verband für häusliche Betreuung und Pflege (VHBP) e. V., einer der beiden Zusammenschlüsse von professionellen Vermittlungsagenturen, spricht in der Pressemitteilung vom 29.07.2015 von rund 200.000 Menschen, die bundesweit in häuslicher Gemeinschaft mit einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft leben. Böning, Brors und Steffen gehen in dem Gutachten von ver.di aus dem Jahr 2014 von einer Anzahl von 115.000 bis 300.000 Frauen aus.

Jenseits der Frage nach einer konkreten Anzahl muss zunächst festgestellt werden, dass die Arbeit der ausländischen Haushalts- und Betreuungskräfte eine Form der Versorgungsrealität im ambulanten Sektor der häuslichen Betreuung darstellt, die existent ist und numerisch bedeutsam erscheint. Die mit dieser Hilfeform geleisteten Beiträge sind enorm groß und könnten aller Voraussicht nach nur unzureichend durch andere Formen der Versorgung aktuell übernommen werden. Bezogen auf die Sozialversicherungen kann benannt werden, dass die Frauen überwiegend privat von den Familien (Auftraggebern / Arbeitgebern) finanziert werden und sich somit eine hohe Entlastung der Pflegeversicherung durch Übernahme in privater Finanzierung ergeben. Eine valide Einschätzung zum eingesparten Kapitel liegt indes aktuell nicht vor.

Im nachfolgenden Kapitel sollen Fragen zum Aspekt der Arbeit der Haushalts- und Betreuungskräfte erfolgen, wie sie sich aus Sicht der ambulanten Dienste in Deutschland darstellen.

Eine einführende Fragestellung ist die nach der Anzahl der von den ambulanten Diensten betreuten Klient*innen und Familien, in denen eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft arbeitet.

Hier zeigt sich, dass im Durchschnitt in den ambulanten Diensten 5,7 der betreuten Klient*innen diese Form der Versorgung nutzen. Auch wenn hier der häufigste Wert (Modus) mit Null angegeben wurde und der Median bei 2 liegt, sind es in der Summe in der Stichprobe rund 7.850 Klient*innen. Bezogen auf den prozentualen Anteil der betreuten Familien geben die ambulanten Dienste einen Wert von rund 5 % aller Familien an.

Bezogen auf die Grundgesamtheit in Deutschland kann vor diesem Hintergrund davon ausgegangen werden, dass in rund 72.000 Familien, in denen auch ambulante Dienste Versorgungsleistungen erbringen, eine ausländische Haushalts- und Betreuungskraft beschäftigt ist. Dies entspricht keiner exakten Bestimmung der Gesamtheit der in Deutschland arbeitenden Personen, denn unberücksichtigt bleiben die Familien, die ausschließlich eine ausländische Haushaltshilfe beschäftigen und (noch) keinen ambulanten Pflegedienst bei der Versorgung hinzuziehen. Einbezogen sind jedoch die Familien, die im Kontext der Beratungsbesuche nach § 37 einen Besuch durch die ambulanten Pflegedienste erhalten. Vor diesem Hintergrund können die Zahlen als eine Annäherung an das Volumen der Beschäftigung insgesamt angesehen werden.

Die Anzahl der mit dieser Versorgungsform verbundenen beschäftigten Haushalts- und Betreuungskräfte liegt wesentlich höher. Dies erklärt sich durch den Umstand, dass die meisten der Frauen Pendelmigrantinnen sind, die temporär für einen Zeitraum von wenigen Wochen bis wenigen Monaten in den Familien leben, bevor sie zur Heimatfamilie zurückkehren, um dann nach einer Pause meist erneut im Wechsel mit anderen die Versorgung in der Familie in Deutschland zu sichern. Somit kann von ca. drei bis vier (überwiegend) Frauen ausgegangen werden, die im Laufe eines Jahres bei einer Familie in Deutschland die Betreuungsarbeit leisten. Damit nähern sich die Zahlen aus dieser Studie den Aussagen des ver.di Gutachtens hinsichtlich der Anzahl der Frauen, die aus einem anderen Land in Deutschland in den Haushalten arbeiten, an.

	Anzahl der Klient*innen unseres Pflegedienstes, die regulär oder irregulär eine Haushaltshilfe zur 24h-Betreuung beschäftigen	% der Klient*innen unseres Pflegedienstes, die regulär oder irregulär eine Haushaltshilfe zur 24h-Betreuung beschäftigen (im Verhältnis zu allen Klienten)
gültig	1.382	1.216
fehlend	271	437
Mittelwert	5,7	5,1
Median	2,0	1,0
Summe	7.854	

Tabelle 12: Haushalte mit einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft

In der generellen Betrachtung zu dem Themenfeld fällt zunächst auf, dass die parallele Arbeit der Haushalts- und Betreuungskräfte für die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste offenbar kein prioritäres Thema darstellt. 49,2 % geben zustimmend an, dass diese Form der Dienstleistung in ihrer Einrichtung betriebsintern keine Rolle spielt. Dem stehen 21,9 % gegenüber, die dies explizit verneinen.

Mehr als jeder zweite Pflegedienst wurde im Jahr 2015 von Klient*innen bezüglich einer Vermittlung angesprochen und mit 48,4 % ist es nahezu die Hälfte der Dienste, die insgesamt einen Anstieg im Sektor der privaten Beschäftigung in den Haushalten beobachten.

Rund 30 % wurden ihrerseits von Vermittlungsagenturen von Haushalts- und Betreuungskräften angesprochen, ob sie Klient*innen vermitteln wollen. Eine konkrete Kooperation oder aktive Rolle bei der Vermittlung übernehmen jedoch anteilig eher wenige Dienste. 16,8 % stellen selbst Kontakte her und nur 6,6 % der ambulanten Dienste planen eine konkrete Kooperation, um für Klient*innen ein gemeinsames Angebot zu unterbreiten. Dies kann u.a. aktuell darin begründet sein, dass es keine leistungsrechtlichen Voraussetzungen gibt, die eine direkte Kooperation aus Sicht der ambulanten Dienste sinnvoll erscheinen lassen.

In der Summe dieser ersten Einschätzungen zeigt sich, dass ambulante Dienste mit Fragen der ergänzenden Betreuung durch Haushalts- und Betreuungskräfte konfrontiert werden, dass hier jedoch aktuell noch keine breite Kooperation zu erkennen ist.

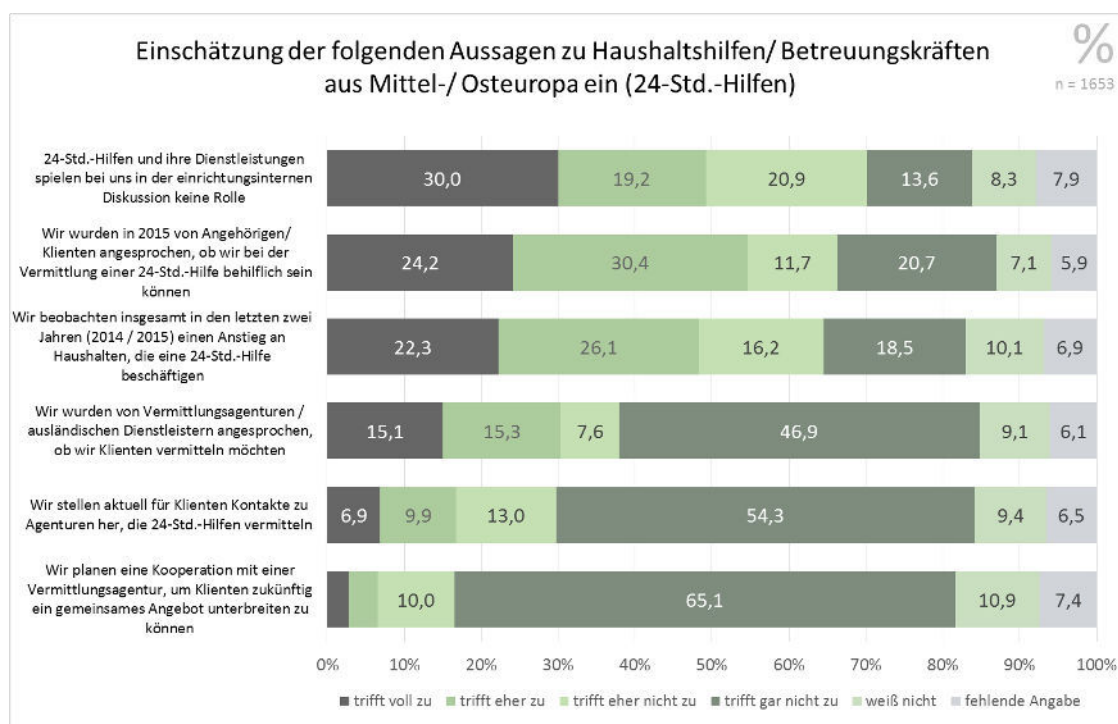


Abbildung 53: Einschätzungen zu Haushalts- und Betreuungskräften

Die Diskussionen um die Formen der Kooperation zwischen Anbietern von Haushalts- und Betreuungskräften und ambulanten Diensten sind in den vergangenen Jahren

vielfach und vielfältig geführt worden. Insbesondere wurde Fragen zum rechtlichen Status des Aufenthalts und zur rechtssicheren Vermittlung diskutiert. An dieser Stelle können die unterschiedlichen Formen, die sich auf Entsendung, Selbstständigkeit oder einer Anstellung durch die Familie begründen, nicht näher ausgeführt werden. Die fehlende Rechtssicherheit in diesem Bereich trägt jedoch dazu bei, dass eine geordnete Form der Zusammenarbeit erschwert wird.

Ein weiterer Themenbereich ist die Arbeit in den Familien und die oftmalige Übernahme pflegerischer Arbeiten in der Versorgung, mit der u.a. die Befürchtung verbunden wurde, dass dies zu Lasten der ambulanten Pflegedienste selbst gehen und sich materiell negativ auf die ambulanten Dienste auswirken könnte. Hier sind Schnittstellenprobleme zu identifizieren, die eine Abgrenzung der Versorgung in häuslicher Gemeinschaft von den rechtlich geregelten Leistungen der ambulanten Dienste erschweren und zu einem Konkurrenzmodell führen.

Bezüglich der Einschätzung zu den finanziellen Folgen wurde im Rahmen der Studie erhoben, ob sich konkrete Nachteile bezüglich der Vertragsentwicklungen ergeben.

Hier zeigt sich, dass die ambulanten Dienste Vertragskündigungen in den Bereichen der Hauswirtschaft, der Grundpflegerischen Versorgung oder beider Elemente zugleich erleben. Die eher niedrigen Durchschnittswerte aber ergeben keinen direkten Hinweis auf eine bedrohliche Form der Vertragskündigungen und die Kündigungen müssten überwiegend durch den insgesamt beobachtbaren Anstieg an Versorgung und Anfragen durch Klient*innen kompensierbar sein.

	Anzahl der Klient*innen, die den Versorgungsvertrag für die Grundpflegerische Versorgung kündigten	Anzahl der Klient*innen, die den Versorgungsvertrag für die hauswirtschaftliche Versorgung kündigten	Anzahl der Klient*innen, die den Versorgungsvertrag für die Grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung kündigten	Anzahl der Klient*innen, die nach einer Erprobungsphase wieder auf das Angebot des Pflegedienstes zurückgriffen
gültig	1.263	1.178	1.205	1.191
fehlend	390	475	448	462
Mittelwert	2,16	1,58	1,77	1,08
Summe	2.733	1.857	2.133	1.292

Tabelle 13: Auswirkungen der Arbeit von Haushalts- und Betreuungskräften

Der vertraglichen Kündigung steht zudem eine Anzahl an „Rückkehrern“ gegenüber, die nach einer Erprobungsphase wieder die Angebote der ambulanten Dienste in Anspruch nehmen.

In der direkten Fragestellung, ob die Dienstleistungen der Haushalts- und Betreuungskräfte für die ambulanten Dienste eine existenzielle Bedrohung darstellen, sind es 12,3 %, die dies als sehr bedrohlich einschätzen. Dem stehen auf dem anderen Endpunkt 14,2 % gegenüber, die die Angebote als gar nicht bedrohlich einstufen.

Übergeordnet liegen die tendenziellen Zustimmungswerte bezogen auf eine bedrohliche wirtschaftliche Auswirkung bei 30,7 %. 27,5 % betrachten dies als neutral und 29,5 % sehen hier kein Gefährdungspotenzial durch die Dienstleistungen für ihren ambulanten Pflegedienst.

Eine Hypothese bezüglich der wirtschaftlichen Auswirkung ist, dass durch die Integration einer Haushalts- und Betreuungskraft die Dauer der Beschäftigung der ambulanten Dienste in den Familien steigt, da ein Heimeinzug sich verzögert oder verhindert werden kann. In aller Regel wird die Integration von Familien damit begründet, dass dies die einzige Möglichkeit sei, eine Versorgung in einer teil-/vollstationären Einrichtung zu verhindern. Diese Hypothese wird von den ambulanten Diensten nicht bestätigt. Nur 13,3 % der Dienste gibt an, dass sich die Dauer der Beschäftigung durch eine Haushalts- und Betreuungskraft verlängert habe. Dem stehen 35,6 % gegenüber, die angeben, dass sie deutliche Verkürzungen beobachten. Dies steht ggf. mit der oben benannten Anzahl der Kündigungen von Versorgungsverträgen in Verbindung.

Wirtschaftlich betrachtet scheinen die Dienste in der Gesamtbetrachtung dieser Ergebnisse keinen gravierenden materiellen Schaden durch Haushalts- und Betreuungskräfte zu erleiden. Eine Umsatzeinbuße durch Kündigungen jedoch ist zu beobachten und eine Kompensation durch eine längerfristige Beschäftigung im Rahmen einer verlängerten Behandlungszeit scheint überwiegend nicht gegeben zu sein.

Befragt wurden weitere Aspekte rund um die Thematik, die mit rechtlichen, ethischen, pflegefachlichen und versorgungsrelevanten Bewertungen verbunden werden sollten. Deutlich wird dabei, dass sich zentral zwei Kritikpunkte ausmachen lassen. Die ambulanten Dienste sehen insbesondere Handlungsbedarf hinsichtlich der häuslichen Betreuung, wenn sie im Rahmen einer irregulären Beschäftigung stattfindet. 67,2 % bewerten die Verfolgung von irregulärer Beschäftigung im Bereich der privaten Versorgung als einen Schritt in die richtige Richtung. Die Notwendigkeit, hier Schritte gegen die Schwarzarbeit einzuleiten, deckt sich auch mit Forderungen seitens der Verbände der Vermittlungsagenturen selbst. In einer Umfrage (2015) des Instituts für Qualität und Management (IQM) an der Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland (BAGSS) (Petermann, 2016) unter 230 Vermittlungsagenturen gaben 55 % an, dass Sie die Bekämpfung der Schwarzarbeit als eine zentrale Herausforderung für die Branche ansehen. In der Prioritätensetzung wurde dies auf den zweiten Platz gesetzt.

Ein weiteres zentrales Problemfeld identifizieren die ambulanten Dienste im Bereich der pflegefachlichen Bewertung. Mehr als die Hälfte der Befragten (52,2 %) bewerten die Einbindung aus der pflegefachlichen Sicht als sehr oder tendenziell eher kritisch. Dem stehen 14,1 % gegenüber, die hier keine Bedenken sehen.

Bezüglich der Versorgung selbst werden hier zusammenfassend folgende Beobachtungen gemacht. Ein Drittel betrachtet die Versorgung durch eine Haushalts- und Betreuungskraft in den jeweiligen Familien als notwendig oder sehr notwendig. Eine ähnliche Ausprägung erfährt die Bewertung der Versorgungsqualität insgesamt, die durch die Dienstleistung verbessert werden kann. Hier sind rund 40 % Zustimmung zu beobachten. Bei beiden Punkten sind die jeweiligen negativen Ausprägungen deutlich geringer.

Ethische Bedenken, die mit der Arbeit, der Entlohnung, der Arbeits- und Lebensbedingungen der Haushalts- und Betreuungskräfte und mit den Diskussionen um diese Form der Frauenarbeit generell in Verbindung gebracht werden können⁸, werden von den Diensten in gleichen Teilen bedenklich wie unbedenklich eingestuft.

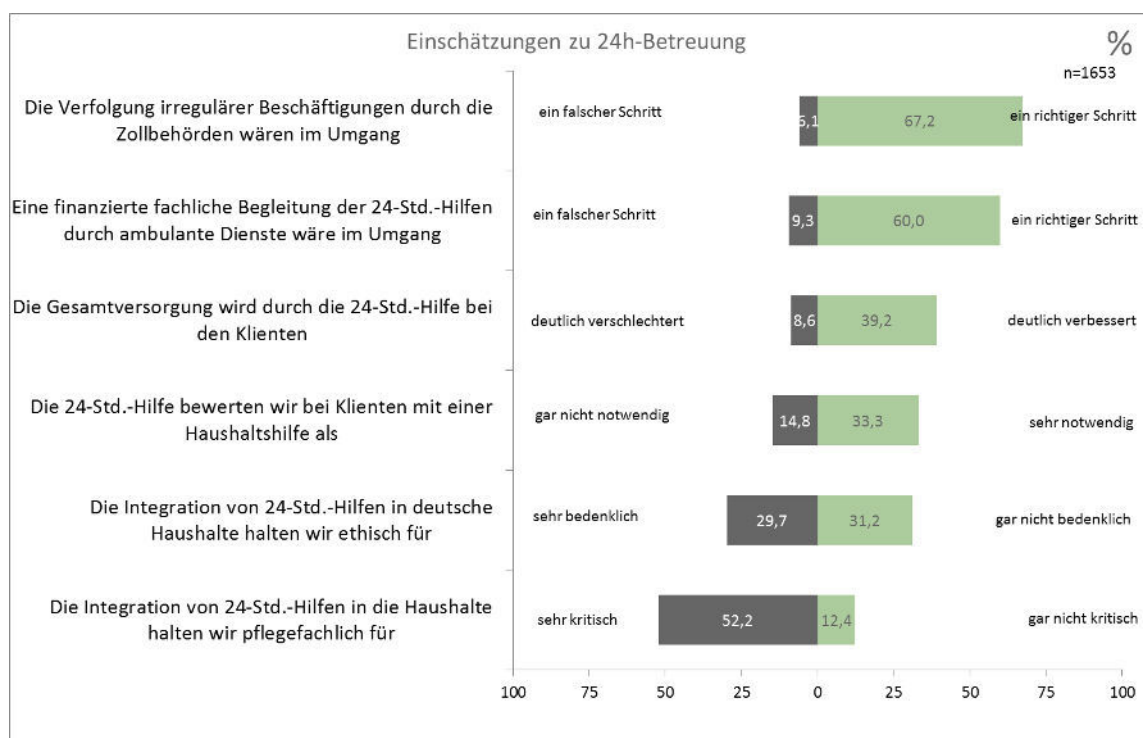


Abbildung 54: Bewertung zentraler Aspekte der Kooperation und Abgrenzung

Hervorgehoben werden kann der Aspekt, dass ambulante Pflegedienste eine finanzierte fachliche Begleitung und Beratung der in großen Teilen nicht pflegefachlich qualifizierten Haushalts- und Betreuungskräften befürworten und als richtigen Schritt ansehen. Hier ist eine mögliche Schnittstelle in der Kooperation zu sehen und eine Handlungsoption, die einer kritischen pflegefachlichen Bewertung entgegenwirken könnte. Grundlagen dafür existieren aktuell noch nicht.

