

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fachbereich Ökotrophologie Studiengang Gesundheit

Angehörige als Kunden - Eine Erhebung in der ambulanten Pflege

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 14.07.2005

vorgelegt von: Martina Sterth
Lindenhof 26
19243 Tessin

Matrikelnummer: 1582867

Erster Prüfender: Prof. Dr. Dr. Wehkamp

Zweite Prüfende: Dipl. Gesund. Angela Schröder

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	2
2. Versorgungssituation Pflegebedürftiger	5
2.1 Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Mecklenburg-Vorpommern	5
2.2 Gesellschaftliche Situation der pflegenden Angehörigen	8
2.3 Soziale Absicherung von Pflegebedürftigkeit	10
3. Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege: Kundenzufriedenheit durch Dienstleistungsqualität	15
3.1 Bedeutung der Qualitätsentwicklung	15
3.2 Dimensionen der Pflegequalität	17
3.3 Kundenbefragung als Element der Qualitätssicherung	19
3.3.1 Konstrukt der Kundenzufriedenheit	21
3.3.2 Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten - zum gegenwärtigen Forschungsstand	22
4. Kundenorientierung im Ambulanten Pflegeteam der AWO Wittenburg/ Zarrentin	24
4.1 Vorstellung der Einrichtung	24
4.2 Bedarf einer Kundenbefragung	29
5. Eigene Untersuchung	31
5.1 Fragestellung der Untersuchung	31
5.2 Erhebungsinstrument	31
5.3 Methodisches Vorgehen und Analyseverfahren	32
5.4 Darstellung der Ergebnisse	34
6. Diskussion der Ergebnisse	42
7. Handlungsempfehlungen	49
8. Zusammenfassung	53
9. Literaturverzeichnis	54
10. Anhang	59

Abbildungsverzeichnis	Seite
Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2001	5
Abbildung 2: Modellrechnung zur Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis 2020	6
Abbildung 3: Art der Versorgung der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern 2001	7
Abbildung 4: Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Leistungsarten	14
Abbildung 5: Die drei Dimensionen der Pflegequalität in der ambulanten Pflege	19
Abbildung 6: Geschäftsräume des AWO Pflegeteams in Wittenburg	24
Abbildung 7: Mitarbeiter des Pflegeteams der AWO Wittenburg/ Zarrentin	25
Abbildung 8: Soziodemographische Daten der pflegebedürftigen Angehörigen	34
Abbildung 9: Wer kam auf die Idee, einen Pflegedienst einzuschalten?	35
Abbildung 10: Wer hat sich umgehört, welcher Pflegedienst in Frage kommt?	35
Abbildung 11: Wer hat den jetzigen Pflegedienst ausgewählt?	36
Abbildung 12: Beratung bei der Auswahl des Pflegedienstes	36
Abbildung 13: Bewertung der Zufriedenheit (1)	37
Abbildung 14: Bewertung der Zufriedenheit (2)	37
Abbildung 15: Bewertung der Zufriedenheit (3)	38
Abbildung 16: Bewertung der Zufriedenheit (4)	38
Abbildung 17: Bewertung der Zufriedenheit (5)	39
Abbildung 18: Bewertung der Selbständigkeit der/des Pflegebedürftigen	40
Abbildung 19: Bewertung der Aktivität/ Agilität der/des Pflegebedürftigen	40
Abbildung 20: Bewertung der Entlastung durch den Pflegedienst	41
Abbildung 21: Wege der Einflussnahme durch Angehörige bei Problemen	41

1. Einleitung

Die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger überwiegend älterer und behinderter Menschen gewinnt in unserer überalterten Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Veröffentlichungen aus dem Jahr 2001 gehen von über zwei Millionen pflegebedürftigen deutschen Bürgern aus, von denen 70% zu Hause durch ihre Angehörigen gepflegt werden (Statistisches Bundesamt 2003).

Durch die 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat die Gesetzgebung die Richtung vorgegeben, in der die Lösung dieser Probleme gesucht werden soll: häusliche Pflege muss Vorrang haben vor stationärer Unterbringung. Im Rahmen dieser fünften Säule der Sozialversicherung, soll gerade die familiäre Pflege unterstützt, Pflegebedürftige sowie deren Angehörige finanziell entlastet werden. Gleichzeitig ist die soziale Absicherung ehrenamtlich Pfleger verbessert worden. Die verschiedenen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige im Rahmen der Pflegeversicherung werden in dieser Arbeit im Detail aufgezeigt.

Die bereits genannten Zahlen bestätigen, dass die Familie noch immer als „der größte Pflegedienst Deutschlands“ bezeichnet werden kann. Blickt man allerdings in die Zukunft, ist davon auszugehen, dass sich dieses Bild wandeln wird. Vermutlich wird sowohl die Leistungsfähigkeit der Familien, als auch die Bereitschaft zur Pflegeübernahme sinken, wie in Kapitel zwei einleitend deutlich gemacht wird.

Der Schwerpunkt dieser Diplomarbeit liegt jedoch an anderer Stelle. Ambulante Pflegedienste sind durch § 80 SGB XI verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wird hier die Kundenbefragung als ein Instrument der Wahl aufgeführt, welches Leistungserbringer zur Darstellung ihrer Ergebnisqualität nutzen können. Dieses Instrument wurde eingesetzt, um der qualitätssichernden Verpflichtung nachzukommen. Im September 2004 wurde unter den pflegenden Angehörigen eines Pflegedienstes der Arbeiterwohlfahrt in Mecklenburg-Vorpommern eine Kundenzufriedenheitsmessung durchgeführt.

Das Hauptanliegen dieser Erhebung war, einen besseren Überblick über die aktuelle Qualität der pflegerischen Versorgung aus Sicht der pflegenden Angehörigen zu gewinnen, um die Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegeeinrichtung und Angehörigen zu verbessern.

Diese Informationen bilden schließlich die Grundlage für die entwickelten Handlungsempfehlungen, welche das Bestehen der Einrichtung am „Pflegemarkt“ auch in Zeiten knapper Mittel absichern sollen.

2. Versorgungssituation Pflegebedürftiger

2.1 Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in Deutschland und Mecklenburg Vorpommern

Im Dezember 2001 waren in Deutschland etwa 2,04 Millionen Menschen pflegebedürftig. Mehr als zwei Drittel (1,44 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt, davon wiederum wurden 1 Million ausschließlich allein durch ihre Angehörigen gepflegt (Statistisches Bundesamt 2003). Die Hauptverantwortung für die Pflege trägt in der Regel eine Person, in 80% der Fälle eine Frau (Schulz et al. 2001; Schneekloth, Müller 2000).

Bei weiteren 435.000 Pflegebedürftigen in Privathaushalten erfolgte die Pflege zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Etwa 30% aller Pflegebedürftigen in Deutschland wurden in Pflegeheimen betreut (Statistisches Bundesamt 2003).