⁸ An dieser Stelle kann kein umfassender Diskurs zu den damit verbundenen zentralen Themen geführt werden. Hier treffen Aspekte der Feminismusforschung, der Migrationsforschung, der Gesundheitsökonomie und der Sozialethik sowie der Versorgungsforschung aufeinander. Ethisch bedeutsam sind Fragen zu Migrationsströmen, die sich entlang eines globalen Lohngefälles abzeichnen, dem Umgang mit den Frauen in den Familien selbst und mit dem Zwiespalt der Fremdarbeit bei eigener Familie im Heimatland, der Frage nach einer Entgrenzung der Arbeitszeit sowie Fragen zu einem gerechten Lohn für die Leistungen, die mit einer dauerhaften Bereitschaft zur Arbeit in Verbindung stehen.

5.5.3 Ehrenamt und unterstützende Beratung

Im nachfolgenden Themenblock sollen ausgewählte Aspekte zur Kooperation mit ehrenamtlich Tätigen sowie zu Beratungsbereichen aufgezeigt werden.

Das bürgerschaftliche Engagement als Ehrenamt und Selbsthilfe verstanden stellt ein dynamisch anwachsendes Themenfeld dar. Der Freiwilligensurvey des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2010 zeigt, dass über alle Altersgruppen hinweg mit steigender Tendenz deutlich über 30 % der Menschen in Deutschland in unterschiedlichen Handlungsfeldern des bürgerschaftlichen Engagements aktiv sind. Mit der Möglichkeit der Mehrfachnennungen entfallen auf den sozialen Bereich 5,2 %, auf den Gesundheitsbereich 2,2 % und auf den Bereich des lokalen Bürgerengagements 1,9 % der Aktivitäten.

Das Ehrenamt und die Stärkung des Ehrenamtes sind zentrale Themen und auch leitende Strategien, wenn bezüglich einer Absicherung der Versorgung diskutiert wird. Unstrittig erscheint, dass die professionellen und damit formellen Dienstleistungen nur unzureichend die Aufgaben stabilisieren können, die im Zuge der demografischen Entwicklung zu leisten sind. Hier kann das Ehrenamt zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, sich mit dem Themenfeld aus der Perspektive der ambulanten Dienste zu beschäftigen.

Nur 19,4 % der Dienste geben an, dass sie zahlreiche ehrenamtlich tätige Personen haben, die ergänzende Dienste übernehmen, wie Besuchsdienste, Fahrdienste, Begleitsdienste etc. Der überwiegenden Mehrzahl der ambulanten Dienste scheint dies jedoch nicht zu gelingen, wie die große Ausprägung der Kategorie „trifft gar nicht zu“ verdeutlicht. Dies korrespondiert mit der Angabe von 52,8 % der Befragten, dass eine Rekrutierung und die damit verbundene Begleitung von ehrenamtlich tätigen Personen aktuell nicht realisierbar erscheint. In noch deutlicherem Umfang stimmen 59,6 % zu, dass eine Verknüpfung zu Angeboten des Ehrenamts oder von Selbsthilfegruppen durch die ambulanten Pflegedienste nur unzureichend geleistet werden kann. Damit zeigt sich für diesen Sektor, dass die Thematik der Einbindung des Ehrenamts überwiegend eher theoretischer Natur zu sein scheint und deutliche Limitierungen vorhanden sind.

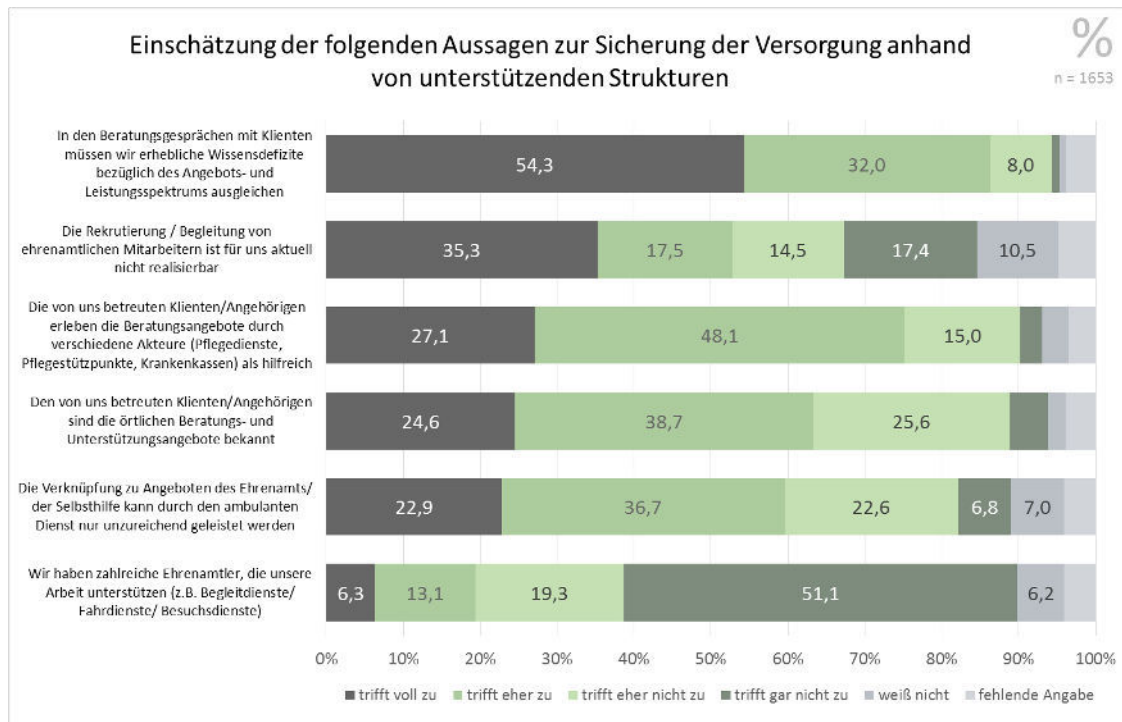


Abbildung 55: Einschätzungen zur Einbindung von Ehrenamt und Beratungsangeboten

Leistungsberechtigte Personen haben seit 2009 einen Anspruch auf eine individuelle und unabhängige Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin. Das Beratungsspektrum bezieht sich auf alle bundes- und landesrechtlichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die begleitende Pflegeberatung umfasst insbesondere die Analyse des konkreten Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Unterstützung bei der Durchführung und die etwaige bedarfsgerechte Anpassung des Versorgungsplans sowie die Auswertung und Dokumentation besonders komplexer Fallgestaltungen.

Die Pflegestützpunkte nach § 92c in Verbindung mit den §§ 7 und 7a sowie § 12 SGB XI sind ein Kernbaustein des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Seit Anfang 2009 wurden sie allerdings mit ganz unterschiedlichen Intensitäten und Strukturen in den meisten Bundesländern aufgebaut. Rheinland-Pfalz betreibt flächendeckend 135 Pflegestützpunkte, die aus den zuvor bereits landesgesetzlich geregelten Beratungs- und Koordinierungsstellen hervorgingen, und hat damit mit Abstand die höchste Dichte an Stützpunkten im Verhältnis zur Bevölkerung. Sachsen und Sachsen-Anhalt haben bislang keine Pflegestützpunkte gefördert. In Bayern, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern gibt es nur wenige Stützpunkte. Bis Ende 2010 konnten 312 Pflegestützpunkte deutschlandweit gezählt werden, heute sind es nach Angaben des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) rund 380 Pflegestützpunkte. Von einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung mit Pflegestützpunkten kann daher in Deutschland, mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz, nicht gesprochen werden.

Studien, die sich mit dem Wissen von Menschen bezüglich ihrer leistungsrechtlichen Ansprüche und der Verbreitung von Wissen rund um die pflegerische Versorgung insgesamt beschäftigen, kommen wiederholt zu den Einschätzungen, dass Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf in aller Regel nur in Teilen informiert erscheinen. Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahre 2011 vorgelegte Studie zur Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (Schmidt und Schneekloth) kommt hinsichtlich der Erfahrungen mit der Pflegeberatung in rund 1.500 Pflegehaushalten zu folgenden Ergebnissen: Der Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung war mit 30 % der Pflegehaushalte nur einer Minderheit bekannt und nur 10 % haben die Pflegeberatung tatsächlich genutzt. Für rund zwei Drittel von ihnen wurden Versorgungspläne erstellt. Die große Mehrheit derjenigen, die eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, war überwiegend zufrieden mit der Beratung. Die Studie stellt abschließend fest, dass es noch erhebliche Informations- und Optimierungsbedarfe gibt.

Laut dem Abschlussbericht „Evaluierung der Pflegeberatung gemäß § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2012 ist innerhalb der ersten beiden Jahre nach Einführung des § 7a SGB XI eine vielfältige, wenn auch aufgrund eigener Wege der Pflegekassen und der Länder sehr unterschiedliche Beratungslandschaft erwachsen. Die Qualifikation der Pflegeberater*innen ist zwar schon auf das Fallmanagement ausgerichtet, vielfach wird die mögliche Bandbreite der Beratung aber nicht genutzt und es findet eher eine allgemeine Information und Leistungsberatung statt. Nur für rund 50 % der beratenen Versicherten wurden Versorgungspläne erstellt. Auch zeigen die Ergebnisse, dass es an übergreifenden und nachhaltigen Implementationsstrategien fehlt. Empfohlen werden insbesondere qualitätsgesicherte, im kommunalen Raum besser vernetzte und kooperierende Pflegeberatungsstrukturen, die in ihrer Unabhängigkeit sowie auch in vorbereitenden Qualifikationsmaßnahmen und in ihrem Bekanntheitsgrad weiter gestärkt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen sich auch in den Einschätzungen der ambulanten Dienste. 86,3 % geben hier zustimmend an, dass sie Wissensdefizite in erheblicher Ausprägung vorfinden, die in konkreten Beratungen vor Ort aufzuarbeiten sind. Die Pluralität der Angebote und die unterschiedlichen Akteure, die Beratungen anbieten, bewerten die Angehörigen, den Einschätzungen der Leitungskräfte in den ambulanten Diensten zufolge, als positiv (75,2 %). Während die Leistungen und das Leistungsspektrum selbst nicht gut bekannt sind, geben 63,3 % der ambulanten Dienste an, dass die lokalen Beratungs- und Unterstützungsangebote tendenziell eher bekannt erscheinen.

5.6 Sozialraumorientierung und kommunale Versorgung

Die Herausforderungen der Zukunft liegen u.a. in der Anpassung von Versorgungsangeboten, die eine nahe und deckende Versorgung garantieren müssen.

Die Kommunen sind nach § 8 SGB XI verpflichtet, an der Sicherstellung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung der Bevölkerung mitzuwirken. Die jeweils notwendige Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen umfasst mehr als die Leistungen der Pflegeversicherung. Folgerichtig wird die pflegerische Versorgung im § 8 SGB XI als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert. Dies bezieht zur Unterstützung, Entlastung und Stabilisierung der primären häuslichen Pflegearrangements ausdrücklich weitere wohnortnahe Hilferessourcen wie etwa nachbarschaftliche Netzwerke, bürgerschaftliches Engagement und niedrigschwellige Angebote mit ein. Alten Menschen sollen gemäß § 71 SGB XII von den Kommunen Leistungen der Altenhilfe gewährt werden. Dazu zählen insbesondere Leistungen zur Förderung der Teilhabe, Beschaffung und Erhaltung geeigneten Wohnraums, Beratung und Unterstützung bei Betreuungs- und Pflegebedarf und bei Inanspruchnahme altersgerechter Dienste sowie Leistungen zur Teilnahme am sozialen Leben. Im Zuge einer Pflegeinfrastrukturplanung und eines Aufbaus an quartierorientierten und wohnortnahen Versorgungskonzepten ist die Einbindung von ambulanten Pflegediensten eine zentrale Notwendigkeit der Versorgungsplanung, da sie ein bedeutsamer Akteur sind.

5.6.1 Einschätzungen zur kommunalen Sicherstellung von Angeboten

Bezüglich einer generellen Einschätzung zur Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten Leistungen in der Region zeigt sich, dass zwei von drei Diensten hier eine vollumfängliche oder mindestens eine umfängliche Abdeckung beschreiben. In den negativen Ausprägungen sind es 29,4 %, die aktuell Lücken wahrnehmen und keine flächendeckende Versorgungsabsicherung für ihre Region beschreiben.

Deutlicher wird dies auf Seiten der explizit angefragten Versorgung in ländlichen Regionen. Hier halten sich die positiven Einschätzungen (41,2 %) mit den negativen Einschätzungen (39,3 %) die Waage.

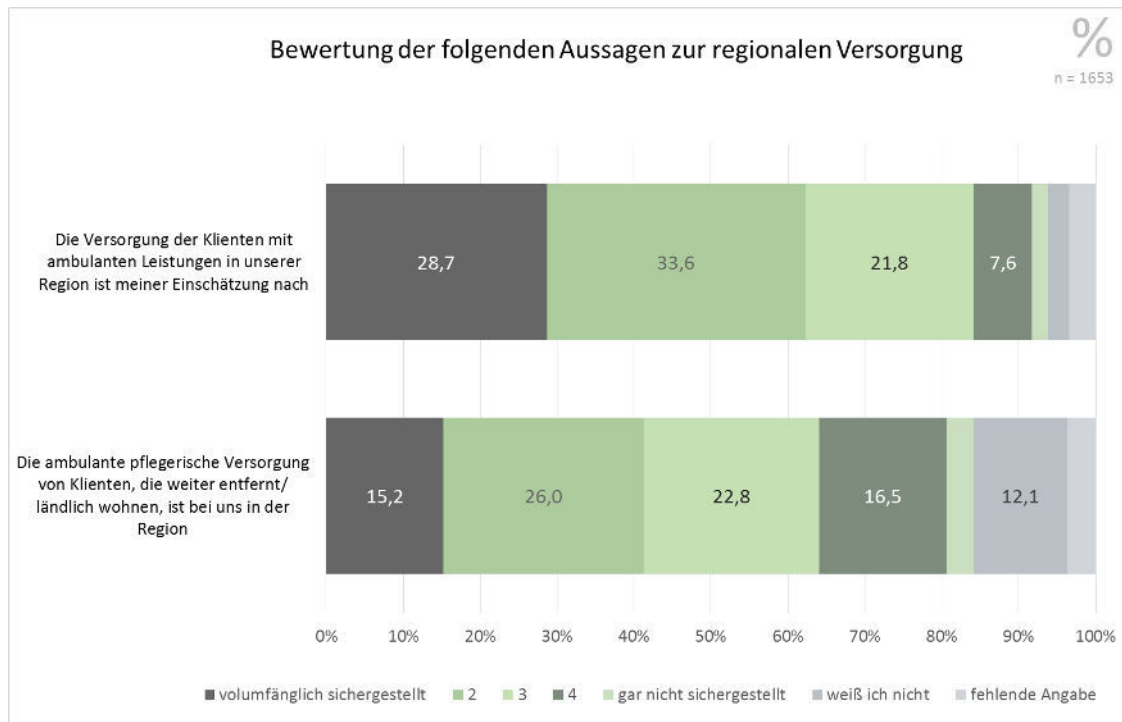


Abbildung 56: Einschätzungen zur ländlichen Versorgung

Die nachfolgende Auswertung differenziert diese globalen Einschätzungen bezüglich unterschiedlicher Leistungsangebote.

Es existieren verschiedene Förderprogramme und Initiativen auf Bundesebene, die das Wohnen im Alter fokussieren und die zum Teil die Aktivitäten verschiedener Bundesministerien (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit, Bundesministerium des Inneren und Bundesministeriums für Gesundheit) zusammenführen. Unter Federführung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit wird das Bund-Länder-Förderprogramm „Städtebauförderung“ sowie „Soziale Stadt“ umgesetzt, in dem alleine im Jahr 2015 rund 700 Millionen Euro zur Verfügung standen. Schwerpunktthemen sind neben der baulichen Infrastruktur von Städten und Gemeinden auch die Barrierefreiheit bzw. die Barrierenreduzierung. Ferner existiert das Programm „Soziales Wohnen im Alter“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dessen Schwerpunkte „Technikunterstütztes Wohnen“, „Qualifizierung des Handwerks für das altersgerechte und barrierefreie Wohnen“, „Nachbarschaftshilfe und soziale Dienstleistungen“ vor kurzem abgeschlossen worden sind. Daneben ist das Programm „Anlaufstellen für ältere Menschen“ zu nennen. Ziel ist es hier, Angebote zur Unterstützung, Betreuung und Begegnung, Maßnahmen zur altersgerechten Gestaltung des Wohnumfeldes sowie Initiativen zur Qualifizierung und Vernetzung ehrenamtlicher Helfer*innen zu fördern. Rund 300 Projekte von Kommunen und Trägern werden im Rahmen dieses Programms gefördert, für das bis Ende 2016 insgesamt rund 7 Millionen Euro aus Bun-

desmitteln zur Verfügung stehen. Ferner stehen für die Förderung von Mehrgenerationenhäusern durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in 2015 rund 16 Millionen Euro zur Verfügung. Diese Entwicklungen und Förderungen im politischen Umfeld belegen die große Bedeutung, die mit dem Themenfeld der Quartiersentwicklung und der Anpassung an altersgerechtes Wohnen verbunden werden können.

Im Rahmen des Pflege-Thermometers sollte dazu die Seite der ambulanten Dienste erfragt werden. Hier zeigen sich deutliche Bedarfe, wenn den ambulanten Diensten im Rahmen der Anpassungen eine aktive Rolle zugewiesen werden soll.

In keinem der angegebenen Bereiche (Tagespflege/nicht stationäre Wohnformen) überwiegen die positiven Bewertungen bei der regionalen Versorgungseinschätzung, wenn man die beiden starken Pole der Ausprägung (in sehr hohem Maße vorhanden/gar nicht vorhanden) betrachtet. Hier ergeben sich offensichtlich noch erhebliche und zu schließende Lücken, wenn man die Bewertung der Pflegeinfrastruktur in der Regionen aus der Perspektive der ambulanten Dienste betrachtet.

Eine Abweichung stellt die Frage zum nächtlichen Betreuungsbedarf dar. Hier wurde nicht nach einer regionalen Absicherung gefragt, sondern nach der Einschätzung zum Bedarf insgesamt. In den Statistiken zu den Leistungsempfänger*innen der Pflegeversicherung und den Leistungsbereichen wird die Tages- und Nachtpflege zusammengeführt. Nachtpflege jedoch stellt eine besondere Form dar, die in teil-/vollstationären Einrichtungen isoliert kaum zu finden ist. Bei ambulanten Diensten ist sie ebenfalls eine selten angebotene Leistungsform.

Der Bedarf wird insgesamt als tendenziell eher geringergradig eingestuft. 16,1 % der Dienste geben hier einen hohen Bedarf an, wobei hierbei auch die Dienste subsumiert sind, die z.B. im Rahmen von Intensivpflegeleistungen spezialisierte Leistungsbereiche anbieten.

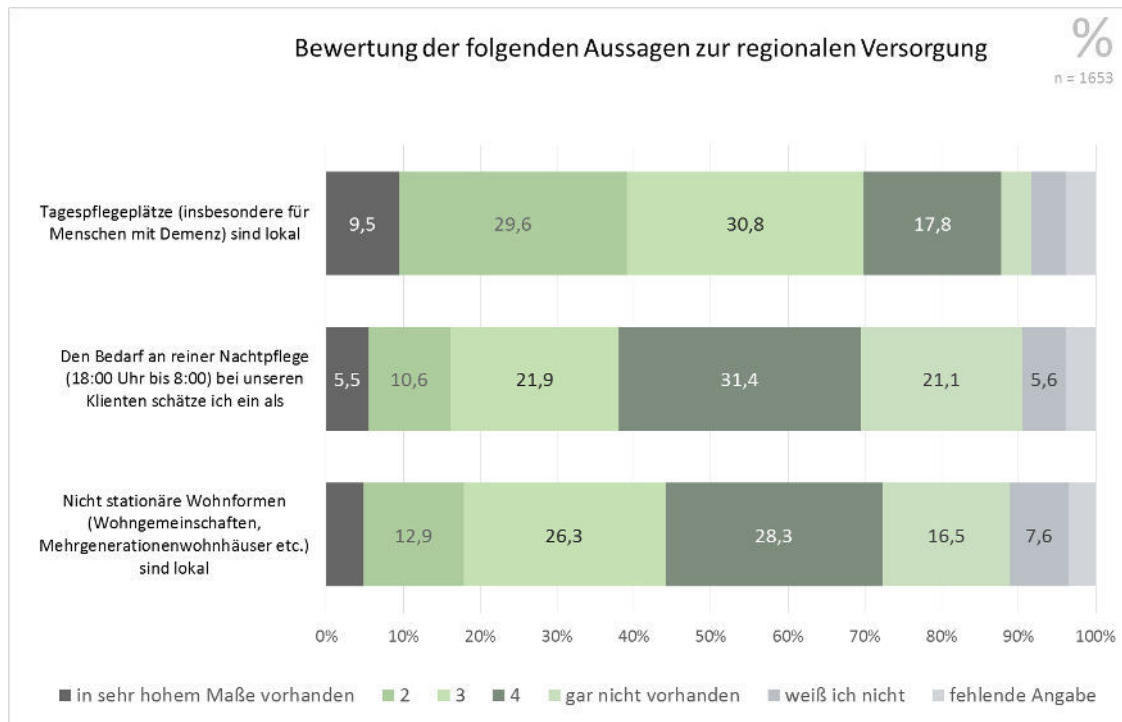


Abbildung 57: Bewertung regionaler Versorgungsangebote

In zahlreichen Kommunen finden Pflegekonferenzen und Arbeitsgruppen statt, die sich mit der kommunalen Pflegeplanung beschäftigen. Der Fragebogen umfasste daher auch zu diesem Themenkomplex einzelne Fragen.

5.6.2 Einschätzungen zur kommunalen Netzwerkbildung

An kommunalen Arbeitsgruppen oder Pflegekonferenzen nehmen die befragten Dienste überwiegend teil (55,3 %). Sie bewerten die damit verbundenen Informationen, den Austausch und die Diskussionen offenbar überwiegend positiv (57,6 %). Zugleich aber markieren Sie Grenzen und Barrieren bei der Entwicklung, die über eine bloße Teilnahme hinausgehen. So geben mehr als die Hälfte der befragten Führungskräfte an, dass konzeptionelle Entwicklungen offenbar mit den eigenen Finanzierungsmöglichkeiten nicht geleistet werden können (52,2 %).

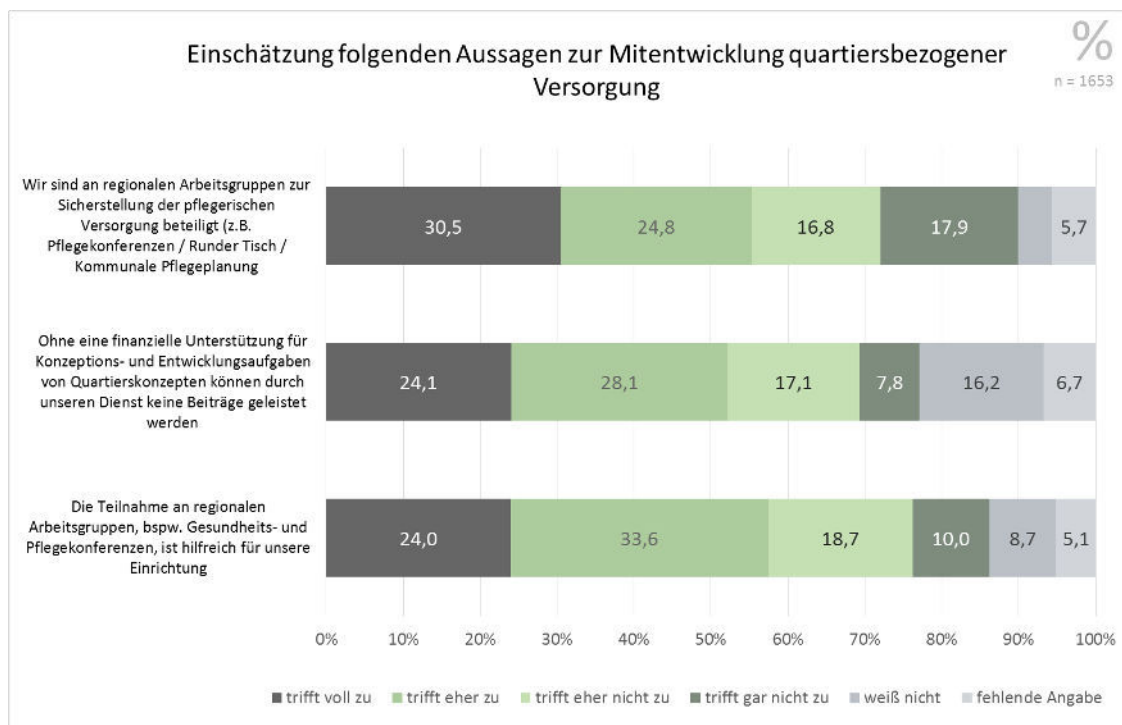


Abbildung 58: Einschätzungen zu kommunalen Arbeitsgruppen

Neben der strukturellen Limitierung (Tagesgeschäft lässt eine Beschäftigung nicht zu= 40,9 %), die in der Studie insgesamt an unterschiedlichen Stellen zu Entwicklungs- und Innovationsfragen zu Tage tritt, scheint es auch Limitierungen bei den Informationsangeboten zu geben.

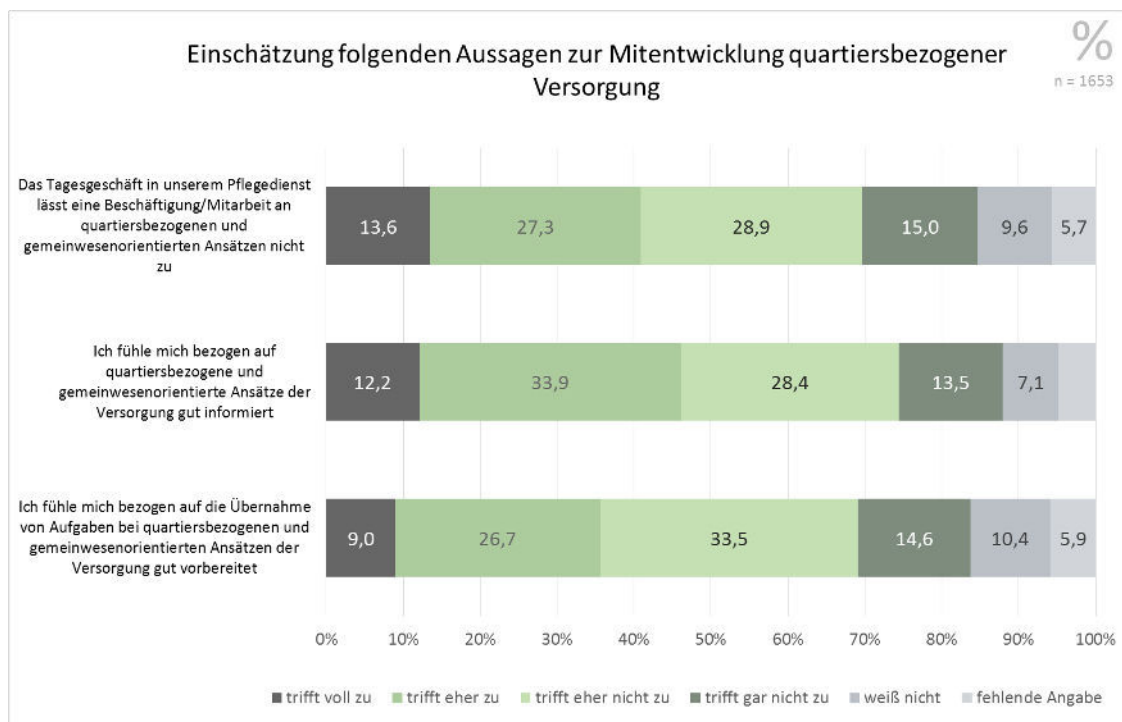


Abbildung 59: Einschätzungen zu quartiersbezogenen Versorgungskonzepten

Den positiven Angaben zum Kenntnisstand bezüglich quartiers- und gemeinwohlorientierter Ansätze der pflegerischen Versorgung (46,1 %) stehen 41,9 % gegenüber, die hier Informationsdefizite anmerken.

Noch deutlicher fällt die Bewertung bei der Frage nach einer möglichen aktiven Rolle in der quartiersorientierten und wohnortnahen Versorgung aus. Eine gute Vorbereitung und eine Übernahme von Aufgaben im Rahmen von kommunalen Entwicklungen wird von etwas mehr als jedem dritten ambulanten Pflegedienst (35,7 %) zustimmend beantwortet. Die deutliche Mehrheit (48,1 % sieht hier jedoch klare Grenzen. Damit werden die Grenzen der aktuellen Einbindung der ambulanten Dienste in Netzwerkstrukturen deutlich. Insgesamt kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass es jenseits kommunaler Defizite bei der Aufgabenerfüllung und Umsetzung einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung auch strukturell zu Barrieren kommen wird, wenn die ambulanten Dienste an dieser Stelle keine hinreichenden Möglichkeiten haben, um sich einzubinden und Aufgaben zu übernehmen. Das wiederum setzt voraus, dass notwendige konzeptionelle Planungsarbeiten und eine Einbindung in finanzierbare Leistungen überführt werden müssen, wenn die Expertise der ambulanten Dienste einfließen soll.

5.7 Aktuelle Entwicklungen und Bewertungen

Die Pflegeversicherung ist bezogen auf die Ausgestaltung kein statischer Bereich. Beständige Anpassungen, Leistungsausweitungen, Leistungs Differenzierungen und die Einbindung neuer Nutzergruppen in bestehende leistungsrechtliche Grundlagen weisen eine hohe Dynamik in auf. Die mit den Veränderungen einhergehenden Neuerungen werden in eigens beschriebenen Gesetzgebungsverfahren festgelegt. Zu nennen sind hier das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008), das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012), das Pflegestärkungsgesetz I (2014) und das Pflegestärkungsgesetz II (2015). Mit diesen zahlreichen Neuerungen verbunden ist ein erhöhter Bedarf der Information und der Anpassung der Versorgungsangebote an das neue Leistungsgeschehen.

Positiv hervorgehoben werden kann, dass mit all diesen Dynamiken auch Chancen verbunden werden können, die in unterschiedlicher Form genutzt werden können. Negativ betrachtet bedeutet das Agieren in einem so dynamischen Feld, dass es kaum über lange Perioden verlässliche und stabile Planungsgrundlagen gibt und dass Veränderungen Teil des Alltagsgeschäfts darstellen.

5.7.1 Einschätzungen zu den Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes I

Der Bundesrat hat am 7. November 2014 das erste Pflegestärkungsgesetz im zweiten Durchgang beraten und angenommen. Damit konnte es zum 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Im § 45 SGB XI werden neben dem Begriff der niedrigschwelligen Betreuungsangebote nun eigens auch „Entlastungsangebote“ aufgeführt. Darunter werden Leistungen zur Unterstützung verstanden, die insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienlich sind oder die dazu beitragen, Angehörige in ihrem Engagement als Pflegende zu entlasten. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote gelten dabei insbesondere Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter für Angehörige.

Bezüglich der Stärkung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote wurde ferner die Einführung einer neuen Kombinationsleistung beschlossen. Danach können bis zu 40 % der nach § 36 SGB XI bzw. § 123 SGB XI zustehenden Sachleistungsbeträge auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch genommen werden – und zwar zusätzlich zu den ohnehin angehobenen Betreuungsleistungen von 104,- Euro bzw. 208,- Euro monatlich. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der Sachleistung. Insofern werden Sachleistungen nach § 36 SGB XI und die weitergehenden niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45b Abs. 3 SGB XI bei der Kombinationsleistung gemeinsam dem Pflegegeld gegenübergestellt. Mit der Nutzung der erweiterten Möglichkeiten geht dabei zugleich die Pflicht einher, regelmäßig eine häusliche Beratung entsprechend § 37 Abs. 3 ff. SGB XI abzurufen.

Die Landesregierungen wurden im § 45b Abs. 4 SGB XI ermächtigt, „durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Die überwiegende Mehrzahl der Länder hatte mit Inkrafttreten des PfLEG bereits Rechtsverordnungen erlassen oder in anderer Weise verordnungsgleiche Rahmenbedingungen geschaffen. Überwiegend wurden die Regelungen zur Anerkennung und finanziellen Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie die Förderung von Modellvorhaben in einer Rechtsverordnung zusammengefasst.

Diese mit dem Pflegestärkungsgesetz I verbundenen Veränderungen sollten im Rahmen der Studie bewertet werden.

Deutlich wird eine Zunahme im Bereich der Betreuungs- und Entlastungsleistungen beobachtet. Ebenso geben fast zwei von drei befragten Diensten an, dass sie eigene Angebote schaffen werden, um die mit dem Leistungsrecht verbundenen Anpassungen bedienen zu können.

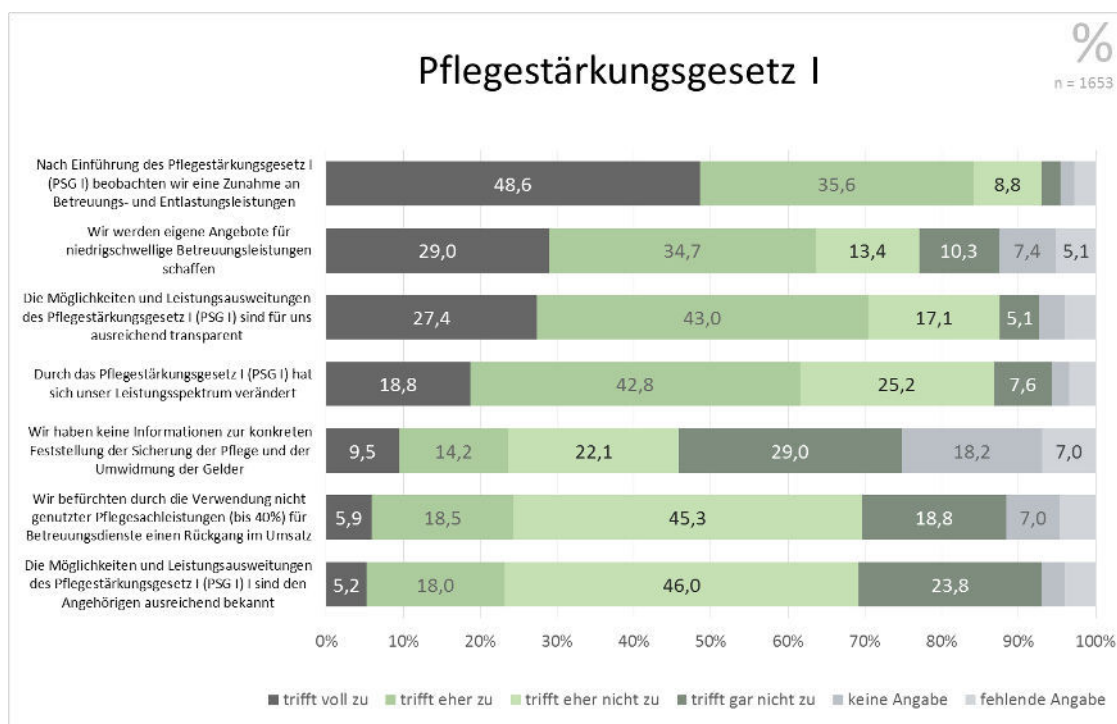


Abbildung 60: Einschätzungen zum Pflegestärkungsgesetz I

Wann und unter welchen Umständen eine Anpassung erfolgen kann, scheint bei 70,4 % der befragten Dienste mittlerweile ausreichend transparent zu sein. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass dennoch nicht gänzlich von einer geklärten Sachlage im Feld der ambulanten Dienste ausgegangen werden kann.

Dies zeigt sich auch in der Einschätzung, dass 23,7 % der ambulanten Dienste zustimmend angeben, dass sie keine hinreichenden Informationen zur konkreten Feststellung und Umwidmung der Gelder vorliegen haben. Demzufolge befürchten Teile der ambulanten Dienste auch, dass durch die neuen Regelungen Einbußen zu verzeichnen sein werden.