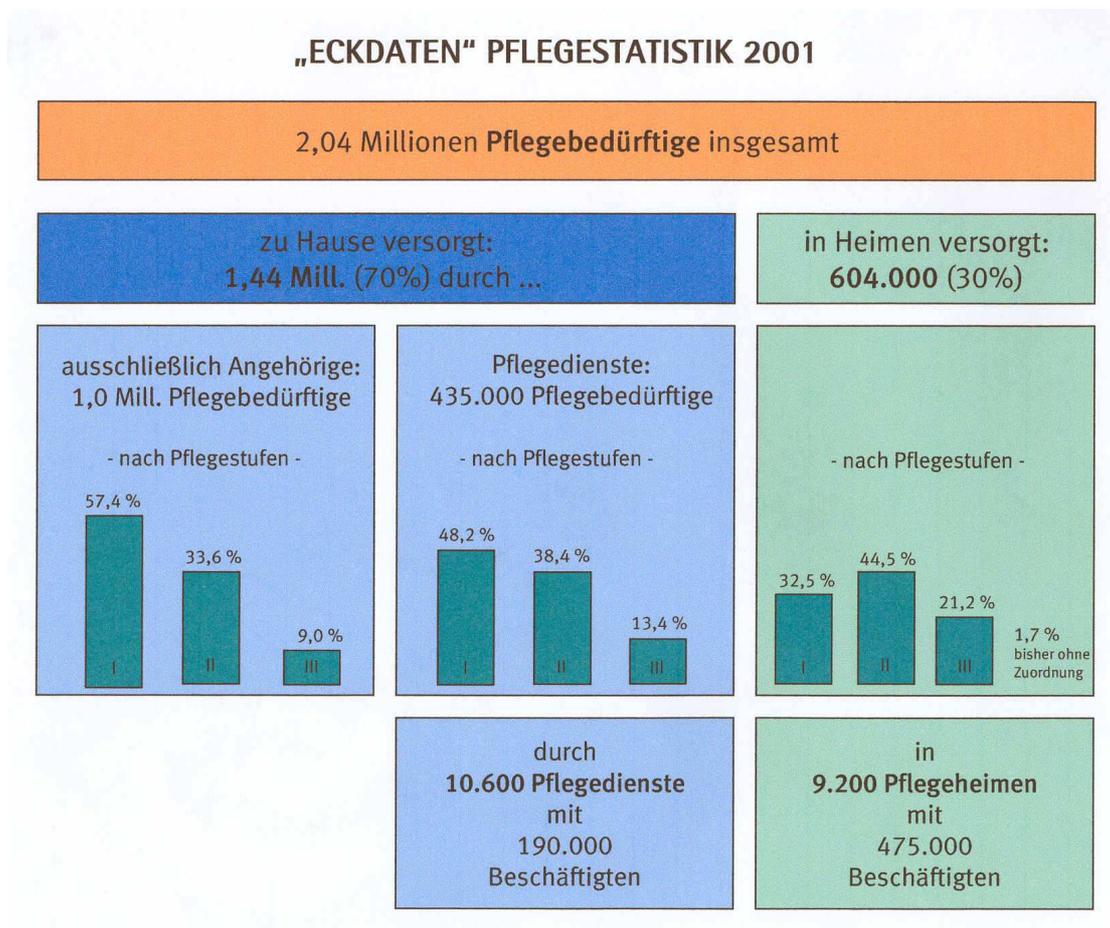


Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2001
[Quelle: Statistisches Bundesamt 2003]

Bundesweit stieg die Zahl der Pflegebedürftigen gegenüber 1999 um 1,2% an. Dabei kann von einem Trend hin zur „professionellen“ Pflege ausgegangen werden, denn die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen ist um 4,7% und die in den Pflegeheimen Versorgten um 5,4% angestiegen. Wohingegen die reinen Pflegegeldempfänger um 2,6% abnahmen. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Gruppe der 65- bis 69- Jährigen liegt bei 2 bis 3%, während er in der Gruppe der 75- bis 79- Jährigen 8 bis 9% und in der Gruppe der 85- jährigen und älteren Menschen ca. 40% beträgt. Wenn also ältere Menschen zunehmend pflegebedürftig werden, nimmt auch der Hilfebedarf für regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens zu (Statistisches Landesamt Mecklenburg Vorpommern 2004).

Im Zuge der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft ist mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Das Statistische Bundesamt geht in Vorausberechnungen von 2,83 Millionen Pflegebedürftigen im Jahre 2020 aus. Der Anstieg zwischen den Jahren 2001 und 2020 wird somit schätzungsweise 39% betragen (Statistisches Bundesamt 2003).

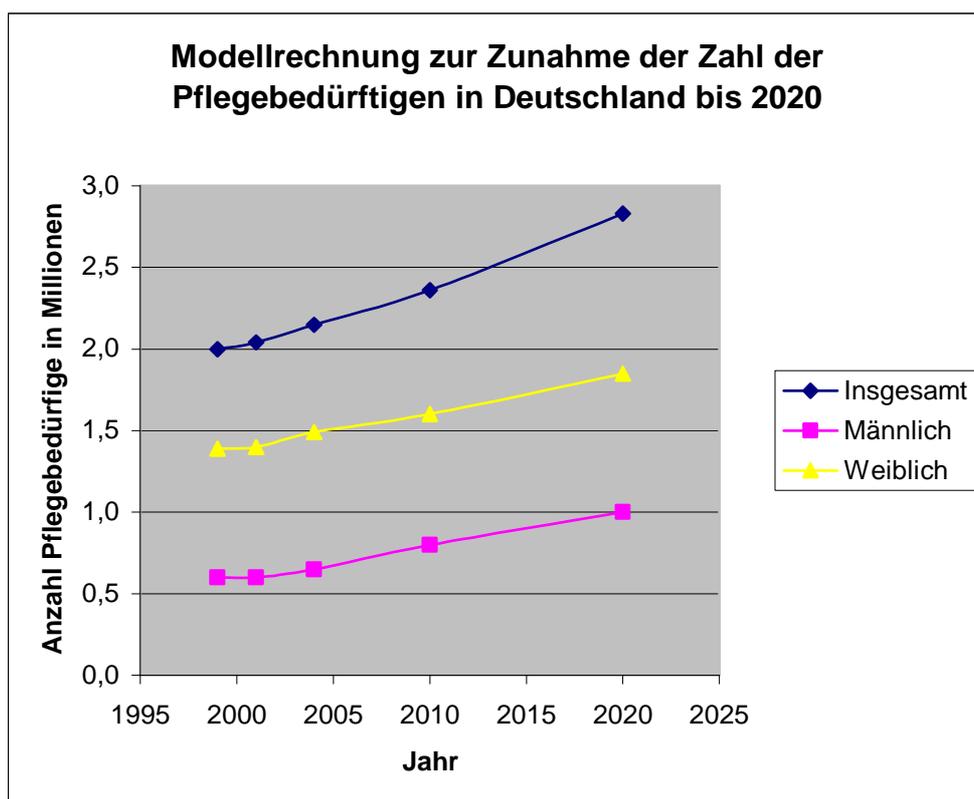


Abbildung 2: Modellrechnung zur Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis 2020 [Quelle: Statistisches Bundesamt, 2003]

Zahlreiche Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung Mecklenburg-Vorpommerns weisen grundsätzliche Verschiebungen in der Altersstruktur zugunsten der älteren Generation auf.

1999 lebten in Mecklenburg- Vorpommern ca. 1,8 Millionen Bürgerinnen und Bürger. Bezogen auf die Renten- bzw. Vorrentengenerationen waren davon 22% im Alter von 60 Jahren und älter sowie 11% im Alter zwischen 50 und 60 Jahren. Somit sind knapp ein Drittel der Einwohner Mecklenburg- Vorpommerns 50 Jahre und älter. Der Frauenanteil bei den über 60- Jährigen lag bei 60% (Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern 2001).