Sehr gering schätzen die ambulanten Dienste den Informationsgrad bei den Angehörigen ein. Dies verweist auf die herausgehobene Bedeutung der umfassenden Beratung, die sichergestellt werden muss, wenn leistungsberechtigte Personen die Möglichkeiten neuer Gesetzgebungen auch in konkrete Veränderungen bei der Beantwortung ihrer Bedarfe überführen sollen.

5.7.2 Einschätzungen zu den Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II

Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) ist erst am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Zum Zeitpunkt der Befragung lagen demnach nur die Eckdaten der Gesetzgebung und der Planungen im Rahmen eines öffentlich zugänglichen Entwurfs vor. Für eine Einschätzung zu konkreten wahrgenommenen Veränderungen konnten demnach in dieser Studie keine Ergebnisse zusammengetragen werden.

Im Gesetz wurden zahlreiche Neuerungen aufgenommen, die u.a. mit zusätzlichen Beratungsleistungen, Veränderungen bei der Hilfsmittelbeantragung, einer veränderten Dynamisierung der Finanzierung in Verbindung stehen.

Im Zentrum aber steht eine Veränderung der Systematik der Einstufung der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsverfahren und die damit verbundene Umstellung von drei Pflegestufen auf insgesamt fünf Pflegegrade, die sich auf sechs unterschiedliche Kernbereiche der Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfe begründen, werden zum 1. Januar 2017 wirksam werden. Mit diesen Veränderungen wurde eine lange geforderte Neustrukturierung vorgenommen, die im Kern eine Abwendung von der primär auf funktionalen Fähigkeiten ausgerichteten Einstufungspraxis bedeutet.

Im Pflege-Thermometer 2016 sollten Fragen zur derzeitigen Wissens- und Informationsbeschaffung sowie Einschätzungen zu den Erwartungen, die mit der Neuerung verbunden werden, erfragt werden. Angesichts der breit geführten Diskussion und des tatsächlichen Reformcharakters überrascht, dass zum Zeitpunkt der Befragung lediglich 23,1 % voll zustimmend angaben, dass sie bezüglich der Änderungen durch das PSG II gut informiert sind. Weitere 44,3 % geben an, dass sie sich tendenziell eher gut informiert fühlen. Mit 27,3 % ist es mehr als jeder vierte Pflegedienst, der hier offenbar keine hinreichende Informationsbasis für sich schaffen konnte. Eine Auseinandersetzung mit dem neuen Begutachtungsinstrument ist zum Zeitpunkt der Befragung bei 43,5 % der ambulanten Dienste nicht umfassend erfolgt, gleichwohl die Einstufungen zur Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund der Umsatzhöhe der ambulanten Dienste durch die Beantwortung von Pflegebedürftigkeit eine zentrale Bedeutung hat.

Gründe für diese überraschende Einschätzung wurden nicht erfragt, sodass nicht spezifisch beantwortet werden kann, ob hier seitens der Organisationen noch keine Zeit mit der inhaltlichen Beschäftigung zur Verfügung stand oder ob die vorliegenden Informationen für eine Bewertung nicht ausreichend erscheinen. Dass generell keine Information zur Verfügung steht, kann angesichts der breiten Diskussionen, der zahlreichen Publikationen, Stellungnahmen von Verbänden und Parteien und der Informationsbemühungen seitens des Bundesministeriums für Gesundheit eigentlich ausgeschlossen werden.

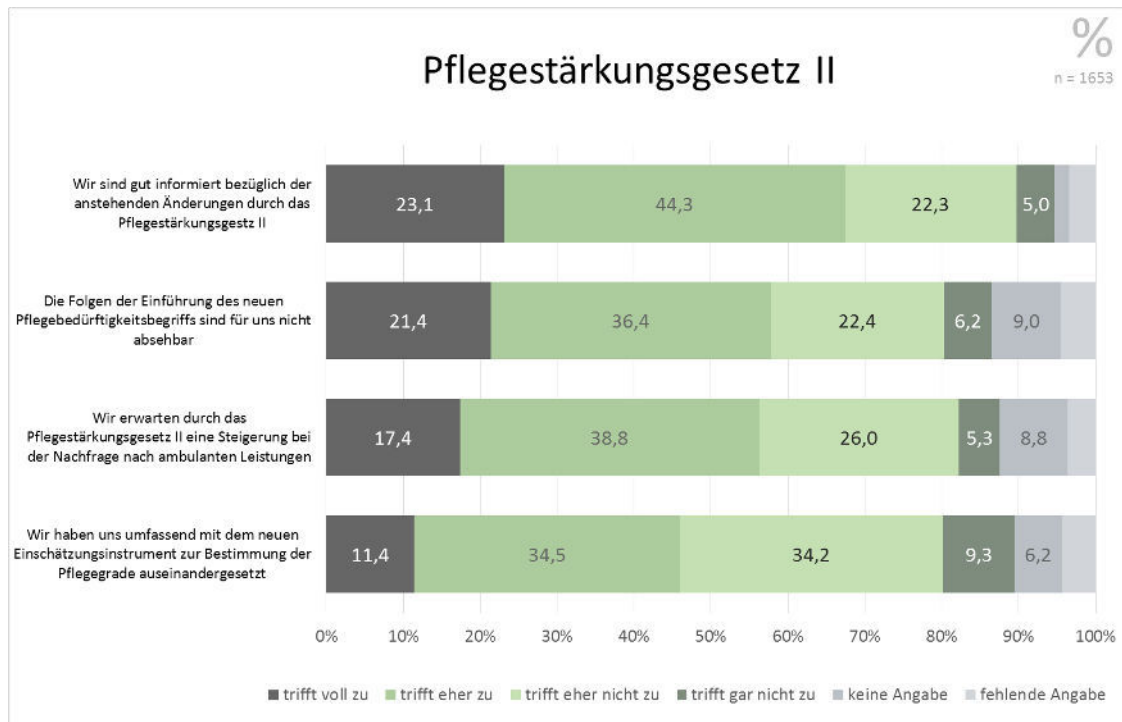


Abbildung 61: Einschätzungen zum Pflegestärkungsgesetz II

Bezüglich der Erwartungen, die mit der Einführung des PSG II verbunden werden, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der ambulanten Dienste angibt, dass konkrete Folgen aktuell nicht absehbar erscheinen (57,8 %). In der Tendenz aber überwiegen die positiven Erwartungen bezogen auf eine Steigerung der Nachfrage nach ambulanten Leistungen (56,2 %).

5.7.3 Einschätzungen zu den Auswirkungen der Entbürokratisierung

Die Versorgung und Betreuung von Menschen in der Häuslichkeit erfordert einen systematischen Dokumentationsaufwand, der mit der Nachweispflicht der Erbringung der Leistungen (Abrechnungsrelevanz) sowie mit der pflegfachlichen Planungs- und Verlaufsdocumentation (Pflegeplanung) in Verbindung gebracht werden kann.

Zentrales Thema waren daher seit vielen Jahren die Fragen um den Grad der notwendigen Dokumentation, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können. Auf der einen Seite bedeutet Dokumentation nicht zugleich unnötige Bürokratie, so sie handlungsleitend ist und zur Versorgungsstabilität beiträgt. Auf der anderen Seite aber bindet die Dokumentation Zeiten, die für die konkrete Versorgung vor Ort nicht aufgewendet werden kann. Die allgemeine Zunahme an bürokratischem Aufwand und Dokumentationsleistungen wurde daher auch in der Pflege umfassend geführt und angesichts der oftmals begrenzten Zeiten für die Klient*innenversorgung als besonders relevant angesehen.

Da die Dokumente als Grundlage für die Prüfverfahren zur Pflegequalität durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, die Heimaufsichten, der Abrechnungs- und

Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen, sowie der pflegefachlichen Absicherung dienen, musste ein übergreifender Ansatz entwickelt werden, der allen Perspektiven zugleich Rechnung tragen kann und Anwendung findet.

Im Bundesministerium für Gesundheit wurde aus diesem Grunde eine eigene Stelle einer Ombudsfrau geschaffen, die Eingaben und Vorschläge der Praxis systematisiert und im Oktober 2013 vorgelegt hat, um eine relevante Reduzierung der Dokumentationsleistungen zu ermöglichen. In Abstimmung mit zahlreichen Akteuren und Beteiligten wurde ein Modell zur reduzierten Dokumentation der Pflege entwickelt.

In diesem Kontext wurde eine „Strukturierte Informationssammlung (SIS)“ (Beikirch et al. 2014) entwickelt, die entlang von fünf Themen eine Risikobewertung für die Klient*innen ermöglicht.

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat im Rahmen einer Verbreitung und Informationskampagne zu dem entbürokratisierten Verfahren Anfang 2015 eine zentrale Stelle geschaffen, die neben Informationsmaterial auch Schulungen anbietet. Ein Projektbüro ist für die Koordination der bundesweit angelegten Aktivitäten verantwortlich. Mit Stand Oktober 2015 nahmen bereits über 30 % aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland am Projekt teil (7.500 Einrichtungen). Daher ist davon auszugehen, dass sich das Modell in naher Zukunft in einer breiten Anwendung befinden wird. Eine Evaluation der konkreten Auswirkungen soll erfolgen und wurde zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts ausgeschrieben.

Im Kontext des Pflege-Thermometers sollte in Erfahrung gebracht werden, wie die ambulanten Dienste die Maßnahme selbst einschätzen und welchen Wirkungsgrad sie sich von der Maßnahme versprechen.

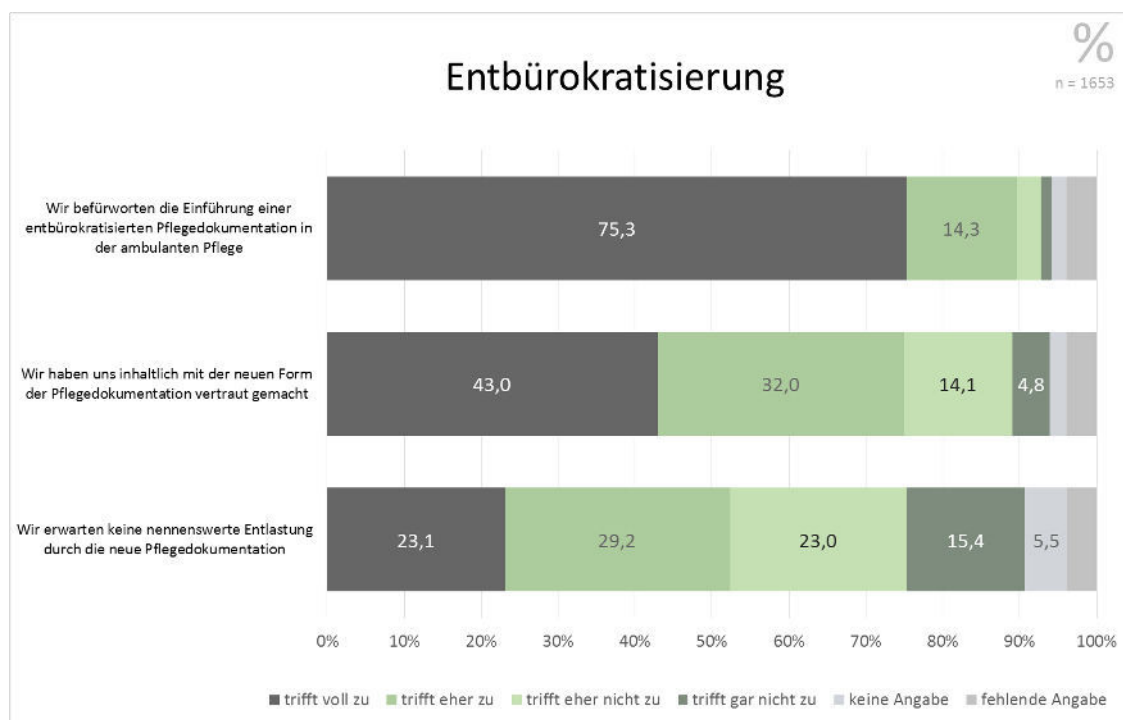


Abbildung 62: Einschätzungen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Insgesamt zeigt sich, dass die Maßnahme eine breite Befürwortung erfährt. 75,3 % geben hier vollumfänglich an, dass sie die Einführung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation befürworten. Weitere 14,3 % befürworten dies darüber hinaus tendenziell ebenso. Eine Ablehnung erfährt die Maßnahme insgesamt lediglich bei 4,6 % der befragten Einrichtungen.

Ebenso scheint es, dass sich zahlreiche Dienste bereits mit den Inhalten vertraut gemacht haben. Hier geben 43 % die volle Zustimmung und weitere 32 % eine tendenziell positive Zustimmung.

Anders gelagert verhält es sich bei der Bewertung zum erwarteten Outcome. Rund die Hälfte der Befragten erwartet durch die Anwendung tatsächlich eine nennenswerte Entlastung (52,3 %). Dem stehen 38,4 % gegenüber, die hier offensichtlich keine bedeutsame Erleichterung sehen.

Im Kontext der weiter oben beschriebenen Problematik der Abrechnungs- und Verwaltungspraxis zeigen die ambulanten Pflegedienste deutlich einen weiteren Entbürokratisierungsbedarf auf. Drei von vier Diensten stimmen vollumfänglich zu, dass sie eine Entbürokratisierung des Beantragungswesens benötigen.

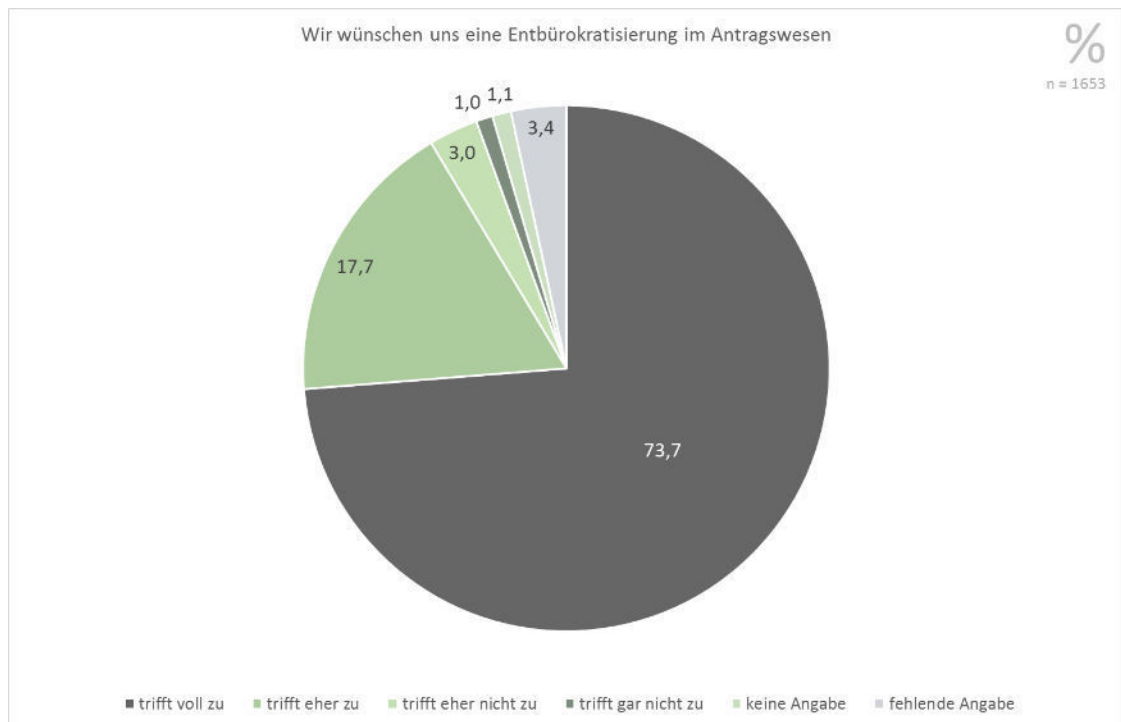


Abbildung 63: Einschätzungen zur Entbürokratisierung des Antragswesens 1

Auch im Bereich der Abrechnungspraxis, die, wie dargelegt, zu zahlreichen Problem-bereichen und Instabilitäten der Leistungserbringung führt, sehen die ambulanten Dienste einen erheblichen Bedarf im Rahmen einer Entbürokratisierung.

In diesem Themenbereich sind es 72,5 %, die vollumfänglich zustimmen, dass sie eine Entbürokratisierung befürworten würden.

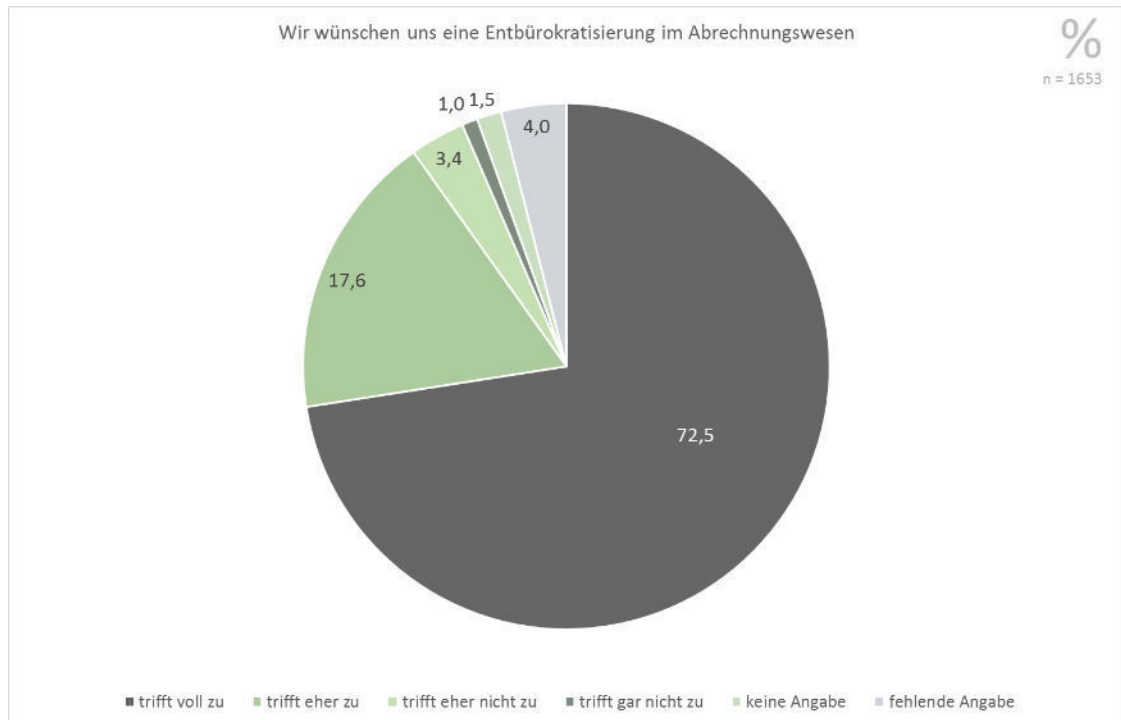


Abbildung 64: Einschätzungen zur Entbürokratisierung des Abrechnungswesens 2

In der Zusammenfassung dieser Thematik kann vor dem Hintergrund der Einschätzungen festgehalten werden, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit getroffenen Maßnahmen im Feld gut ankommen und angenommen werden. Sie werden zu einer breiten Umsetzung der neuen Informationssammlung führen. Die Wirkungen dabei bleiben begrenzt, wenn nicht nachfolgend an den anderen Baustellen einer notwendigen Entbürokratisierung gearbeitet wird, welche nicht minder bedeutsam erscheint.