Die Erhebungen des Statistischen Landesamtes im Dezember 2001 ergaben, das im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern 47.676 Pflegebedürftige leben, wovon 13.743 in Pflegeheimen und 10.368 von ambulanten Pflegediensten versorgt werden. Der größte Anteil von 23.565 Pflegebedürftigen jedoch wird ausschließlich von Angehörigen gepflegt (Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern 2004).

Die neuen Bundesländer weisen generell überdurchschnittliche Wachstumsraten bei den Pflegebedürftigen auf. Die höchsten Werte liegen dabei in Brandenburg (+14%) und Mecklenburg-Vorpommern (+16%) (Statistisches Bundesamt 2003).

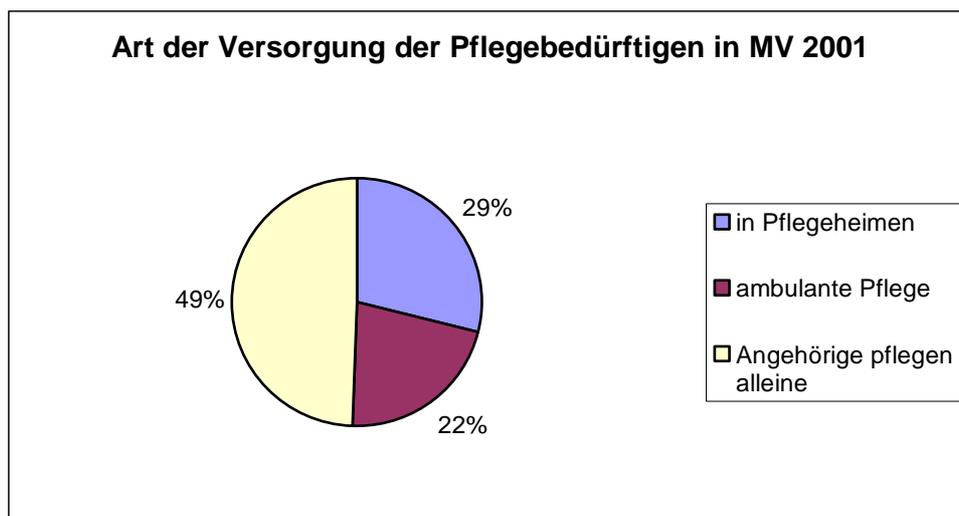


Abbildung 3: Art der Versorgung der Pflegebedürftigen in Mecklenburg Vorpommern 2001 [Quelle: Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern 2004]

2.2 Gesellschaftliche Situation der pflegenden Angehörigen

Im Folgenden wird der gesellschaftliche, familiäre und soziale Kontext, in dem pflegende Angehörige heute leben kurz beschrieben und ihre Motivation zur Übernahme der Pflege vorgestellt. Diese Aspekte werden in der vorliegenden Arbeit allerdings nicht nochmals thematisch aufgegriffen, da auf ihnen nicht der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt.

Als „Angehörige“ gilt nach dem Brockhaus *„der zu einer Familie gehörende Personenkreis“* (Brockhaus, 2000). Im bürgerlichen Gesetzbuch ist der Begriff „Angehörige“ nicht genauer definiert, im Strafrecht hingegen zählt man darunter *„Verwandte und Verschwägte gerader Linie, Adoptiv- und Pflegeeltern sowie Adoptiv- und Pflegekinder, Ehegatten und Geschwister und deren Ehegatten sowie Verlobte“*. Der Begriff „pflegende Angehörige“ wird hier in der Bedeutung gebraucht, dass damit Verwandte unterschiedlichen Grades, die entweder im gleichen Haushalt oder woanders leben, sowie enge Bezugspersonen gemeint sind.

Die eingangs genannten Zahlen bestätigen, dass die Familie noch immer als „der größte Pflegedienst Deutschlands“ bezeichnet werden kann. Gegenwärtig greifen noch 84% der Pflegebedürftigen in den Familien auf diese Ressource zurück.

Solange Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen im eigenen Wohnbereich leben, scheint die Versorgung gesichert. Blinkert und Klie sprechen hier von einer stabilen Netzwerkkonfiguration (Blinkert, Klie 1999).

Blickt man allerdings in die Zukunft, ist davon auszugehen, dass sich dieses Bild wandeln wird. Vermutlich wird sowohl die Leistungsfähigkeit der Familien, als auch die Bereitschaft zur Pflegeübernahme sinken.

Die Ergebnisse der Befragung zu Einstellungen gegenüber familiärer Pflege alter Menschen in der Munderkingen-Studie führten zu den Folgerungen, dass die abnehmende Pflegebereitschaft zu einem erhöhten Bedarf an Pflegeheimplätzen führen wird. Die geringste Bereitschaft selbst zu pflegen, zeigte sich bei den 40- bis 60- jährigen Befragten aus der bürgerlichen Mittelschicht. Die größte Bereitschaft zur Pflege war im traditionellen Unterschichtmilieu vorhanden (Blaumeister, Blinkert, Klie 2001).

Der gesellschaftliche Trend zur individuellen Selbstverwirklichung sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich bewirkt, dass sich immer mehr Menschen von herkömmlichen Bindungen und Orientierungen lösen. Mikrozensus-Daten lassen erkennen, dass mit einer Zunahme von individualisierten Lebensformen zu rechnen ist. Den Zusammenhang von Pflegebereitschaft und dem Grad „der Individualisierung“ von Angehörigen haben Blinkert und Klie (1999) untersucht. Hierbei stellten sie fest, dass bei Menschen mit einem traditionellen Lebensentwurf die Bereitschaft zur Pflegeübernahme eher vorhanden ist. Häufig ist dieser mit geringen Bildungs- und Finanzressourcen verbunden.

Von 1982 bis 1996 sank der Kreis der Menschen, die „das selber Pflegen“ am stärksten akzeptieren, von 41 auf 20% (Blaumeister 2001). Auch in „modernen Familien“ wird Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit gewährt, allerdings findet hier eine Entwicklung vom „selber pflegen“ zur „Organisation der Unterstützung“ statt (Blinkert, Klie 1999; bmfsfj 2001). Auf die Frage, warum Angehörige pflegen, wird in Interviews oft undifferenziert oder völlig verständnislos reagiert. Das lässt die Vermutung aufkommen, dass eine bewusste Auseinandersetzung mit dieser Frage bisher nicht stattgefunden hat. 50 von 408 Befragten antworteten bei einer 1991 durchgeführten Untersuchung, die Übernahme der Pflege sei für sie „selbstverständlich“ gewesen (Halsig 1995). Interpretiert wird diese Selbstverständlichkeit oftmals als moralische Einstellung, welche sich in Pflicht- und Schuldgefühlen ausdrückt (Hedtcke-Becker 1990; Buijssen 1996; Halsig 1995).

Die Norm, nach der emotionale oder materielle Rückerstattung zwischen den Generationen erwartet wird, ist in unserer Gesellschaft, wenn auch meist unausgesprochen, allgegenwärtig: *„In manchen Familien sind die Schuldgefühle eines Kindes gegenüber den Eltern dermaßen stark, dass keinerlei Hoffnung besteht, hier könnte je etwas zurückerstattet werden. Die Kinder behalten ihre unverrückbare Position in diesen loyalen, von Schuldgefühlen beladenen Beziehungen für immer bei.“* (Boszormenyi-Nagy, Spark 1995, S.263). Als weitere Gründe für die Pflegeübernahme werden benannt:

- Zuneigung und Verbundenheit: *„Ich liebe ihn doch“, „Ich liebe Mutter mehr als meinen Mann.“*
- Dankbarkeit, Wiedergutmachung: *„Sie hat doch früher auch so viel für mich getan.“*
- Vermeidung von Schuldgefühlen: *„Wenn sie ins Heim käme, das würde ich mir nie verzeihen.“*
- Lebensstrukturierung und Sinnggebung: *„Sie ist doch alles, was ich noch habe im Leben.“, „...eine Freude, die ich mir selbst mache.“, „Wenigstens weiß ich, wofür ich da bin.“*
- caritative oder christliche Einstellung: *„Ich habe immer versucht, allen zu helfen.“, „In der Bibel steht: Du sollst Vater und Mutter ehren.“*
- gegebene Versprechen: *„Auf dem Sterbebett hat Vater mir das Versprechen abgenommen, für Mutter zu sorgen, so lange es geht.“* (Hedtcke-Becker 1990, S.27).
- finanzielle Motive: gelegentlich spielen Verträge eine Rolle, z.B. wenn ein Hof übergeben wurde, mit der Auflage die Eltern zu versorgen, oder die Kinder befürchten die Kosten zur Heimunterbringung mit tragen zu müssen (Hörlle 1996).

Insgesamt betrachtet kann in den wenigsten Fällen von einer bewussten und freiwilligen Entscheidung zur Übernahme der Pflege ausgegangen werden. Bei der Interpretation aller Interviews und Umfragen zu diesem Thema geben die meisten Betroffenen (scheinbar) unabänderliche Gegebenheiten an, die den Ausschlag für die Übernahme der Pflege gegeben haben. Das heißt viele pflegende Angehörige erleben sich in dieser Situation als fremdbestimmt, was auch durch Sätze wie „*Was hätte ich denn sonst machen sollen?*“ zum Ausdruck kommt (Bracker 1988, S.146).

Die Pflege eines chronisch kranken alten Menschen stellt sich für die pflegenden Angehörigen als eine aufreibende, vielfach belastende Tätigkeit dar, wobei psychische Belastungen sowie die soziale Isolation im Vordergrund stehen. Aber auch die körperlichen und materiellen Belastungen spielen bei der Pflegeübernahme eine große Rolle. Die finanzielle Situation der pflegenden Angehörigen wird häufig dadurch erschwert, dass die Pflegeperson ihre Berufstätigkeit einschränken oder sogar ganz aufgeben muss.

Um Überforderungssituationen der Pflegenden zu vermeiden, müssen diese Belastungen durch ein weitgefächertes Spektrum verschiedener Hilfsangebote gemildert werden.

Im nächsten Kapitel werden die verschiedenen Hilfsangebote einzeln aufgeführt, erläutert und dargestellt, in welchem Umfang sie durch Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes getragen werden.

2.3 Soziale Absicherung von Pflegebedürftigkeit

Seit 1995 hat sich die soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit als eigenständiger Sozialversicherungszweig in Deutschland entwickelt. Seitdem sind für die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit nicht mehr die Krankenkassen zuständig, sondern die Pflegekassen als Träger der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

Das gesellschaftspolitische Ziel der Bundesrepublik Deutschland ist es, die häusliche Pflege zu fördern, zu unterstützen und ihr Vorrang vor stationärer Pflege zu gewähren. Dahinter stehen ethische und moralische Absichten, aber auch finanzielle Gründe: denn ambulante Pflege ist kostengünstiger als stationäre, allerdings nur, wenn sie ganz oder teilweise von pflegenden Angehörigen geleistet wird (bmfsfj 2001).

Die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbundenen Ziele fasst die Bundesregierung in ihrem ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung zusammen:

1. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit soll sozial abgesichert werden.
2. Die durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen sollen abgemildert und ein Angewiesensein auf die Sozialhilfe verhindert werden.

3. Es soll der zukünftigen demographischen Entwicklung Rechnung getragen werden.
4. Der Verbleib der Pflegebedürftigen in der häuslichen und familiären Umgebung soll möglichst lange gewährleistet werden.
5. Die soziale Sicherung der Pflegepersonen soll verbessert werden, um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern.
6. Die Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik soll auf- und ausgebaut werden (Deutscher Bundestag 1997).

Mit diesen Zielen sind die pflegenden Angehörigen implizit angesprochen. Sie sind, wie Klie es ausdrückt (1997, S.18): *„...als Bürger angesprochen, verpflichtet zur Solidarität, in Grenzen anspruchsberechtigt, etwa hinsichtlich sozialer Sicherungsleistungen, aber von der Mitwirkung in den individuellen und kollektiven sozialrechtlichen Fragen ausgeschlossen.“*

Für die Organisation der Pflegeversicherung gibt es auf Trägerseite keine einheitliche Regelung der Finanzierung. Außerdem bleibt es in den Fällen, in denen die Träger die erforderlichen pflegerischen Leistungen nicht vollständig finanzieren, bei einer Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen. Folgende Träger können zuständig sein:

- Gesetzliche Pflegeversicherung,
- Private Pflegeversicherung,
- Beihilfe (für Beamte),
- Gesetzliche Unfallversicherung,
- Sozialamt.

Als wichtigster Träger ist hier die Gesetzliche Pflegeversicherung zu nennen, welche im 11. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) geregelt ist. Nach rund zwanzigjähriger Debatte trat sie am 01.01.1995 als 5. Säule des Sozialversicherungssystems in Kraft (Hofmann, Naegele 2000). Die Gesetzliche Pflegeversicherung umfasst nahezu alle Bevölkerungsgruppen nach dem Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“. Pflichtversichert sind hier alle krankenversicherungspflichtigen Personen, sowie deren Kinder und Ehepartner, wenn ihr monatliches Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreitet. Ab 1997 sind auch Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz in der Pflegeversicherung mitversichert. Die in der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Versicherungspflichtgrenzen und Beitragsbemessungsgrenzen gelten auch für die Pflegeversicherung.

Wer in einer Privaten Krankenkasse versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen, welche die gleichen Leistungen gewährleistet, wie die Gesetzliche Pflegeversicherung.

1996 wurden stufenweise Vorversicherungszeiten eingeführt. Ab dem Jahr 2000 ist nur noch derjenige leistungsberechtigt, der innerhalb einer Rahmenfrist von 10 Jahren eine Vorversicherungszeit von 5 Jahren nachweisen kann.

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung geht das Gesetz von folgenden Grundsätzen aus:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sind einkommens- und vermögensunabhängig.
- Prävention und Rehabilitation haben Vorrang vor Pflege.
- Es ist keine Vollversorgung der Pflegepersonen beabsichtigt, sondern die pauschalisierten Geld- und/ oder Sachleistungen sollen lediglich einen Zuschuss zu den Kosten ausmachen („Teilkaskoversicherung“).
- Die häusliche Pflege hat Vorrang vor der stationären Unterbringung.
- Ehepartner, Familie und ehrenamtliche Pflegepersonen sollen verstärkt in die Pflege einbezogen werden (ebd.).

Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich auf Personen, die nach der Legaldefinition des § 14 SGB XI „pflegebedürftig“ sind.

„Danach ist pflegebedürftig, wer wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß Hilfe bedarf“ (Böhme 1996, S.61).

Damit beziehen sich die Kriterien der Pflegebedürftigkeit nicht nur auf ältere Menschen, sondern generell auf Menschen mit Behinderungen.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird durch drei Pflegestufen bestimmt, welche jeweils unterschiedliche Leistungen nach sich ziehen (Hofemann, Naegele 2000):

Pflegestufe 1

Das sind Personen, die bei der Körperpflege, bei der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe 2

Hier ist mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe notwendig und zusätzlich mehrfach in der Woche bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen.