6 Schlussbetrachtung und Empfehlungen

Das folgende Kapitel stellt mögliche fachliche und gesundheitspolitische Handlungskonsequenzen zur Diskussion.

Dabei sollen Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden, die sich einerseits auf die Ergebnisse der Studie konkret stützen und zugleich auch über die Ergebnisse hinausreichen, indem sie relevante Debatten miteinbeziehen. Die nachfolgend benannten Handlungsempfehlungen umfassen dabei unterschiedliche Ebenen und Akteure. Sie sind einerseits den ambulanten Diensten zuzuordnen, die unterschiedliche Strategien bezüglich der eigenen Arbeit und Personalpolitik entwickeln müssen. Zugleich sind hier Handlungsempfehlungen an die Kostenträger und die Politik adressiert. Neben den nachfolgend aufgeführten Empfehlungen, die einen unterschiedlichen Detaillierungsgrad aufweisen, sind weitere denkbar. Im Zuge der Zielführung der Studie, die einen Anstoß für die weitere Diskussion darstellen soll, wurde hier eine Begrenzung auf wenige, aber zentrale Aspekte vorgenommen.

6.1 Empfehlung I: Pflegeausbildung und Bildungsplanung stärken

Deutlich zeigt sich in den Ergebnissen, dass die ambulanten Pflegedienste eine erhebliche Personallücke haben, die sie aktuell nicht schließen können. Dies drückt sich in der hohen Anzahl der offenen gemeldeten Stellen aus und beeinflusst neben der Erlösseite der Dienste auch die Personalbelastung vor dem Hintergrund steigender Komplexität in den pflegerischen Situationen. Erhöhte Belastungsparameter aus dem Bereich der Krankheitskennzahlen zeigen die Belastung an. Das anvisierte Wachstum der Dienste sowie die zu erwartenden Steigerungen in der Versorgung in der Bevölkerung werden durch diesen Personalmangel ausgebremst. Mittelfristig müssen rund 15 % der Beschäftigten in den Pflegeberufen altersbedingt ersetzt werden. In der Gesamtheit zeigt sich, dass eine kurzfristige Entlastung wenig bis gar nicht erwartbar erscheint und der bestehende Fachkraftmangel sich in den Folgejahren fortsetzen und ggf. sogar zuspitzen wird. Dies kann zu einer Problematik in der Versorgung der Bevölkerung führen.

Dringend zu empfehlen ist, die Anstrengungen zur Ausbildung zu erhöhen. Dies betrifft einerseits die Betriebe selbst. Die durchschnittliche Anzahl an Schüler*innen der Altenpflege in den ambulanten Diensten liegt bei 1,6. Für den Oktober 2015 wurde eine leichte Erhöhung beschrieben, die zu einer lediglich graduellen Veränderung führen wird, sodass im Durchschnitt 1,7 Schüler*innen aufgenommen werden. Numerisch entspricht dies einem Anstieg von rund 140 Schüler*innen auf 2.140 insgesamt. Dieses Potenzial wird nicht ausreichen, um die Bedarfe zu decken und eine faktische Entlastung zu erzeugen. Dies scheint den ambulanten Diensten bewusst zu sein und rund 58 % geben an, zukünftig verstärkt ausbilden zu wollen, um den eigenen Nachwuchs zu qualifizieren.

Bislang konnten lediglich die Schüler*innen in der Altenpflege in Kooperation mit anderen Trägern der Ausbildung in den ambulanten Diensten qualifiziert werden. Mit den sich abzeichnenden Veränderungen im Rahmen der Verabschiedung des Pflegeberufsgesetzes und der Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung ab 2018 oder 2019 werden hier neue Möglichkeiten geschaffen, die dringend zu nutzen sind. Die ambulanten Dienste müssen sich einzeln oder in Verbünden zukünftig verstärkt auch in der Trägerschaft der Ausbildung engagieren, um an den Ausbildungsprozessen entsprechend partizipieren zu können und dazu beizutragen, dem Personalmangel in diesem Bereich entgegenzutreten.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die in den Krankenpflegeschulen der Krankenhäuser vorhandenen Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflegende primär unter dem Fokus der Rekrutierung und Versorgung der Krankenhäuser mit eigenem Personal besetzt wurden. Eine übergeordnete Verantwortungsübernahme für die Ausbildung der beiden anderen Sektoren (ambulante Pflege, teil-/vollstationäre Pflege) ist hier seitens der Krankenhäuser nicht erkennbar gewesen. Anders lassen sich die seit Jahren stagnierenden Kennzahlen der Ausbildungsplätze in den Krankenhäusern angesichts des dynamischen Marktes der Versorgung im Rahmen steigender Pflegebedürftigkeit und eines sich bereits länger abzeichnenden Fachkräftemangels nicht interpretieren. Zwischen 2004 und 2014 wurden annähernd gleiche, in der Zwischenzeit sogar eine deutlich abgesenkte Anzahl an Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege beobachtet. 2004 gab es 71.357 Ausbildungsplätze für Auszubildende in der Krankenpflege, in 2009 (Tiefststand im Beobachtungszeitraum) 66.447 und in 2014 wiederum 70.582 Ausbildungsplätze. Die fehlende Dynamisierung und am Bedarf der Gesamtversorgung ausgerichtete Anpassung bekommen die ambulanten Dienste aktuell zu spüren – sie können nicht mehr hinreichend Personal rekrutieren.

Es bedarf daher jenseits einer betriebsinternen Aufstockung der Ausbildungsplätze in der Zukunft einer generellen Perspektive und Förderung des Nachwuchses in diesem Sektor, um die Bedarfe aller Sektoren möglichst gleichrangig zu bedienen. Dies setzt auch eine sektorenübergreifende Betrachtung und Bemessung der Ausbildungskapazität voraus, wie sie aktuell nicht gegeben ist. Daher müssen Instrumente und Verfahren entwickelt werden, die eine sektorenübergreifende und *bundesweite* Ermittlung von Bedarfskennzahlen ermöglichen, um eine bedarfsgerechte Ausbildungsplatzplanung zu etablieren. Im Interesse der Sicherstellung der Bevölkerung mit pflegerischer Expertise müssen hier im Rahmen einer umfassenden Pflegeberichterstattung Maßnahmen ergriffen werden, um die Sektorenorientierung auch an dieser Stelle zu durchbrechen.

Die konkrete Umsetzung einer Steigerung der Ausbildungsplätze setzt u. a. eine deutlich erhöhte Ausbildungsbereitschaft der Krankenhäuser voraus und beinhaltet auch

ein erhöhtes Engagement der Krankenkassen bei der Beteiligung der mit erhöhter Ausbildung verbundenen Kosten im Rahmen der neu geplanten Fonds.

6.2 Empfehlung II: Teilzeitarbeit reduzieren

Die beschriebene Mangelsituation im Fachkräftebereich der Pflege wird nur bedingt durch eine Erhöhung der Ausbildungszahlen zu kompensieren sein. Insbesondere können die damit verbundenen Maßnahmen erst mittelfristig wirksam werden, da die Qualifizierungswege Zeit benötigen und auch bei einer sofortigen Erhöhung der Ausbildungszahlen Absolvent*innen aus den Ausbildungsstätten erst frühestens im Oktober 2019 zur Verfügung stehen könnten. Angesichts einer hohen Teilzeitquote in der Beschäftigung bedeutet die Besetzung einer Vollzeitstelle immer die Einstellung gleich von mehreren geeigneten Personen. Die damit verbundene Kapazitätserhöhung in der Ausbildung und Qualifizierung wird auch langfristig nicht zu stabilisieren sein.

Ein Augenmerk muss demzufolge auch auf die betriebsinterne Steuerung und die mittelfristige Reduzierung der Teilzeitbeschäftigung gelegt werden. Hier sind Arbeitspotenziale vorhanden, die aktuell nicht umfassend abgerufen werden oder abgerufen werden können.

In der Pflegestatistik 2013 wird für die ambulanten Dienste in der Altenpflege ein Anteil an Vollzeitkräften von 38,7 % angegeben. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden in der ambulanten Pflege sind es 32,9 % und bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden 30 %. Damit weist die ambulante Pflege eine im Vergleich z. B. zum Krankenhaus deutliche niedrigere Quote an Vollzeitbeschäftigung unter den Pflegenden auf.

Die Personalstellen im Leistungsbereich „Grundpflege“, in dem die Pflegenden überwiegend arbeiten, erlauben keine berufsgruppenspezifische Analyse. In der Pflegestatistik machen sie mit insgesamt 219.400 Personen einen Anteil von rund 70 % der Anzahl der Gesamtbeschäftigten aus. Mit einer Vollzeitstelle werden hier nur rund 24 % ausgewiesen. Im Bereich der 75 %-100 %-Stellen sind es weitere 28 %. Der Anteil der 50 % bis unter 75 %-Stellen liegt ebenfalls bei rund 28 %. 11 % der Beschäftigten haben einen Stellenanteil von 25 %-50 % und 9 % einen Stellenanteil von unter 25 %. Damit ist jeder fünfte Beschäftigte im Umfang von weniger als einer halben Stelle angestellt.

Differenziertere Werte, die eine Entwicklungslinie erkennbar werden lassen, liegen für die jeweiligen Berufe nicht für alle Bundesländer oder in einer Übersicht über Deutschland vor. Es gibt aber orientierende Kennzahlen aus Nordrhein-Westfalen. Da es sich um das einwohnerstärkste Bundesland handelt und hier rund 20 % aller ambulanten Pflegedienste tätig sind, können hier weitere Hinweise gewonnen werden. Im Rahmen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW, einer zyklischen

Untersuchungsreihe zur Feststellung der Ausbildungskennzahlen und der Entwicklungen in den Pflege- und Gesundheitsberufen, werden die Anteile der Vollzeitbeschäftigten in den Sektoren und den Berufen ausgewiesen. Hier kann beobachtet werden, dass in 2001 in den ambulanten Diensten noch 50 % der Altenpflegekräfte in Vollzeit angestellt waren. 2013 waren es hingegen nur noch 34,5 %. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden sank der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 40,5 % auf 33,6 %. In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege lässt sich ebenfalls eine Reduzierung erkennen. Hier sank der Anteil im Beobachtungszeitraum von 38,3 % auf 29 %.

Die ambulanten Dienste geben an, dass sie in hohem Maße auf Teilzeitstellen angewiesen sind, um die Kernarbeitszeiten sowie Wochenend- und Feiertagsdienste abzusichern. Sie beziffern den Bedarf an Teilzeitstellen auf insgesamt rund 60 % der Beschäftigten. Die Kennzahlen der Pflegestatistik 2013 aber weisen einen Anteil von rund 75 % auf. Die prinzipielle Notwendigkeit der Teilzeitarbeit ergibt sich aus der Logik der Versorgungszeiten und stellt aus betrieblicher Sicht darüber hinaus eine Reduzierung der Risiken dar, wenn z. B. ein krankheitsbedingter Personalausfall zu verzeichnen ist.

Die Bedingungen der Arbeit und die Versorgungszeiten indes haben sich nicht substantiell verändert. Sie können daher nur bedingt erklärend für den teilweise sehr deutlichen Rückgang der Vollzeitbeschäftigung angeführt werden. Ein Erklärungsgrund könnte bei den Beschäftigten selbst liegen, die ggf. keine umfangreichere Beschäftigung anstreben. Dazu liegen aus der Studie keine Ergebnisse vor. Ein anderer Grund kann in der betriebswirtschaftlichen Kopplung von Personalausgaben und Einnahmen liegen. Teilzeitstellen können „bei Bedarf“ vom Umfang her oder mittels der Ableistung von Überstunden erhöht werden und somit direkt an das jeweilige Leistungsgeschehen und die Erlössituationen gekoppelt werden. Sinkt die Anzahl der betreuten Klient*innen, kann die Stelle wieder auf die ursprüngliche Vereinbarung rückgeführt werden.

An dieser Stelle soll der nachdrückliche Hinweis erfolgen, dass es angesichts des Personalmangels primär darum geht, die im Betrieb vorhandenen Kapazitäten vollumfänglich auszuschöpfen, da weder auf dem Arbeitsmarkt noch auf der Ausbildungsseite Ressourcen vorhanden sind, die die Bedarfe decken können. Eine Reduzierung von Teilzeitarbeit bedeutet dabei nicht automatisch die Umwandlung in Vollzeitstellen, aber die Erhöhung der Anteile der Beschäftigung. Jeder zugewonnene Anteil kann eine Verminderung der Belastung der Mitarbeitenden bedeuten, kann Überstunden reduzieren oder auch garantierte Ruhepausen und Erholungsphasen (Wochenenden) der Mitarbeitenden absichern.

Zu empfehlen sind daher die vermehrte Ausschreibung von Vollzeitstellen, die Entfristung von Arbeitsverträgen und die Schaffung von zusätzlichen Anreizsystemen, die eine höhergradige Beschäftigung für die Mitarbeitenden interessant erscheinen lässt. Dies können z. B. zusätzliche Bildungsangebote sein (bezahlte Fortbildungen,

Teilnahme an Tagungen/Kongressen etc.), finanzielle zusätzliche Anreize (betriebliche Altersvorsorge/Leistungszulagen/Flexibilitätsbonus) oder auch Hilfestellungen im Umfeld (Suche/Organisation von Kinderbetreuung etc.)

6.3 Empfehlung III: Leistungszuschläge aufnehmen

Die Studie zeigt, dass die ambulanten Pflegedienste eine Vielzahl an Leistungen erbringen, die nicht oder nur zum Teil durch das Leistungsrecht abgesichert sind. Die damit verbundenen finanziellen Aufwände gehen, wenn sie nicht von den Privathaushalten getragen werden können, zu Lasten der Betriebe und mindern damit u. a. die Möglichkeiten, strategisch bedeutsame Investitionen vornehmen zu können.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurde die Möglichkeit verpasst, die Beratungsleistungen zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden an reale Aufwendungen anzupassen. Die Vergütung für die Beratung im Rahmen des § 37 Abs. 3 SGB XI beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 32 Euro. Angesichts der geforderten fachlichen Qualifikationen, die mit dem Beratungseinsatz verbunden sind, bleibt dies eine insgesamt unterfinanzierte Leistung. In der Praxis müssen demnach entweder Kopplungen mit anderen Leistungen erfolgen (z. B. mit der häuslichen Schulung nach § 45) oder aber der Beratungsbesuch muss zeitlich stark eingegrenzt werden.

Beratungsleistungen aber sind ein elementarer Bestandteil der pflegerischen Arbeit und werden angesichts komplexer werdender Situationen zunehmend bedeutsam. Eine Anpassung der rechtlichen Möglichkeiten und Finanzierungsspielräume an diese Wirklichkeit sind dringend geboten und im Zuge weiterer Reformen, etwa im Kontext des Pflegestärkungsgesetzes III, vorzunehmen.

Eine gesetzlich festgeschriebene Vergütung entspricht dabei nicht der notwendigen Flexibilität in der Leistungserbringung und kann die bestehenden Problemlagen nicht lösen. Es würden daher Über- oder Unterfinanzierungsproblemlagen weiterhin festgeschrieben werden. Vorgeschlagen wird daher eine Entkopplung der Beratungsleistungen von den Pflegestufen resp. Pflegegraden, da diese keine kausale Beziehung zum Beratungsaufwand darstellen. Leistungszuschläge, die mit dem Nachweis erhöhter Beratungstätigkeiten verbunden werden könnten, stellen einen möglichen Weg dar und könnten im Rahmen von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen eingeführt werden.

Ein weiterer Teilaspekt einer notwendigen Anpassung betrifft die Sicherung der Pflege in der Fläche. Die ambulanten Pflegedienste agieren überwiegend in einem Radius von bis zu 16 km. Längere Anfahrtswege, die mit einem höheren Zeitaufwand verbunden sind, sind potenziell unterfinanzierte Einsätze. Insbesondere in den ländlichen Regionen aber ergeben sich häufiger längere Fahrwege und damit eine Tourenplanung, die weniger Klient*innen einbeziehen kann als in den Ballungsräumen.

Im Rahmen der Sicherung der Pflege müssen hier Zuschlagsregelungen entwickelt werden, die es den ambulanten Diensten ermöglichen, ihre Leistungen kostendeckend zu erbringen. Die Gefahr, dass Klient*innen aufgrund des Wohnorts keinen Zugang zu ambulanter Versorgung bekommen können, ist hier nicht auszuschließen.

Eine Hausbesuchspauschale wird im Rahmen der Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen zwar vereinbart, sie hat aber statischen Charakter und kann nicht individuell angepasst werden.

Im Bereich der ärztlichen Versorgung wurden sogenannte Sicherstellungszuschläge zur ländlichen Versorgung vereinbart. Damit wurde ein möglicher Weg aufgezeigt, der auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung aufgegriffen werden könnte.

6.4 Empfehlung IV: Netzwerkarbeit strukturiert befördern

Die Entwicklung zukunftsfähiger Sozialraumstrukturen und eine damit verbundene Überwindung der primär dual ausgerichteten Versorgungsformen der ambulanten oder teil-/vollstationären Einrichtungen wird in zahlreichen Gutachten, Stellungnahmen und politischen Beschlüssen hervorgehoben. Die zuständige Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat dazu bereits 2011 festgehalten:

„Von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung und Anpassung der sozialen Infrastruktur im demografischen Wandel sind immer mehr passgenaue Quartiers- und Stadtteilkonzepte. Hierbei werden fachzielübergreifende Gesamtkonzepte benötigt, um soziale Infrastrukturen möglichst flexibel und bedarfsgerecht planen zu können. Sie sollten unter anderem Konzepte für das unabhängige und barrierearme Wohnen auch im Wohnumfeld, ausreichende soziale Versorgungsstrukturen im Quartier, in der Nachbarschaft, im Stadtteil auch mit Gütern des täglichen Bedarfs und hinreichende quartiersbezogene Dienste für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie der Vorrang von ambulanten vor stationären Pflegeangeboten enthalten. Sie gilt es mit den Angeboten der Alten- und Seniorenpolitik zu vernetzen. [...] Die Länder können die Kommunen dabei mit einem fachübergreifendem Gesamtkonzept in einem offenen Prozess bedarfs- und praxisorientiert unterstützen. Die Themen Wohn- und Pflegeberatung, die Schaffung von Quartiersstützpunkten, die stationäre und ambulante Pflegeinfrastruktur und haushaltsnahe Dienstleistungen werden dabei eine Rolle spielen“ (Länderoffene Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011, 128/46).

In der Studie wurden die Grenzen deutlich, die im Rahmen der Mitarbeit und Entwicklung im Sozialraum aus der Perspektive der ambulanten Dienste vorliegen. Hier bestehen offensichtlich unzureichende Ressourcen, um eine aktive Rolle übernehmen zu können. Konzeptentwicklungen und eine strukturierte Mitarbeit, die über einen Informationsaustausch hinausgehen, sind i. a. R. von den Diensten nur selten zu realisieren.

Ebenso lässt sich aufzeigen, dass zahlreiche ambulante Pflegedienste derart ins Tagesgeschäft eingebunden sind, dass sie nicht nur bei den Entwicklungen kaum gestaltend einwirken können, sondern dass ihnen auch entscheidende Informationen diesbezüglich fehlen.

Netzwerkbildung ist keine triviale Angelegenheit, sondern in komplexer Weise voraussetzungsvoll. Die Faktoren des Gelingens bzw. des Scheiterns können aus Sicht der Forschung mittlerweile signifikant benannt werden. Von Bedeutung für das Gelingen sind dabei nicht nur rechtliche Rahmenbedingungen und ökonomische Anreize, sondern insbesondere kulturelle Fragen, die auf Haltungen der handelnden Personen und auf kollektiv geteilten Normen und Werten, Wahrnehmungen und Orientierungen basieren. Das setzt eine regelmäßige Kommunikationsstruktur und eine stabile gemeinschaftliche Arbeit voraus.

Wenn Entwicklungen im Zuge einer kommunalen und stärker auf die regionalen Bedarfe hin ausgerichteten Entwicklung in Kooperation mit ambulanten Diensten angestoßen werden sollen, so bedarf es auch einer eigenen Förderpolitik für die Netzwerkbildung und einer Grundlage bei der Übernahme konzeptioneller Arbeiten.

Ohne eine Förderung der ambulanten Pflege auf dieses Aufgabenspektrum bezogen werden die Ansätze auf einer theoretischen Ebene verbleiben und ihren appellativen Charakter nicht überwinden können.

6.5 Empfehlung V: Entbürokratisierung fortführen

Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers heben die Bedeutung, die eine Entbürokratisierung insgesamt im Kontext einer Arbeitserleichterung und -bewältigung einnimmt, hervor.

Mit einer nahezu vollständigen Zustimmung der Dienste wird daher auch die durch das Bundesministerium für Gesundheit initiierte Neustrukturierung der pflegerischen Informationssammlung begrüßt. Mit einer weiteren Verbreitung in der ambulanten Pflege kann angesichts der hohen Zustimmungswerte zur neuen Pflegedokumentation und der Anzahl der Dienste, die sich inhaltlich damit beschäftigt haben, gerechnet werden. Die Einschätzungen zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen aber zeigen auf, dass dies aus Sicht der Dienste nur einen ersten Teilschritt bedeuten kann, der isoliert nicht zu einer umfassenden Entlastung im Kontext einer stark bürokratisierten Arbeit führen wird.

Nicht zuletzt bedeuten die jeweiligen Anpassungen des Leistungsrechts und die Aufnahme neuer Leistungsformen durch Gesetzesreformen (im Bereich des SGB V sowie des SGB XI), dass neue Verfahrensweisen und Verfahrenswege geschaffen werden, die i. a. R. wiederum mit einem Aufbau an bürokratischem Aufwand verbunden sind. Damit werden Effekte, die auf der einen Seite erzielt werden, auf der anderen Seite wiederum abgeschwächt.

Als Empfehlung ausgesprochen werden kann an dieser Stelle, dass die Einführungen neuer Verfahren und Dokumente unter das Primat eines Bürokratieabbaus gestellt werden und Regeln entwickelt werden, die beschleunigte Verfahren ermöglichen.

Dringend geboten sind in diesem Zusammenhang weitere Neustrukturierungen, die im Zusammenhang mit dem Verordnungs- und Abrechnungswesen stehen. Hier wird ein hoher Handlungsbedarf deutlich, der in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen angegangen werden müsste, damit die Zeiträume für eine Bewilligung eingereicherter Verordnungen verkürzt und die Prüfungen reduziert werden können.

In diesem Zusammenhang kann auch ein Technikeinsatz fördernd einwirken. Die Ergebnisse zum Technisierungsgrad der ambulanten Dienste zeigen hier einen deutlichen Entwicklungsraum. Zwar besitzt fast jeder ambulante Pflegedienst eine spezielle Abrechnungssoftware, ein automatisiertes Anordnungs-/Rezeptwesen mit einer Vernetzung zu Ärzten und Sanitätshäusern aber geben nur 8 % der Dienste an. Das damit in Verbindung stehende Entbürokratisierungspotenzial kann hier durch einen höheren Technisierungsgrad realisiert werden.

Vorgeschlagen werden kann in diesem Zusammenhang die Aufnahme der Thematik in den Bereich der Förderstrukturen und Entwicklungen im Bereich der High-Tech-Strategie der Bundesregierung.

- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. o. A. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_03-2015.pdf, zuletzt geprüft am 17.12.2012.
- Bundestag (21.12.2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), vom Teil I Nr. 54, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2015. In: Bundesgesetzblatt, S. 2424–2463.
- Bundestag (17.12.2014): Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz–PSG I), vom Teil I Nr. 61, ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2014. In: Bundesgesetzblatt, S. 2222–2230.
- Bundestag (23.10.2012): Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) (2012), vom Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 29. Oktober 2012. In: Bundesgesetzblatt, S. 2246-2264.
- Bundestag (28.05.2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), vom Teil I Nr. 20, ausgegeben zu Bonn am 30. Mai 2008. In: Bundesgesetzblatt, Seite 874-906.
- Bundesverband privater Anbieter (bpa) (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) Bundestags-Drucksache 18/1798 und zum Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln Bundestags-Drucksache 18/1953. Berlin. Online verfügbar unter http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BUND/SGB_XI/bpa_Stellungnahme_1._PSG.pdf, zuletzt geprüft am 01.02.2016.
- Bundesversicherungsamt (2014): Tätigkeitsbericht 2014. Online verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/taetigkeitsberichte/TB-2014.pdf, zuletzt geprüft am 02.02.2016.
- Bundesversicherungsamt (2012): Tätigkeitsbericht 2012. Online verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/taetigkeitsberichte/TB-2012.pdf, zuletzt geprüft am 02.02.2016.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin, zuletzt geprüft am 24.11.2015.
- Deutscher Caritasverband e. V. (2014): Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Drs. 18/1789). Berlin und Freiburg. Online verfügbar unter <http://www.caritas.de/fuerprofis/presse/stellungnahmen/09-16-2014-reform-der-pflegeversicherung-durch-das-erste-pflegestaerku>, zuletzt geprüft am 12.01.2016.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (2015a): DGB-Index Gute Arbeit - Der Report 2015. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Multitasking, unzureichende Personalausstattung, Arbeit ohne Pause – Profilverkmale der Arbeitshetze. Berlin. Online verfügbar unter <http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++83f44c88-9428-11e5-8b1e-52540023ef1a>, zuletzt geprüft am 01.02.2015.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (2015b): DGB-Index Gute Arbeit - Der Report 2015 - Supplementband. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Die Branchenergebnisse der Repräsentativumfrage 2015 zum Thema: Multitasking, unzureichende Personalausstattung, Arbeit ohne Pause – Profilverkmale der Arbeitshetze. Berlin. Online verfügbar

unter <http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++8ede63c8-9990-11e5-9dfa-52540023ef1a>, zuletzt geprüft am 01.02.2015.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2012): Arbeitskräftemangel am Pflegemarkt: Zukunft weniger dramatisch als befürchtet. Sechs Fragen an Erika Schulz. Interview. In: DIW Wochenbericht o.A. (51-52), S. 18, zuletzt geprüft am 26.11.2015.

Ehrentraut, O.; Hackmann, T.; Krämer, L.; Schmutz, S. (2016): Zukunft der Pflegepolitik - Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Hg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn. Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12275.pdf>, zuletzt geprüft am 01.02.2016.

Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Schlussbericht. Drucksache 14/8800. Hg. v. Deutscher Bundestag. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/088/1408800.pdf>, zuletzt geprüft am 11.11.2015.

Gensicke, T.; Geiss, S. (2010): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und Bürgerschaftlichem Engagement. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. TNS Infratest Sozialforschung. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=165004.html>, zuletzt geprüft am 02.02.2016.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2015): Gesundheitsausgaben. Internationale Daten. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=51320&tk2=20420&p_uid=gast&p_aid=93991730&p_sprache=D&cnt_ut=11&ut=20473, zuletzt geprüft am 04.11.2015.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2015): Gesundheitsausgabenberechnung. Daten aus Deutschland. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51311&p_fid=1801&p_uid=gast&p_aid=93991730&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51311, zuletzt geprüft am 04.11.2015.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2015): Gesundheitspersonalberechnung. Daten aus Deutschland. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51311&p_fid=7036&p_uid=gast&p_aid=93991730&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51311, zuletzt geprüft am 04.11.2015.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2015): Pflegestatistik. Daten aus Deutschland. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51311&p_fid=416&p_uid=gast&p_aid=93991730&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51311, zuletzt geprüft am 04.11.2015.

GKV Spitzenverband der Pflegekassen (Hg.) (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest. Berlin.

Hauss, F.; Böttcher, S.; Selinger, Y. (2010): Ambulant vor stationär. Ein Konzept mit Zukunft. In: Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft 15 (2), S. 163–179, zuletzt geprüft am 23.11.2015.

Heintze, C. (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. Expertise im Auftrag des Forums Politik und Gesellschaft und der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Fried-

- rich-Ebert-Stiftung. Hg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn (WISO Diskurs - Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik). Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>, zuletzt geprüft am 23.11.2015.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter <http://www.generali-altersstudie.de/online/portal/gdinternet/altersstudie/content/815252/831512>, zuletzt geprüft am 12.09.2015.
- Klie, T.; Frommelt, M.; Schneekloth, U.; Behrend, S.; Göhner, A.; Heislbetz, C. et al. (2012): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB X. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Pflegeberatung. Band 10. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin.
- Länderoffene Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2011): Demografischer Wandel und soziale Infrastruktur. Bericht der von der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz eingesetzten länderoffenen Arbeitsgruppe. Hg. v. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.mgepa.nrw.de/media-pool/pdf/alter/ASMK-Bericht_-_Demographische_Wandel_und_soziale_Infrastruktur.pdf, zuletzt geprüft am 02.02.2016.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2013. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/landesberichterstattung-gesundheitsberufe-nordrhein-westfalen-2013/1812>, zuletzt geprüft am 02.02.2016.
- OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014. Hg. v. OECD Publishing. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en, zuletzt geprüft am 03.11.2015.
- Repschläger, U. (2012): Der Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland. In: U. Repschläger, C. Schulte und N. Osterkamp (Hg.): Gesundheitswesen aktuell 2012. Beiträge und Analysen. Berlin, S. 26–45. Online verfügbar unter <https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Publikationen/Gesundheitswesen-aktuell-2012/2-Repschlaeger-2012,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 15.11.2015.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In: GBE kompakt - Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 3 (2). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichtserstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 30.10.2015.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Gesundheit in Deutschland 2015. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 03.12.2015.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015): Barmer GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflege zu Hause. Hg. v. Barmer GEK. Siegburg (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36). Online verfügbar unter <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Pressportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/151117-Pflegereport/PDF-BAR-MER-GEK-Pflegereport-2015,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 23.11.2015.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R.; Unger, R. (2014): Barmer GEK Pflegereport. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Hg. v. Barmer GEK. Siegburg (Schriftenreihe zur

Gesundheitsanalyse, Band 29). Online verfügbar unter <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/141125-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2014,property=Data.pdf>, zuletzt geprüft am 07.11.2015.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Unter Mitarbeit von T. Klie, A. Göhner und B. Schuhmacher. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030/>, zuletzt geprüft am 11.11.2015.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsge-rechte Versorgung –Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn, Berlin. Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>, zuletzt geprüft am 11.11.2015.

Schmidt, M.; Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. TNS Infratest Sozialforschung. Berlin. Online verfügbar unter http://www.tns-infratest.com/SoFo/_pdf/2011_Abschlussbericht_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2015.

Simon, M. (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Online verfügbar unter http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2012.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) (27.12.2003. Zuletzt geändert am 21.07.2014): Sozialhilfe. Fundstelle: BGBl. I S. 3022.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) (26.05.1994. Zuletzt geändert am 17.12.2014): Soziale Pflegeversicherung. Fundstelle: BGBl. I S. 1014.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988,), vom 20.12.1988. Zuletzt geändert am 17.07.2015. Fundstelle: BGBl. I S. 2477.

Statistisches Bundesamt (2008): Pflegebedürftige heute und in Zukunft. Internetseite. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Soziales/2008_11/2008_11Pflegebeduerftige.html, zuletzt geprüft am 11.11.2015.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2015.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101119004.pdf;jsessionid=556675A7AA496DDE3D9CFC5CDF89FDB8.cae3?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2015.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2015.

Verband für häusliche Betreuung und Pflege e.V. (VHBP) (2015): Betreuung in häuslicher Gemeinschaft –Verband gibt wissenschaftliche Studien in Auftrag. Pressemitteilung. Bonn. Online verfügbar unter www.vhbp.de/.../Studie%20zur%20Versorgung%20in%20häuslicher%20..., zuletzt geprüft am 02.02.2016.

Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin (GBE kompakt, 3). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsK/2015_3_pflegerische_angehoerige.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 30.10.2015.

Anhang Fragebogen

Hinweis:

Sofern nicht anders beschrieben, füllen Sie die Kästchen, wie nachfolgend abgebildet aus ☒ X . In aller Regel soll pro Frage nur eine Antwort gegeben werden (sofern nicht ausdrücklich mit **Mehrfachnennung** gekennzeichnet). Nutzen Sie bitte zum Eintrag relevanter Kennzahlen die vorgegebenen Felder aus, indem Sie je eine Ziffer in ein Kästchen eingetragen. 1 2 . Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Fragebogen für die ambulanten Pflegedienste/ Sozialstationen der Kurzbegriff **“Pflegedienst”** verwendet.

Fragen zur Struktur Ihres Pflegedienstes

1.) In welchem Bundesland befindet sich Ihr Pflegedienst?			
☐ Baden-Württemberg	☐ Bremen	☐ Niedersachsen	☐ Sachsen
☐ Bayern	☐ Hamburg	☐ Nordrhein-Westfalen	☐ Sachsen-Anhalt
☐ Berlin	☐ Hessen	☐ Rheinland-Pfalz	☐ Schleswig-Holstein
☐ Brandenburg	☐ Mecklenburg-Vorpommern	☐ Saarland	☐ Thüringen

2.) Postleitzahl des Pflegedienstes (wird lediglich zur räumlichen Darstellung der Antwortenden verwendet)

3.) In welcher Trägerschaft befindet sich der Pflegedienst?		
Öffentliche Trägerschaft:		
☐ kommunaler Träger	☐ Freigemeinnützige Trägerschaft	☐ Private Trägerschaft
☐ sonstiger öffentlicher Träger (z.B. Land, höherer Kommunalverband)		

4.) Ist Ihr Pflegedienst in einem der folgenden Verbände Mitglied? (Mehrfachantworten möglich)		
☐ Arbeiterwohlfahrt oder deren Mitgliedsorganisation	☐ Deutscher Caritasverband oder sonstiger katholischer Träger	☐ Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB)
☐ Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege (ABVP)	☐ Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband oder dessen Mitgliedsorganisation	☐ Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland oder jüdische Kultusgemeinde
☐ Bundesverband ambulanter Dienste (BAD)	☐ Deutsches Rotes Kreuz oder dessen Mitgliedsorganisation	☐ keine verbandliche Einbindung
☐ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)	☐ Diakonisches Werk oder sonstiger der EKD angeschlossener Träger	☐ sonstige Verbände
☐ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	☐ Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW (LfK)	☐ _____

5.) Welche Leistungsarten bietet ihr Pflegedienst an? (Mehrfachnennungen möglich)
☐ Pflegedienst ausschließlich mit Leistungen nach SGB XI
☐ Pflegedienst mit Leistungen nach SGB XI und weiteren ambulanten Leistungen
☐ häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V
☐ Hilfe zur Pflege nach SGB XII (früher BSHG)
☐ sonstige ambulante Hilfeleistungen (z.B. Mobiler Sozialer Dienst, familienentlastender Dienst, Mahlzeitendienst)

6.) Welcher Art eines Pflegedienstes ordnen Sie sich zu? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Pflegedienst als eigenständiger Dienst **ohne weitere Anbindung** (solitär)
- ☐ Pflegedienst als eigenständiger Dienst **mit Anbindung an eine Geschäftszentrale** (einer von mehreren Standorten)
- ☐ Pflegedienst mit **träger eigenem** Angebot von Tagespflegeplätzen
- ☐ Pflegedienst **in Anbindung**. Anbindung an:
- ☐ eine stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) ☐ eine Wohneinrichtung (z.B. Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen)
- ☐ ein Krankenhaus, eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder ein Hospiz ☐ eine Einrichtung oder einen Dienst der Eingliederungshilfe (einschließlich Wohnheim für behinderte Menschen)

7.) Wie viele Tagespflegeplätze bieten Sie als trägereigenes Angebot ihres Pflegedienstes an?

aktuelle Anzahl der betreuten Klienten in der Tagespflege zum Zeitpunkt der Befragung	Anzahl von neu geplanten Tagespflegeplätzen in den nächsten 12 Monaten
---	--