Pflegestufe 3

Hierzu zählen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Das Gesetz sieht hier zusätzlich zeitliche Vorgaben vor. Der Zeitaufwand für den Hilfebedarf in Pflegestufe 1 muss durchschnittlich mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die reine Pflege mindestens 45 Minuten entfallen müssen. In Pflegestufe 2 erhöht sich der Zeitaufwand auf durchschnittlich 3 Stunden am Tag (mindestens 2 Stunden für den pflegerischen Aufwand). Für die Pflegestufe 3 wird ein Zeitaufwand von wenigstens 5 Stunden (mindestens 4 Stunden reine Pflege) vorgegeben.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung in die entsprechende Pflegestufe wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen.

Im Pflegeversicherungsgesetz wird nach folgenden Leistungsarten unterschieden (ebd.):

1. Häusliche Pflegehilfe – Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI),
3. Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI),
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),
5. Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI),
7. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI),
8. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI),
9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
10. Pflegekurse für Angehörige und Ehrenamtliche (§ 45 SGB XI).

Häusliche Pflegehilfe – Pflegesachleistung:

Pflegebedürftige können bei Bedarf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch professionelle Pflegekräfte als Sachleistung beantragen, dabei finanzieren die Pflegekassen Pflegeeinsätze bis zu oben genannter Höchstgrenze, je nach Pflegestufe. Voraussetzung für die kostenlose Inanspruchnahme einer Pflegesachleistung ist jedoch, dass die Pflegekraft einer Einrichtung angehört, welche mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag mit den entsprechenden Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen hat.

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Als Alternative zur Pflegesachleistung können Pflegebedürftige auch ein Pflegegeld beantragen um die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Das Pflegegeld ist je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt (Abbildung 4). Dabei ist das Pflegegeld nicht als Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen zu betrachten, sondern als Anreiz zum Erhalt der privaten Pflegebereitschaft bei Angehörigen, Freunden und Nachbarn. Beim Bezug von anderen Sozialleistungen wird diese Form des Pflegegeldes nicht dem Einkommen angerechnet. Weiterhin verliert die Pflegeperson auch nicht den Anspruch auf die beitragsfreie Familienversicherung. Das Pflegegeld wird von der Pflegekasse direkt an den anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen gezahlt.

Pflegegeld und Pflegesachleistung können auch kombiniert werden (*Kombinationsleistung*). Die selbst beschaffte Pflegeperson ist in die gesetzliche Unfallversicherung einbezogen und je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegetätigkeit werden Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekassen gezahlt. Die Zahlung des Pflegegeldes soll zu einer verbesserten Versorgungssituation des Pflegebedürftigen beitragen. Um hier Mitnahmeeffekte auszuschließen, werden vom Medizinischen Dienst entsprechende Kontrollen durchgeführt.

	Pflegesachleistung Euro / Monat	Pflegegeld Euro / Monat
Pflegestufe 1 „erheblich Pflegebedürftige“	384,-	205,-
Pflegestufe 2 „Schwerpflegebedürftige“	921,-	410,-
Pflegestufe 3 „Schwerstpflegebedürftige“	1432,- in Härtefällen 1918,-	665,-
Kurzzeitpflege	1432,- max. 28 Tage im Kalenderjahr	
Tages- und Nachtpflege	384,-/ 921,-/1432,- je nach Pflegestufe	
Vollstationäre Pflege	1023,-/1279,-/1432,- je nach Pflegestufe; in Härtefällen bis zu 1688,-	

Abbildung 4: Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Leistungsarten [Quelle: Hofemann, Naegele 2000]

3. Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege: Kundenzufriedenheit durch Dienstleistungsqualität

3.1 Bedeutung der Qualitätsentwicklung

Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement haben sich auch im ambulanten Pflegedienstsektor als die bestimmenden Wettbewerbsfaktoren herauskristallisiert und sollten daher auch als vorrangige Unternehmensziele betrachtet werden (Görres, 1996). Die ambulante Pflege besteht aus einer Palette von Dienstleistungen, deren Qualität es festzulegen, zu verbessern und zu sichern gilt.

Besonders für die Pflege empfangenden Menschen in der ambulanten Pflege ist ein hohes Qualitätsniveau von großer Bedeutung, denn es beeinflusst das Wohlbefinden und das Geborgenheitsgefühl. Auch eine möglichst frühzeitige Krankenhausentlassung, sowie das Gelingen von Rehabilitationsmaßnahmen hängen entscheidend von der Qualität der ambulanten Pflege ab.

Bei den pflegenden Angehörigen entscheidet die Qualität der psychischen Begleitung sowie der praktischen Anleitung und Beratung durch Pflegefachkräfte über ihre Pflegekompetenz und ihr Selbstvertrauen.

Eine hohe Pflegequalität ist auch von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung sowohl in humaner Sicht (Stärkung der Angehörigenpflege) als auch in finanzieller Hinsicht (Verhütung/Verkürzung der Krankenhausbehandlung, Stärkung der Selbstversorgung der Betroffenen).

Schon zu Anfang der achtziger Jahre forderte die WHO in ihrem Programm: Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000, im Ziel Nr. 31, dass es bis zum Jahr 1990 in den Gesundheitssystemen aller Mitgliedsländer „*effektive Verfahren zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung*“ geben soll. Laut WHO sei dies zu erreichen, durch Methoden und Verfahren zur systematischen Überwachung der Qualität der Patientenversorgung und durch Unterweisung aller Gesundheitsberufe in Fragen der Qualitätssicherung (WHO 1985).

Gesetzliche Verpflichtungen zur Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen wurden allerdings erstmals mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes 1989 geschaffen. Hier wurde für den Krankenhausbereich eine Qualitätssicherungsverpflichtung in § 137 SGB V niedergelegt (Igl, Klie 2002). Im Laufe der Jahre kam es im Zuge von Novellierungen des Krankenversicherungsrechtes zur Weiterentwicklung, Konkretisierung und Ausweitung der gesetzlichen Grundlagen.

Seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes 1995 hat das Thema Qualitätssicherung in der pflegepolitischen Diskussion erheblich an Stellenwert gewonnen, und zwar in dreierlei Hinsicht: *„Sie ist Kontrapunkt in der bisherigen Qualitätssicherungsdebatte und Praxis in der Bundesrepublik, sie betrifft zum ersten Mal ausdrücklich und spezifisch die Pflege und sie ist als ein in sich geschlossener Entwurf ein sozialrechtlich formuliertes Konzept, das auf Ausgestaltung und Umsetzung; nicht aber auf evolutionäre Vervollständigung setzt.“* (Dangel, Korporal 2002, S.35).

Für die Programmatik der Qualitätssicherung in der Pflege stehen die Schlüsselvorschriften der §§80 und 112 SGB XI. Hier werden die zugelassenen Pflegeeinrichtungen in § 80 Abs.2 verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Weiterhin wird verlangt, dass die Leistungsträger und Pflegeeinrichtungen gemeinsam Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Pflege und Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen vereinbaren. Leistungsträger und Pflegeeinrichtungen sind diesem Auftrag mit der Formulierung der „Gemeinsame(n) Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995“ nachgekommen. Hier wird festgelegt, dass ein ambulanter Pflegedienst „Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ selbst bestimmen kann und diese dann auch umsetzt. An Maßnahmen der externen Qualitätssicherung soll er sich beteiligen.

Als Maßnahmen der internen Qualitätssicherung werden vorgeschlagen: *„...die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Einsetzung von Qualitätsbeauftragten, die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen, die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards, die Durchführung von Kundenbefragungen...“* (Bekanntmachung 1996, S.4).

Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden als externe Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgeschrieben. Diese werden zum Teil schon flächendeckend (Baden–Württemberg), sowie in den anderen Bundesländern noch stichprobenartig durchgeführt.

Über die bisherigen Regelungen hinausgehend, verlangt das „Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege“ (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) vom 01.01.2001, dass ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und weiterzuentwickeln ist, mit dem Ziel der *„stetigen Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“* (Bundesrat, Drucksache 456/01). Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ordnet die bereits bestehenden Vorschriften zur Qualitätssicherung neu und nimmt eine Hierarchisierung und auch eine Gewichtung der Regelungen vor.

3.2 Dimensionen der Pflegequalität

Bis heute gibt es kein allgemein gültiges und akzeptiertes Verständnis von Pflegequalität. Um in einem ambulanten Pflegedienst Qualitätssicherung betreiben zu können, muss allen Beteiligten klar sein, was unter „Qualität“ (qualis= Güte, Wert) verstanden werden soll.

Die Definition von Avedis Donabedian gibt einen Anhalt für das Festlegen von Pflegequalität, die sich auf die Ziele des Gesundheitswesens bezieht. Demnach ist Pflegequalität der *„...Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Pflege. Qualität der Krankenpflege ist die Übereinstimmung zwischen der wirklichen Pflege und den zuvor formulierten Standards und Kriterien...“* (Schroeder-Hartwig 1995, S.477). Das bedeutet, dass eine hier nicht benannte Institution die Standards für die Pflegequalität festlegen muss, welche sich aber gleichzeitig an den *„Zielen des Gesundheitswesens“* auszurichten haben. An den Qualitätsbestimmungen der ambulanten Pflege sind gegenwärtig eine Reihe von Personen und Institutionen beteiligt. Sie stellen Qualitätsanforderungen und schaffen Rahmenbedingungen, welche ein bestimmtes Qualitätsniveau nach sich ziehen. Für den ambulanten Pflegebereich sind hier vor allem das Pflegeversicherungsgesetz, das ergänzende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, die Qualitätsvereinbarungen der Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Spitzenverbände des Medizinischen Dienstes sowie die Leistungserbringer und der § 135 a des SGB V zu nennen (Bekanntmachung, 1996).

Im folgenden Überblick sind die die geforderten Qualitätssicherungsmerkmale der Pflege, welche im Pflegeversicherungsgesetz und den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung verankert sind, dargestellt.

Zentrale Qualitätssicherungsnormen nach dem Pflegeversicherungsgesetz:

- *„Hilfe ein möglichst selbständiges Leben zu führen“* (§2 Abs. 1 SGB VI);
- Leben, *„das der Würde des Menschen entspricht“* (§ 2 Abs.1 §11 Abs. 1 SGB XI);
- Rücksicht auf die *„religiösen Bedürfnisse“* der zu pflegenden Menschen (§2 Abs. 3 SGB XI);
- *„humane und aktivierende Pflege“*; *„Aktivierung des Pflegebedürftigen“* (§11 Abs. 1, §28 Abs. 4SGBXI);
- *„Bedürfnisse...nach Kommunikation“* berücksichtigen (§11 Abs. 1, §28 Abs.4 SGB XI);
- Pflege, Versorgung und Betreuung muss *„entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“* erbracht werden (§11 Abs. 1, §28 Abs.2 SGBXI).
- *„Vorrang von Prävention und Rehabilitation“* auch bei Pflegebedürftigen (§ 5 SGB XI).

Zentrale Qualitätssicherungsnormen nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege:

- „*fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege*“ (Bekanntmachung 1996, 1.1);
- Pflege „*zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen*“ (ebd.);
- „*eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglichen*“ (ebd.);
- „*Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern schaffen*“ (ebd.);
- „*flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalls reagieren*“ (ebd.);
- „*die individuelle Lebenssituation und die Selbstversorgungskompetenz des Pflegebedürftigen respektieren und fördern*“ (ebd.);
- Pflege muss „*unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft*“ erbracht werden (ebd.).

Der Gesetzgeber bezieht sich in den Qualitätsvereinbarungen der Leistungserbringer mit den Pflegekassen auf die Qualitätsdimensionen nach *Avedis Donabedian*, denn die von ihm formulierten Dimensionen für Dienstleistungsfähigkeit - Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität – haben sich auch in der Pflege durchgesetzt (Görres 1996).

Die Strukturqualität beinhaltet dabei u.a. die Rahmenbedingungen, den Pflegedienstaufbau, die Ablauforganisation, Kommunikationsstrukturen der vorhandenen Einrichtung usw. (siehe Abb.5). Die Prozessqualität spiegelt die Qualität aller Handlungen im Rahmen der mittelbaren und unmittelbaren Versorgung wider. Dazu zählen im Pflegebereich unter anderem die korrekte Pflegeplanung und die Durchführung pflegerischer Maßnahmen entsprechend der vorhandenen Pflegestandards. Die Ergebnisqualität hingegen erfasst jene Veränderungen des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit der Betroffenen, welche auf die medizinischen bzw. pflegerischen Interventionen zurückzuführen sind. Nicht immer lassen sich die einzelnen Qualitätsmaße eindeutig einer der drei Dimensionen zuordnen, trotz allem ist die Triade Struktur, Prozess und Ergebnis ein hilfreiches Ordnungsschema für die Vielzahl existierender Qualitätsmaßstäbe (Herold 2002).

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Rahmenbedingungen: Finanzierung Begutachtungsverfahren(MDK) Pflegedienstaufbau: juristische Form, Hierarchie Ablauforganisation: organisatorische Regelungen Führungsstil Kommunikationsstrukturen Mitarbeiterinnen: Anzahl, Qualifikation Ausstattung: Räume, Autos, EDV sonstige Mittel: zur Planung, Dokumentation und Ausführung der Pflege sowie für die Verwaltung	→ Planung, Ausführung und Bewertung aller Aufgaben → Pflege, Beratung, Anleitung Leitung, Verwaltung → Pflegestandards → Pflegedokumentation	→ Kundinnenzufriedenheit → Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen → Ergebnisse der Evaluierung von Pflege und Leitung → Zielerreichung → Mitteleinsatz im Verhältnis zu den Ergebnissen

Abbildung 5: Die drei Dimensionen der Pflegequalität in der ambulanten Pflege
 [Quelle: Herold, 2002, S.428]

Die bereits aufgeführten Qualitätsanforderungen der verschiedenen Institutionen zielen auf ein breites Spektrum von Aspekten der Pflegequalität.

Pflegedienste können innerhalb dieser Rahmenbedingungen das Qualitätsniveau ihrer sächlichen, organisatorischen und wirtschaftlichen Strukturen (Strukturqualität), sowie ihrer – in der Interaktion mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen – zu leistenden Pflege (Prozessqualität) und die anzustrebenden Pflegeergebnisse (Ergebnisqualität) selbst bestimmen. Es müssen eigene Standards entwickelt werden, denn messbare Pflegequalität setzt vorhandene Standards voraus (ebd.).

3.3 Kundenbefragung als Element der Qualitätssicherung

Nicht nur die anstehenden Erweiterungen des Qualitätsdenkens in der ambulanten Pflege, welche durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz angeregt wurden, sondern auch die wachsende Bedeutung der Kundenorientierung allgemein, machten es erforderlich, auch in kleineren Pflegeeinrichtungen Informationen über die Zufriedenheit der Kunden zu erhalten.