8.) Welche der nachfolgenden Leistungen werden durch Ihren Pflegedienst **durchgeführt**? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Haushaltshilfe nach § 38 SGB V | ☐ Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI | ☐ Kooperative Hospizdienstleistungen (Trauerbegleitung) |
| ☐ Leistungen zur Haushaltsführung (Wäscheversorgung, Heizen, Einkaufen, Raumpflege) | ☐ Intensivpflegerische Versorgung (mit außerklinischer Beatmung) | ☐ Allgemeine Palliativversorgung mit gesondertem Versorgungsvertrag |
| ☐ Familienunterstützende Dienste | ☐ Betreuung AIDS-erkrankter Menschen | ☐ Allgemeine Palliativversorgung ohne gesonderten Versorgungsvertrag |
| ☐ Essen auf Rädern (Mobiler Mahlzeitendienst) | ☐ Spezialisierte psychiatrische Krankenpflege (ggf. Home Treatment) | ☐ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) [§ 132d SGB V] |
| ☐ Hausnotrufdienst | ☐ Gesonderte geronto-psychiatrische Betreuung | ☐ Zusatzleistungen, die privat bezahlt werden (bspw. Freizeitbegleitung/Urlaubsbegleitung etc.) |
| ☐ Kurse für Pflegenden Angehörige (§ 45 SGB XI) | ☐ Leistungen in einer ambulant betreuten Demenz-WG/ Wohngemeinschaft | ☐ Vermittlung osteuropäischer Haushaltshilfen |
| ☐ Schulungen in der Häuslichkeit für Pflegenden Angehörige (§ 45 SGB XI) | ☐ Spezialisierte Kinder- und Jugendkrankenpflege | ☐ Beratungen zu technischen Assistenzsystemen im Haushalt |
| ☐ Betreuungsleistungen/ Entlastungsleistungen gemäß § 45b SGB XI | ☐ 24-Stunden-Betreuung | ☐ Spezielle Leistungsangebote in Familien mit nicht-deutschsprachigen pflegebedürftigen Personen |

9.) Über welche technische Ausstattung verfügt ihr Pflegedienst? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ keine spezifische Technik außer PC in der Geschäftsstelle | ☐ Zugang zu vom Klienten genutzten Portalen/Apps mit Einsicht in Daten (z.B. Blutzucker-Werte) |
| ☐ spezielle Tourenplanungssoftware | ☐ Audio-/Video-Kommunikation mit Klienten (z.B. über Skype/ Web-Cam) |
| ☐ spezielle Abrechnungssoftware | ☐ telemedizinische Überwachung von Patientendaten (Vital- und Bewegungsdaten) vom Stützpunkt aus |
| ☐ spezielle Software zur Erstellung von Dienstplänen | ☐ telemedizinische Übermittlung von Daten (z.B. Wunddokumente/Bilder etc.) an Ärzte/Kassen |
| ☐ Dokumentenscanner zur Erstellung von elektronisch archivierten Akten | ☐ klientenbezogene Erinnerung für Therapien (bspw. kombiniert mit Aufforderungs- und Alarmfunktionen) |
| ☐ elektronische Dokumentation der Leistungen bei den Klienten vor Ort per Pad/Smartphone | ☐ automatisiertes Anordnungs-/Rezeptwesen mit Vernetzung mit Ärzten/ Sanitätshäusern |

Fragen zur Klientenversorgung

10.) Bitte nennen Sie die aktuelle Gesamtzahl aller betreuten Klienten Ihres Pflegedienstes			
11.) Bitte nennen Sie die jeweilige aktuelle Anzahl der betreuten Klienten nach Leistungsart			
Pflegebedürftige SGB XI (nur Verträge), keine Visiten §37 Absatz 3 SGB XI / Schulungen § 45 SGB XI	Patienten mit häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	Klienten mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII (früher BSHG)	
12.) Wie hat sich die Anzahl der von Ihnen betreuten Klienten in 2015 gegenüber dem Vorjahreszeitraum in 2014 entwickelt? (Bitte Prozentwerte als realitätsnahe Schätzung abgeben)			
% Zunahme an Versorgung von Pflegebedürftigen nach SGB XI	% Zunahme an häuslicher Krankenpflege/ Haushaltshilfe nach SGB V	% Zunahme an Klienten mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII	
% Abnahme an Versorgung von Pflegebedürftigen nach SGB XI	% Abnahme an häuslicher Krankenpflege/ Haushaltshilfe nach SGB V	% Abnahme an Klienten mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII	
13.) Fragen zu den Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI			
Anzahl der betreuten Klienten mit Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI	Anteil der Klienten, die aktuell Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI wahrnehmen (im Verhältnis zu allen Klienten, die anspruchsberechtigt wären).		
14.) Bei wie viel Prozent der Fälle, in denen Sie einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, halten Sie die pflegerische Versorgung aus Ihrer fachlichen Expertise heraus für nicht sichergestellt?			
Anteil der Klienten mit Beratungsbesuchen, in denen aus Ihrer pflegefachlichen Einschätzung heraus nicht gesicherte Pflegesituationen vorliegen			
15.) Wie hoch war der Anteil Ihrer Einsätze (in Prozent ausgedrückt) in 2014 differenziert nach Leistungsrecht? (Bitte Prozentwert ggf. als realitätsnahe Schätzung abgeben und summiert zu 100%)			
% der Einsätze ausschließlich nach SGB XI	% der Einsätze als zeitgleiche Leistungen nach SGB V und SGB XI	% der Einsätze ausschließlich nach SGB V	
16.) Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen zur palliativen Versorgung:			
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) bewerten wir für unsere Klienten als	sehr hilfreich		gar nicht hilfreich
Die allgemeine Palliativversorgung bewerten wir für unsere Klienten als	sehr hilfreich		gar nicht hilfreich
Der Koordinationsaufwand mit einem SAPV-Team ist	sehr gut leistbar		gar nicht leistbar
Die Umsetzung von SAPV-Leistungen für unsere Klienten ist	sehr transparent		gar nicht transparent
Unter den aktuellen Rahmenbedingungen ist eine SAPV für uns	sehr gut realisierbar		gar nicht realisierbar

17.) Welche Beobachtungen machen Sie bezüglich der Veränderung in der Versorgung von Menschen mit Hilfe-/Pflegebedarfen in der eigenen Häuslichkeit zwischen 2014 und 2015 aus?	gestiegen	gleich geblieben	gesunken
Die Anzahl der Klienten , die außer dem Pflegedienst keine weitere Person am Tag sehen (z.B. Angehörige/ Nachbarn), ist ...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Angehörigen , die mit der pflegerischen Versorgung zuhause überfordert erscheinen, ist ...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Klienten , die trotz der ambulanten Hilfen Probleme in der Aufrechterhaltung eines Haushaltes haben (z.B. Verschmutzung der Wohnung), ist	☐	☐	☐
Die Anzahl der Klienten , die neben den körperlichen Einschränkungen auch seelische Probleme aufweisen (z.B. Depression), ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Angehörigen , die durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder körperliche Einschränkungen aufweisen, ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Angehörigen , die durch die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder seelische Probleme aufweisen, ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Klienten , die ihre Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung trotz der Verbesserungen nicht umfassend geltend machen, ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Angehörigen , die angebotene Entlastungsleistungen nicht annehmen möchten, ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Angehörigen , die über Schwierigkeiten bei der Beantragung von Leistungen berichten (Ablehnung von Hilfsmitteln/ Ablehnung einer Pflegestufenerhöhung etc.), ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Klienten , bei denen es aufgrund eines Migrationshintergrundes zu Kommunikationsproblemen kommt, ist...	☐	☐	☐
Die Anzahl der Klienten , die vor Ort keinen Angehörigen haben, der mit in die Versorgung integriert ist, ist...	☐	☐	☐

18.) Wie weit entfernt von Ihrer Einrichtung wohnt der Klient, für den Sie die größte Kilometerstrecke zurücklegen (Distanz zum Einsatzort bitte in Kilometer angeben/ ggf. als realitätsnahe Schätzung)
, km Distanz vom Stützpunkt zum Einsatzort

19.) Wie steuern Sie die Tourenplanung angesichts der benötigten Qualifizierungen bei den Einzelleistungen für die Klienten? (Mehrfachnennungen möglich)
☐ Klienten werden umfassend von einer Pflegekraft auf der Tour versorgt (Grund- und Behandlungspflege aus einer Hand)
☐ Es kommt in Ausnahmefällen vor, dass unterschiedliche Personen (z.B. Pflegekraft/ Altenpflegehelfer) Klienten nacheinander aufsuchen (Trennung von Grund-/ und Behandlungspflege)
☐ Eine qualifikationsorientierte Tourenplanung ist bei uns der Regelfall (Trennung von Grund- und Behandlungspflege)
☐ Wir werden zukünftig Touren nach der Qualifikation planen (Trennung von Grund- und Behandlungspflege)
☐ Wir werden zukünftig Touren nach der Qualifikation wieder abschaffen

20.) Wie viele Klienten betreut eine Pflegekraft aktuell durchschnittlich im Rahmen der üblichen Tourenplanung? (ggf. als realitätsnahe Schätzung)
Durchschnittliche Anzahl der Klienten auf einer Morgentour
Durchschnittliche Anzahl der Klienten auf einer Nachmittags-/Abendtour

Fragen zu finanziellen Rahmenbedingungen der Versorgung

21.) Wie hoch war der Anteil Ihrer Umsätze in 2014 differenziert nach Finanzierungsart? (Bitte Prozentwert ggf. als realitätsnahe Schätzung abgeben)		
	von 100 % des Umsatzes Leistungen nach SGB XI	
	von 100 % des Umsatzes Leistungen nach SGB V	
		von 100 % des Umsatzes zusätzlich privat finanzierter Leistungen der Klienten

22.) Welche Formen der Abrechnungsmöglichkeiten nutzen Sie aktuell in Ihrem Pflegedienst? (nach Einführung des Pflege-Neuordnungsgesetzes)		
☐ ausschließlich nach Leistungskomplexen	☐ ausschließlich nach Zeitvergütung/Pflegebudgets	☐ sowohl nach Leistungs- komplexen als auch nach Zeitvergütung/Pflegebudgets

23.) Nach welchen tariflichen Grundlagen werden die Mitarbeiter (in der Pflege) in Ihrem Pflegedienst entlohnt?	
☐ Orientierung am Flächentarifvertrag eines Landes	☐ betriebseigene Regelung (Haustarif)
☐ kirchlicher Tarifvertrag (z.B. AVR)	☐ öffentlicher Tarifvertrag (TVöD)
☐ keine tarifliche Bindung	☐ Sonstiges:

24.) Wenn von Klienten privat finanzierte Angebote des Pflegedienstes in Anspruch genommen wurden, dann waren dies im Jahr 2015 vor allem (Mehrfachnennungen möglich)	
☐ Leistungen der Grundpflege	☐ Leistungen der Behandlungspflege, die nicht durch die Kasse finanziert / einen Arzt verordnet wurden
☐ Hauswirtschaftliche Leistungen	☐ Leistungen im Rahmen zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI
☐ Leistungen im Freizeitbereich (Spaziergänge/ Besuchsdienste etc.)	☐ Leistungen zusätzlicher technischer Sicherheit (z.B. Hausnotruf/ Sensorüberwachung etc.)

25.) Welche der nachfolgend genannten Leistungen können Sie nicht kostendeckend durchführen? (Mehrfachantworten möglich)	
☐ Beratungsbesuche nach §37 Absatz 3 SGB XI	☐ Leistungen in Krisensituationen /Sterbebegleitung
☐ Beratungen von Angehörigen außerhalb §37 Absatz 3 SGB XI	☐ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
☐ häusliche Schulungen in der Pflege	☐ Spezialisierte psychiatrische Krankenpflege
☐ zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI	☐ Versorgung von Patienten mit einer Anfahrtzeit von mehr als 25 Minuten
☐ Haushaltshilfe nach § 38 SGB V	☐ _____

26.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur finanziellen Situation ihres Pflegedienstes ein:					
Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen aus Ihrer Perspektive	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Der Umsatz in 2014 konnte im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden	☐	☐	☐	☐	☐
Der Betriebsgewinn konnte 2014 gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden	☐	☐	☐	☐	☐
Wir mussten aktuell in 2015 aufgrund von Personalmangel Klientenanfragen ablehnen	☐	☐	☐	☐	☐
Die Bereitschaft von Klienten, zusätzliche privat finanzierte Leistungen in Anspruch zu nehmen, steigt in den letzten beiden Jahren (2014/2015) an	☐	☐	☐	☐	☐
Notwendige Sachkostensteigerungen konnten in den Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Notwendige Personalkostensteigerungen konnten in den Vergütungsverhandlungen geltend gemacht werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Kostensteigerungen (durch Personal, Umlageverfahren etc.) führen bei Klienten zu einer Reduzierung der nachgefragten Leistungen (weniger Leistungen für gleiches Geld)	☐	☐	☐	☐	☐
Die Finanzsituation in unserem Pflegedienst erlaubt, dass wir strategisch wichtige Investitionen vornehmen können (z.B. in zusätzliches Personal/ Netzwerkarbeit etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen einen weiteren Ausbau unseres Pflegedienstes (Erhöhung der Klientenzahl/ Erhöhung des Personalbestands) für das Jahr 2016	☐	☐	☐	☐	☐
Durch unsere tarifliche Entlohnung der Mitarbeiter entstehen uns Wettbewerbsnachteile, da wir Leistungen gegenüber anderen teurer anbieten müssen	☐	☐	☐	☐	☐
Unser Pflegedienst ist aufgrund einer schwierigen Finanzsituation akut von der Schließung/ Insolvenz bedroht	☐	☐	☐	☐	☐
Unzureichende Kostendeckung führte zu einer Leistungsverdichtung für die Mitarbeiter in unserem Pflegedienst	☐	☐	☐	☐	☐

27.) Wie häufig ist in den vergangenen drei Monaten vorgekommen, dass... (ggf. als realitätsnahe Schätzung)	
... für Leistungen eine Ablehnung der Verordnung seitens der Kostenträger ausgesprochen wurde?	-mal
... Sie vom Kostenträger aufgefordert wurden zu den eingereichten Dokumenten zusätzliche Unterlagen nachzureichen?	-mal
... Sie auf eine Genehmigung länger als vier Wochen warten mussten?	-mal
... Verordnungen durch den behandelnden Arzt nur teilweise genehmigt wurden?	-mal
... Verordnungen durch den behandelnden Arzt wie eingereicht genehmigt wurden?	-mal
... Sie keine Anschlussverordnung durch den Hausarzt bekamen und als notwendig erachtete Leistungen für den Klienten nicht weiter erbracht werden konnten?	-mal
... Sie keine zeitnahe Anschlussverordnung durch den Hausarzt bekamen und ihnen zusätzlicher Koordinationsaufwand entstanden ist (bei Fortführung der Leistungen)?	-mal
... Sie kurzfristig einen Klienten in die Betreuung/ Versorgung aufgenommen haben und eine Verordnung noch nicht vorlag?	-mal
... Sie Leistungen erbracht haben, die ihnen seitens der Kostenträger nicht anerkannt wurden?	-mal
... Klienten kurzfristig den Versorgungsvertrag gekündigt haben und dies nicht durch neue Klienten ausgeglichen werden konnte?	-mal

Fragen zur Personalausstattung Ihres Pflegedienstes

28.) Relevante Personalkennzahlen und Bedarfskennzahlen Ihres Pflegedienstes für ausgewählte Berufsgruppen (Bitte konkrete Anzahl ggf. als realitätsnahe Schätzung abgeben)			
	Beschäftigte insgesamt (Stichtag 31.12.2014)	Umgerechnet auf Vollzeitkräfte (VZK/Stellen) (Stichtag 31.12.2014)	Aktuell <u>offene und zu besetzende Stellen</u> in Vollzeitkräften (Stichtag 30.08.2015)
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet) (inkl. Leitung)		,	,
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)		,	,
Altenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)		,	,
Hauswirtschaft, Pflegehelfer/-innen und Assistenzberufe			
Altenpflegehelfer/-innen (1-jährig qualifiziert)		,	,
Krankenpflegehelfer/-assistenten (1-jährig qualifiziert)		,	,
Medizinische Fachangestellte/-r Arzthelfer/-innen		,	,
Hauswirtschaftler/-innen (staatlich anerkannt)		,	,
Angelernte Helfer/-innen im Pflegebereich (ggf. mit Schulungen/Kursen)		,	,
Angelernte Helfer/-innen im Betreuungsbereich (z.B. für soziale Betreuung / §45b SGB XI)		,	,
Anzahl der Schüler/-innen der Altenpflege in Ihrem Pflegedienst für die Ausbildungsjahrgänge			
	Schüler/-innen (Stichtag 15.10.2013)	Schüler/-innen (Stichtag 15.10.2014)	geplant für 2015
Im ambulanten Pflegedienst beschäftigte (angestellte) Schüler/-innen der Altenpflege			

29.) Wie hoch schätzen Sie insgesamt den notwendigen Anteil an Teilzeitstellen im Pflegebereich (einschließlich geringfügig Beschäftigter) in Ihrem Pflegedienst ein, um das Personal ausreichend flexibel einsetzen zu können? (Bitte als realitätsnahe Schätzung)
%

30.) Wie setzt sich die Altersstruktur der beschäftigten Pflegefachkräfte im Team zusammen? (Bitte geben Sie die Anzahl der Pflegenden für die Altersgruppen an (Köpfe, nicht VZK / ggf. realitätsnahe Schätzung))			
unter 20 J.	26 bis 30 J.	41 bis 50 J.	56 bis 60 J.
20 bis 25 J.	31 bis 40 J.	51 bis 55 J.	61 J. und älter

31.) Wie viele Angestellte haben in 2014 insgesamt den Arbeitsvertrag gekündigt / Ihren Pflegedienst verlassen? (Fluktuation insgesamt) (Bitte geben Sie die Anzahl der Angestellten an (Köpfe, nicht VZK))	
	Anzahl der Pflegefachkräfte insgesamt, die in 2014 ihren Arbeitsplatz bei uns aufgegeben haben
	Anzahl der Mitarbeiter insgesamt, die in 2014 ihren Arbeitsplatz bei uns aufgegeben haben

32.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur Personalsituation und zu möglichen Entwicklungen in ihrem Pflegedienst insgesamt ein					
Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen aus Ihrer Perspektive	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
Den von uns eingeplanten Personalstand im Pflegebereich haben wir aktuell erreicht (keine offenen Stellen)	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 haben wir alle Stellen, die aufgrund der Personalfuktuation im Pflegebereich (Abgänge) besetzt werden mussten, problemlos neu besetzt	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 haben wir mehr Bewerbungen für den Pflegebereich bekommen, als wir an Stellen zu vergeben hatten	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 ist der Aufwand geeignete examinierte Altenpflegekräfte zu akquirieren gegenüber dem Jahr 2014 gestiegen	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 ist der Aufwand geeignete examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zu akquirieren gegenüber dem Jahr 2014 gestiegen	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 ist der Aufwand geeignete examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte zu akquirieren gegenüber dem Jahr 2014 gestiegen	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 ist der Aufwand geeignete Hilfskräfte (Altenpflegehelfer/ Krankenpflegeassistenten) zu akquirieren gegenüber dem Jahr 2014 gestiegen	☐	☐	☐	☐	☐
Im Jahr 2015 haben wir mit einer oder mehreren Zeitarbeitsfirmen/ Personal-Leasingfirmen zusammengearbeitet, um Personallücken kurzfristig zu schließen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben erfolgreich Pflegepersonal aus dem Ausland (EU) angeworben, um unseren Personalbedarf zu sichern	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen zukünftig (für 2016) Pflegepersonal aus dem Ausland (EU) anzuwerben, um unseren Personalbedarf zu sichern	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen zukünftig verstärkt eigene Auszubildende der Altenpflege aufzunehmen, um unseren Personalbedarf sichern zu können	☐	☐	☐	☐	☐
Die Fluktuationsrate der Mitarbeitenden in unserem Pflegedienst nimmt ab	☐	☐	☐	☐	☐
Wir können alle unsere betrieblichen Ziele und Entwicklungen realisieren und sind von einem Fachkräftemangel in der Pflege nicht betroffen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen eine neue Niederlassung zu eröffnen, können dies aufgrund von Fachkräftemangel jedoch nicht realisieren	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen eine neue Niederlassung zu eröffnen, können dies aufgrund von Leitungskräftemangel jedoch nicht realisieren	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen neue Leistungsangebote zu realisieren (z.B. Tagespflege/ außerklinische Beatmung), können dies aber aufgrund von Fachkräftemangel nicht realisieren	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen zukünftig mehr Betreuungskräfte einzustellen	☐	☐	☐	☐	☐

33.) Wie viele Pflegefachkräfte haben in 2014 Ihren Pflegedienst verlassen und ein anderes pflegerisches Berufsfeld/ einen anderen Arbeitgeber gewählt? (Fluktuationsrichtungen) (Bitte geben Sie die Anzahl der Pflegenden an (Köpfe, nicht VZK, ggf. als realitätsnahe Schätzung))	
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 zu einem anderen ambulantem Pflegedienst wechselten
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 in ein Krankenhaus wechselten
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 in eine teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtung wechselten
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 zu einer Krankenkasse/MDK/ in die Industrie wechselten
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 in die Selbstständigkeit wechselten
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 in einen anderen Beruf wechselten
☐ ☐	Anzahl der Pflegekräfte, die in 2014 unbekannt wechselten

34.) Wenn Pflegefachkräfte im letzten Jahr (2014) Ihren Pflegedienst verlassen haben – welche Hauptbeweggründe gab es Ihrer Einschätzung nach dafür? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Familiengründungsphase	☐ zu hohe Arbeitsbelastung im beruflichen Feld als Kündigungsgrund durch den Beschäftigten
☐ eigene familiäre Pflegesituation / unzureichende Kinderbetreuung	☐ Unzufriedenheit mit der Einrichtung
☐ gesundheitliche Gründe	☐ Unzufriedenheit mit der Vergütung
☐ Eintritt ins Rentenalter / Vorruhestand	☐ Der gewünschte Stellenumfang konnte von der Einrichtung nicht realisiert werden
☐ Verbesserung der beruflichen Position	☐ umzugsbedingte Arbeitsplatzveränderung
☐ Ausstieg des Mitarbeiters aus dem Pflegeberuf insgesamt	☐ Berufsfeldveränderung
☐ Kündigung in der Probezeit durch die Einrichtung	☐ Aufnahme einer Bildungsmaßnahme (z.B. Studium)

35.) Bitte geben Sie Ihre Beobachtungen zu Veränderungen von gesundheits-/ arbeitsplatzbezogenen Belastungen des Pflegepersonals in 2015 gegenüber 2014 an.	gestiegen	gleich geblieben	gesunken
Die Anzahl der geleisteten Überstunden der Pflegekräfte ist 2015 gegenüber 2014	☐	☐	☐
Die Anforderungen an die Pflegenden in den konkreten Pflegesituationen ist 2015 gegenüber 2014 (Änderung der Komplexität in der Versorgung)	☐	☐	☐
Die Anzahl der Krankmeldungen bei den Pflegekräften ist 2015 gegenüber 2014	☐	☐	☐
Die Anzahl der Krankheitstage bei den Pflegekräften ist 2015 gegenüber 2014	☐	☐	☐
Die Krankheitsdauer bei den einzelnen Krankmeldungen ist 2015 gegenüber 2014	☐	☐	☐
Die Krankheitsschwere der einzelnen Erkrankten ist 2015 gegenüber 2014	☐	☐	☐

36.) Falls Sie aktuell Personal (alle Berufsgruppen) für Ihren Pflegedienst suchen, wie hoch schätzen Sie den Bedarf für sich in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen ein?		
grundpflegerische Leistungen (auch durch Hilfskräfte durchführbar)	sehr gering	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch
behandlungspflegerische Leistungen (nur durch Fachpersonal durchführbar)	sehr gering	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch
hauswirtschaftliche Leistungen	sehr gering	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch
Verwaltung/ Geschäftsführung	sehr gering	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch
spezialisierte fachpflegerische Leistungen (z.B. Wundversorgung/ außerklinische Beatmung)	sehr gering	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch
Betreuungsleistungen	sehr gering	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

37.) Welche Distanz wäre Ihrer Einschätzung nach die maximale Wegstrecke, die ein Mitarbeiter auf sich nehmen würde, um bei Ihnen zu arbeiten? (als realitätsnahe Schätzung)

, km Distanz zwischen Wohnort und Betriebsstätte

38.) Welchen Anfahrtsweg legen Ihre Angestellten im Durchschnitt zur Betriebsstätte zurück?
(Distanz zwischen Wohnort und Betriebsstätte bitte in Kilometer angeben/ ggf. als realitätsnahe Schätzung)

, km Distanz zwischen Wohnort und Betriebsstätte

Fragen zur Kooperation mit anderen Akteuren der Versorgung

39.) Wir beurteilen die Güte der Zusammenarbeit mit den folgenden Akteuren mit der folgenden Schulnote:	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>befriedigend</i>	<i>ausreichend</i>	<i>mangelhaft</i>	<i>keine Angabe</i>
Hausärzte	①	②	③	④	⑤	☐
Fachärzte	①	②	③	④	⑤	☐
Krankenkassen/Sachbearbeiter in den Krankenkassen	①	②	③	④	⑤	☐
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	①	②	③	④	⑤	☐
Krankenhäuser (z.B. bei Fragen der Überleitung)	①	②	③	④	⑤	☐
vollstationäre Pflegeeinrichtungen	①	②	③	④	⑤	☐
Tagespflegeeinrichtungen	①	②	③	④	⑤	☐
Anbietern niedrigschwelliger Angebote / Begleit-/Betreuungsdienste	①	②	③	④	⑤	☐
Hospizdiensten	①	②	③	④	⑤	☐
Hausnotrufdienst	①	②	③	④	⑤	☐
Mahlzeitendiensten	①	②	③	④	⑤	☐
Ausbildungsstätten der Pflege (Bildungszentren/Fachseminare)	①	②	③	④	⑤	☐
Apotheken	①	②	③	④	⑤	☐
Sanitätshäusern/Hilfsmittelversorgern	①	②	③	④	⑤	☐
Pflegestützpunkten (sofern vorhanden)	①	②	③	④	⑤	☐
Pflegeberatungsstellen (städtisch/kommunal)	①	②	③	④	⑤	☐
spezialisierten Beratungsstellen (z.B. Suchtberatungsstellen/Schuldnerberatung etc.)	①	②	③	④	⑤	☐
kommunalen Akteuren (Städte / Kommunen / Sozialplaner)	①	②	③	④	⑤	☐

40.) Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung für die nachfolgenden Aussagen an						
Pflegfachliche Hinweise von uns führen bei Hausärzten zu den von uns vorgeschlagenen Verschreibungen	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu
Pflegfachliche Hinweise von uns führen bei Fachärzten zu den von uns vorgeschlagenen Verschreibungen	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu
Pflegfachliche Hinweise von uns führen bei Krankenkassen zur Genehmigung von notwendigen Hilfsmitteln	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu
Pflegfachliche Hinweise von uns führen beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Bestimmung der von uns ermittelten Stufe der Pflegebedürftigkeit	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu
Wir erleben unsere Arbeit in hohem Maße abhängig von den Entscheidungen anderer	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu
Die pflegfachliche Expertise spielt bei Entscheidungen über die Versorgung eine untergeordnete Rolle	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu
Die pflegfachliche Expertise spielt bei Entscheidungen über die Beschaffung von Hilfsmitteln eine untergeordnete Rolle	stimme voll zu	☐	☐	☐	☐	stimme gar nicht zu

41.) Bitte geben Sie die Anzahl/den Anteil der von Ihnen versorgten Klienten an, die parallel zum Pflegedienst eine Haushaltshilfe/ Betreuungskraft aus Mittel-/Osteuropa (für eine 24h-Betreuung) beschäftigen (ggf. realitätsnahe Schätzung)	
	Anzahl der Klienten unseres Pflegedienstes, die regulär oder irregulär eine Haushaltshilfe zur 24h-Betreuung beschäftigen
%	Anteil der Klienten unseres Pflegedienstes, die regulär oder irregulär eine Haushaltshilfe zur 24h-Betreuung beschäftigen (im Verhältnis zu allen Klienten)

42.) Bitte geben Sie die Anzahl der Klienten in 2014 an, die Teil-/Verträge bei Ihnen kündigten, weil Sie eine Haushaltshilfe/Betreuungskraft angestellt haben (ggf. realitätsnahe Schätzung)	
	Anzahl der Klienten unseres Pflegedienstes, die den Versorgungsvertrag für die grundpflegerische Versorgung kündigten und stattdessen eine Haushaltshilfe eingestellt haben
	Anzahl der Klienten unseres Pflegedienstes, die den Versorgungsvertrag für die hauswirtschaftliche Versorgung kündigten und stattdessen eine Haushaltshilfe eingestellt haben
	Anzahl der Klienten unseres Pflegedienstes, die den Versorgungsvertrag für die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung kündigten und stattdessen eine Haushaltshilfe eingestellt haben
	Anzahl der Klienten unseres Pflegedienstes insgesamt, die nach einer Erprobungsphase wieder auf das Angebot des Pflegedienstes zurückgriffen (Rückkehrer) [Grundpflege und/oder Hauswirtschaft]

43.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zu Haushaltshilfen / Betreuungskräften aus Mittel-/Osteuropa ein (24h-Hilfen)	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
24h-Hilfen und ihre Dienstleistungen spielen bei uns in der einrichtungsinternen Diskussion keine Rolle	☐	☐	☐	☐	☐
Wir wurden in 2015 von Angehörigen/ Klienten angesprochen, ob wir bei der Vermittlung einer 24h-Hilfe behilflich sein können	☐	☐	☐	☐	☐
Wir stellen aktuell für Klienten Kontakte zu Agenturen her, die 24h-Hilfen vermitteln	☐	☐	☐	☐	☐
Wir planen eine Kooperation mit einer Vermittlungsagentur, um Klienten zukünftig ein gemeinsames Angebot unterbreiten zu können	☐	☐	☐	☐	☐
Wir wurden von Vermittlungsagenturen / ausländischen Dienstleistern angesprochen, ob wir Klienten vermitteln möchten	☐	☐	☐	☐	☐
Wir beobachten insgesamt in den letzten zwei Jahren (2014 / 2015) einen Anstieg an Haushalten, die eine 24h-Hilfe beschäftigen	☐	☐	☐	☐	☐

44.) Bitte bewerten Sie die Aussagen zu Haushaltshilfen / Betreuungskräften aus Mittel-/Osteuropa						
Die Integration von 24h-Hilfen in die Haushalte halten wir pflegefachlich für	sehr kritisch	☐	☐	☐	☐	gar nicht kritisch
Die Integration von 24h-Hilfen in deutsche Haushalte halten wir ethisch für	sehr bedenklich	☐	☐	☐	☐	gar nicht bedenklich
Die 24h-Hilfe bewerten wir bei Klienten mit einer Haushaltshilfe als	sehr notwendig	☐	☐	☐	☐	gar nicht notwendig
Die Angebote der Vermittlungsagenturen sind für uns wirtschaftlich betrachtet	sehr bedrohlich	☐	☐	☐	☐	gar nicht bedrohlich
Die Gesamtversorgung wird durch die 24h-Hilfe bei den Klienten	deutlich verbessert	☐	☐	☐	☐	deutlich verschlechtert
Die Dauer unserer Beschäftigung in der Familie wird durch eine 24h-Hilfe	deutlich verlängert	☐	☐	☐	☐	deutlich verkürzt
Eine finanzierte fachliche Begleitung der 24h-Hilfen durch ambulante Dienste wäre im Umgang	ein richtiger Schritt	☐	☐	☐	☐	ein falscher Schritt
Die Verfolgung irregulärer Beschäftigungen durch die Zollbehörden wären im Umgang	ein richtiger Schritt	☐	☐	☐	☐	ein falscher Schritt

Fragen zur sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur

45.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur Sicherung der Versorgung anhand von unterstützenden Strukturen ein:	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
Den von uns betreuten Klienten/Angehörigen sind die örtlichen Beratungs- und Unterstützungsangebote bekannt	☐	☐	☐	☐	☐
Die von uns betreuten Klienten/Angehörigen erleben die Beratungsangebote durch verschiedene Akteure (Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Krankenkassen) als hilfreich	☐	☐	☐	☐	☐
In den Beratungsgesprächen mit Klienten müssen wir erhebliche Wissensdefizite bezüglich des Angebots- und Leistungsspektrums ausgleichen	☐	☐	☐	☐	☐
Die Verknüpfung zu Angeboten des Ehrenamts/ der Selbsthilfe kann durch den ambulanten Dienst nur unzureichend geleistet werden	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben zahlreiche Ehrenamtler, die unsere Arbeit unterstützen (z.B. Begleitsdienste/ Fahrdienste/ Besuchsdienste)	☐	☐	☐	☐	☐
Die Rekrutierung / Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern ist für uns aktuell nicht realisierbar	☐	☐	☐	☐	☐

46.) Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Versorgung in ihrer Region:		weiß ich nicht
Die Versorgung der Klienten mit ambulanten Leistungen in unserer Region ist meiner Einschätzung nach	vollumfänglich sichergestellt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gar nicht sichergestellt	☐
Die ambulante pflegerische Versorgung von Klienten, die weiter entfernt/ ländlich wohnen, ist bei uns in der Region	vollumfänglich sichergestellt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gar nicht sichergestellt	☐
Den Bedarf an reiner Nachtpflege (18:00 Uhr bis 8:00) bei unseren Klienten schätze ich ein als	in sehr hohem Maße vorhanden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gar nicht vorhanden	☐
Nicht stationäre Wohnformen (Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenwohnhäuser etc.) sind lokal	in sehr hohem Maße vorhanden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gar nicht vorhanden	☐
Tagespflegeplätze (insbesondere für Menschen mit Demenz) sind lokal	in sehr hohem Maße vorhanden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gar nicht vorhanden	☐
Kommunale Entwicklungen, bezogen auf die pflegerische Planung der Zukunft, sind in der Region	vollumfänglich bekannt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ gar nicht bekannt	☐

47.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zur Mitentwicklung quartiersbezogener Versorgung ein.	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	weiß ich nicht
Wir sind an regionalen Arbeitsgruppen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung beteiligt (z.B. Pflegekonferenzen / Runder Tisch / Kommunale Pflegeplanung)	☐	☐	☐	☐	☐
Die Teilnahme an regionalen Arbeitsgruppen, bspw. Gesundheits- und Pflegekonferenzen, ist hilfreich für unsere Einrichtung	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich bezogen auf quartiersbezogene und gemeinwesenorientierte Ansätze der Versorgung gut informiert	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich bezogen auf die Übernahme von Aufgaben bei quartiersbezogenen und gemeinwesenorientierten Ansätzen der Versorgung gut vorbereitet	☐	☐	☐	☐	☐
Das Tagesgeschäft in unserem Pflegedienst lässt eine Beschäftigung/Mitarbeit an quartiersbezogenen und gemeinwesenorientierten Ansätzen nicht zu	☐	☐	☐	☐	☐
Ohne eine finanzielle Unterstützung für Konzeptions- und Entwicklungsaufgaben von Quartierskonzepten können durch unseren Dienst keine Beiträge geleistet werden	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließende Fragen zu aktuellen Entwicklungen

48.) Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen zu aktuellen Entwicklungen ein:					
Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen aus Ihrer Perspektive	<i>trifft voll zu</i>	<i>trifft eher zu</i>	<i>trifft eher nicht zu</i>	<i>trifft gar nicht zu</i>	<i>keine Angabe</i>
Nach Einführung des Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) beobachten wir eine Zunahme an Betreuungs- und Entlastungsleistungen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir befürchten durch die Verwendung nicht genutzter Pflegesachleistungen (bis 40%) für niedrigschwellige Betreuungsdienste einen Rückgang im Umsatz	☐	☐	☐	☐	☐
Durch das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) hat sich unser Leistungsspektrum verändert	☐	☐	☐	☐	☐
Wir werden eigene Angebote für niedrigschwellige Betreuungsleistungen schaffen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben keine Informationen zur konkreten Feststellung der Sicherung der Pflege und der Umwidmung der Gelder	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeiten und Leistungsausweitungen des Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) sind für uns ausreichend transparent	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeiten und Leistungsausweitungen des Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) sind den Angehörigen ausreichend bekannt	☐	☐	☐	☐	☐
Wir befürworten die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege bei einer eigenständigen Abrechnungsmöglichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Wir befürworten die Übernahme ärztlicher Aufgaben auf die Pflege unter Beibehaltung der ärztlichen Weisungsbefugnis	☐	☐	☐	☐	☐
Wir befürworten die Einführung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben uns inhaltlich mit der neuen Form der Pflegedokumentation vertraut gemacht	☐	☐	☐	☐	☐
Wir erwarten keine nennenswerte Entlastung durch die neue Pflegedokumentation	☐	☐	☐	☐	☐
Wir wünschen uns eine Entbürokratisierung im Antragswesen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir wünschen uns eine Entbürokratisierung im Abrechnungswesen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir sind gut informiert bezüglich der anstehenden Änderungen durch das Pflegestärkungsgesetz II	☐	☐	☐	☐	☐
Wir erwarten durch das Pflegestärkungsgesetz II eine Steigerung bei der Nachfrage nach ambulanten Leistungen	☐	☐	☐	☐	☐
Die Folgen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind für uns nicht absehbar	☐	☐	☐	☐	☐
Wir haben uns umfassend mit dem neuen Einschätzungsinstrument zur Bestimmung der Pflegegrade auseinandergesetzt	☐	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

<http://www.dip.de>

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit

Ruth Rottländer

Daniel Tucman

Danny Gehlen

Jonas Hylla