Entgegen der Meinung, dass sich Kundenorientierung vorwiegend auf die Pflegebedürftigen selbst als Bedarfsträger beschränkt, sollten darüber hinaus weitere Zielgruppen betrachtet werden. An dieser Stelle wären hier zu nennen die Hausärzte, die behandelnden Krankenhäuser sowie die pflegenden Angehörigen, welche als Auftraggeber von ambulanten Pflegeleistungen als indirekte Kunden des Pflegedienstes auftreten.

Die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen steht in besonders enger Beziehung zu den Pflegebedürftigen und besitzt erfahrungsgemäß einen großen Einfluss darauf, was den Kauf von Pflegeleistungen anbetrifft. Aber wie zufrieden müssen pflegende Angehörige mit der Qualität der angebotenen Pflegeleistungen sein, um die bestehende Inanspruchnahme der Dienste zu erhalten oder zu erhöhen?

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wird die Kundenbefragung als ein Instrument der Wahl aufgeführt, das Leistungserbringer zur Darstellung ihrer Ergebnisqualität einsetzen können.

Die Kunden ambulanter Pflegedienste treten mit unterschiedlichen Bedürfnissen mit den Pflegeeinrichtungen in Kontakt. Die Resultate von Kundenbefragung können zur Klärung der konkreten Kundenerwartungen und damit zu einem zielgerichteten und effektiven Angebot beitragen. Eine Kundenbefragung macht transparent, wie der Pflegedienst vom Kunden wahrgenommen wird und wo die Stärken und Schwächen aus Kundensicht gesehen werden. Ob nun qualitativ, betriebswirtschaftlich (*„nur zufriedene Kunden bringen den Umsatz und empfehlen uns weiter“*) oder eher wertorientiert (*„zufriedene Kunden sind Teil unserer Wertorientierung, unseres Leitbildes“*) argumentiert: Kundenbefragungen sind in jedem Fall ein leistungsfähiges Instrument der Qualitätssicherung und gehören als Pflichtelement in jedes Qualitätssicherungskonzept (Schuhen 2002).

Zurzeit sind Kundenbefragungen in Pflegeeinrichtungen noch keine Selbstverständlichkeit. Kundenkritik wird oftmals als „Nörgeln“ interpretiert und häufig nicht an die Leitung weitergetragen. Pflegedienste, welche anstreben, eine kundenorientierte Einrichtung und verlässlicher Partner von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu sein, sollten in regelmäßigen Abständen Kundenbefragungen durchführen. Parallel dazu ist es sinnvoll, ein entsprechendes Beschwerdemanagementsystem einzurichten, um die Kritik von Kunden, Mitarbeitern sowie Kooperationspartnern als Chance für eine Qualitätsverbesserung wahrzunehmen, indem auf Beschwerden umgehend und individuell reagiert wird (Reck-Hog 2000).

3.3.1 Konstrukt der Kundenzufriedenheit

Es gibt in der einschlägigen Literatur bis heute keine einheitliche Definition für Kundenzufriedenheit. Die meisten Forscher folgen dem Confirmation/ Disconfirmation-Ansatz (C/D-Paradigma), wonach Kundenzufriedenheit das Ergebnis individueller Abgleichsprozesse zwischen den individuellen Erwartungen an bestimmte Leistungen und den subjektiven Wahrnehmungen/Beurteilungen der Leistungen darstellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Zufriedenheit bei Übererfüllung der Erwartung einstellt, während negative Abweichungen Unzufriedenheit auslösen. Wenn die Erwartungen also nicht übertroffen werden, stellt sich das Gefühl der Indifferenz beim Kunden ein (Wimmer, Roleff 1998).

Dieses Modell wurde um eine qualitative Dimension von Stauss und Neuhaus (1995) erweitert: Zufriedenheit/Unzufriedenheit differiert nicht nur in Intensität (von unzufrieden über different bis zufrieden) sondern auch bezüglich der Art (fordernde/ stabile Zufriedenheit oder fordernde/ stabile/ resignative Unzufriedenheit).

Die Autoren des Kano-Modells (Bailom et al 1996) gehen davon aus, dass hohe Kundenzufriedenheit vor allen Dingen dann entsteht, wenn Pflegeeinrichtungen Dienste anbieten und erbringen, welche nicht bzw. nicht in dieser Form erwartet wurden. Wenn nur bestehende Erwartungen erfüllt werden, entstehen keine besonderen Gefühle. Werden Erwartungen nicht erfüllt, entsteht Unzufriedenheit. Somit sollten ambulante Pflegeeinrichtungen versuchen ihre Kunden zu überraschen. Aus diesem Grunde spricht man von drei verschiedenen Leistungsanforderungen der Kunden, welche jeweils unterschiedliche Zufriedenheitsintensität auslösen:

- Basisanforderungen
- Leistungsanforderungen
- Begeisterungsanforderungen

Wenn eine professionelle Pflegeperson ihrem Beruf entsprechende Leistungen erbringt, wird dieses von der pflegeempfangenden Person als normal und ihren Forderungen entsprechend empfunden. Ausdrücklich von der Kundin verlangte Leistungsanforderungen werden entsprechend dem Grad des Erfüllungsniveaus hohe Zufriedenheit erzeugen. Die höchste Zufriedenheit stellt sich ein, wenn Leistungen erbracht werden, die Begeisterungsanforderungen erfüllen, welche über den Erwartungen liegen (Herold 2002).

Ziel eines jeden Pflegedienstes ist die Erreichung höchstmöglicher Kundenzufriedenheit.

Daher ist es mit Sicherheit lohnenswert, sich über Begeisterungsanforderungen der Kunden Gedanken zu machen. Wenn man sich allerdings differenzierte Informationen über die Beurteilung einzelner Pflegeelemente verschaffen und die Kundenzufriedenheit erfassen möchte, ist es notwendig, konkret nachzufragen und eine Kundenbefragung zu veranlassen.

3.3.2 Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten - zum gegenwärtigen Forschungsstand

Die Zufriedenheit auf dem Gebiet der ambulanten Pflegedienstleistungen ist zum derzeitigen Stand noch wenig erforscht. Wohingegen die Zufriedenheitsforschung im klinischen Bereich bereits auf eine langjährige Tradition verweisen kann.

Im ambulanten Pflegedienstleistungssektor wurden zwar schon frühzeitig Erhebungen zur Qualitätssicherung durchgeführt, die subjektive Nutzerzufriedenheit wurde dabei allerdings ausgeklammert. Erst in den letzten Jahren gab es einige Studien, welche diese berücksichtigen (Bendel et al 2000).

Im folgenden Kapitel sind die jüngeren Ansätze der Kundenzufriedenheitserhebungen im ambulanten Pflegedienstleistungssektor dargestellt. Wobei darauf hingewiesen wird, dass bei der Recherche keine Zufriedenheitsmessungen mit pflegenden Angehörigen gefunden wurden. Bei den aufgeführten Untersuchungen handelt es sich um Befragungen, welche direkt an die Pflegebedürftigen gerichtet waren.

Die Bemühungen der Verbraucher-Zentrale Hamburg 1996, einen Einblick in die Lage Pflegebedürftiger zu gewinnen, kann nur einen explorativen Charakter für sich beanspruchen, da es sich hierbei lediglich um dreizehn qualitative Leitfadeninterviews handelte (Verbraucher-Zentrale Hamburg 1998). Dessen ungeachtet, werden hier erstmals zentrale Problemlagen aufgezeigt: fehlende Entscheidungshilfen bei der Pflegedienstauswahl, zeitliche Unflexibilität und Fremdbestimmtheit der Pflege, Belastungen durch ständigen Pflegekraftwechsel, Zeitmangel und der Umgang mit Beschwerden (ebd.).

Das Institut für Arbeit und Technik in Gelsenkirchen führte 1996 eine standardisierte, schriftliche Befragung zur Kundenzufriedenheit in neun privaten Pflegediensten durch (Bandemer 1997). Die Ergebnisse dieser Studie (n=271) liefern wichtige Hinweise. Die überwiegend geäußerte Zufriedenheit mit den Pflegediensten gründete sich hier vor allem auf die Pflegequalität und die Freundlichkeit des Personals, wobei dem Einsatz der gleichen Pflegekraft und auch die Versorgung mit Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten eher eine nachrangige Bedeutung zugewiesen wurden.

Im Rahmen seines Zertifizierungsverfahrens führt der TÜV Rheinland Kundenbefragungen in Form von Leitfadeninterviews durch (Reck-Hog 1997). Dieser Leitfaden lehnt sich an den „Client Satisfaction Questionnaire“ an, welcher speziell für ambulante Pflegedienste modifiziert wurde. Eine Auseinandersetzung mit diesem Erhebungsinstrument, sowie mit den Ergebnissen ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, da diese Untersuchung bisher nicht publiziert wurde.

Das Österreichische Rote Kreuz erhob Daten über die Zufriedenheit mit Leistungen der Hauskrankenpflege, Altenbetreuung und Heimhilfe (Wild, Strümpel 1996). Hier wurden neben sieben qualitativen Interviews, insgesamt zweihundert schriftliche Befragungen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens, welcher u.a. an den „Client Satisfaction Questionnaire“ anlehnt, durchgeführt. Als sehr wichtig bewertet wurde hier, die persönliche Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient, bezogen auf die Freundlichkeit und fachliche Kompetenz der jeweiligen Betreuungsperson. Als besonders kritisch erwiesen sich der häufige Personalwechsel, das Erhalten von Anleitung durch das Pflegepersonal, sowie die Möglichkeit der Mitbestimmung über den Zeitpunkt des Einsatzes.

In einer vom Zentrum für Planung und Evaluation der Universität Gesamthochschule Siegen durchgeführten schriftlichen Befragung (n = 827) unter Nutzern familienunterstützender Dienste, fiel die Bewertung der Dienste durch die Nutzer sehr positiv aus (McGovern et al. 1998). Die Befragten hatten die Möglichkeit ihre Zustimmung oder Ablehnung zu vierundzwanzig Qualitätsmerkmalen in Form von Thesen zum Ausdruck zu bringen. Hierbei handelte es sich einerseits um die strukturelle Qualität der Dienstleistungen, andererseits auch um Aussagen zu den Leistungen der Einsatzkräfte.

Als übereinstimmendes Ergebnis der bisherigen Zufriedenheitsforschung von Patienten im Gesundheitswesen kann von einer besonderen Bedeutung der kommunikativen Interaktion zwischen Dienstleistungserbringer und Dienstleistungsnehmer ausgegangen werden (Smith 1992, Leimkühler 1995). Eine zentrale Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang auch dem Erhalt von autonomen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen zu (Elbek, Fecteau 1990).

4. Kundenorientierung im ambulanten Pflorgeteam der AWO Wittenburg/ Zarrentin

4.1 Vorstellung der Einrichtung und deren Leistungsspektrum

Nach der politischen Wende 1989 haben sich im Laufe des Jahres 1990 Ortsvereine der Arbeiterwohlfahrt im Landkreis Ludwigslust (Mecklenburg-Vorpommern) gegründet. Damals haben rund 250 Mitglieder in fünf Ortsvereinen den Grundstein des jetzigen Verbandes gelegt. Seit der Gründung des Kreisverbandes der Arbeiterwohlfahrt Ludwigslust / Hagenow e.V. ist das sozialpolitische Engagement der AWO deutlich sichtbar geworden und nach wie vor sehr gefragt. Zu den Einrichtungen des Verbandes gehören Kindertagesstätten, Sozialstationen, Begegnungsstätten für Senioren und Jugendliche, Kinder- und Jugendhilfestationen sowie verschiedene Beratungsstellen (Schuldnerberatung, soziale Beratung, Suchtberatung, Aussiedlerberatung). Die große Vielfalt des Angebotes in der sozialen Arbeit berücksichtigt dabei die Interessen der Bewohner des Landkreises in allen Lebenslagen.

Das ambulante Pflorgeteam der AWO Wittenburg / Zarrentin, ebenfalls in Trägerschaft des Kreisverbandes Ludwigslust / Hagenow e.V. betreut zur Zeit etwa 90-100 Bürger auf einer Fläche von ca. 210 km² im Umkreis der Kleinstädte Wittenburg und Zarrentin.

Als zentrale Anlaufstelle des Pflorgeteams ist die Schulstraße 8 in Wittenburg für alle Kunden sehr gut zu erreichen. Von Montag bis Freitag kann hier von 7:00 bis 14:00 Uhr der persönliche Kontakt aufgenommen werden. In Notfällen ist der Pflegedienst durch eine ständige Rufbereitschaft 24 Stunden am Tag und in der Nacht erreichbar.



Abbildung 6: Geschäftsräume des AWO Pflorgeteams in Wittenburg

Das Mitarbeiterteam setzt sich zusammen aus acht Krankenschwestern, einer Altenpflegerin, neun Pflegehelferinnen, einer Mitarbeiterin in der Verwaltung sowie einem Zivildienstleistenden. Die Funktion der Fachaufsicht über den Pflegedienst wird seit fast zwei Jahren durch der Autorin sichergestellt, welche als examinierte Kinderkrankenschwester auf mehrjährige praktische Berufserfahrungen in verschiedenen Pflegeeinrichtungen verweisen kann.



Abbildung 7: Mitarbeiter des Pflegeteams der AWO Wittenburg / Zarrentin

Das Pflegeteam verfügt über ein für alle Mitarbeiter verbindliches Pflegekonzept, welches für alle Kunden und andere Interessierte jederzeit zur Verfügung gestellt werden kann.

Mit der Umsetzung des Pflegekonzeptes werden folgende Ziele verfolgt:

- umfassende Information und Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen vor Pflegebeginn
- systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Mitarbeiter sind informiert über Leistungsspektrum und Ziele des Pflegedienstes und setzen diese um
- kontinuierliche, fachgerechte Versorgung aller Kunden.

Der Pflegedienst erbringt Leistungen die mit den entsprechenden Leistungsträgern (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Kunde als Selbstzahler) abgerechnet werden können.

Da die unmittelbare Kranken- und Altenpflege nicht isoliert für sich geleistet werden kann, ist die Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Fach-, Hausarzt, dem Krankenhaus, den Angehörigen sowie weiterer am Pflegeprozess Beteiligter von großer Bedeutung.

Der umfangreiche Leistungskatalog aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes, die vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten und die Finanzierungsfragen sind wichtiger Bestandteil in der Beratung der Kunden.

Der Pflegedienst leistet ärztlich verordnete Behandlungspflege im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege entsprechend der vertraglichen Regelungen mit der AOK, BKK und IKK sowie des VdAK gem. §132 SGB V / §132a SGB V , wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist oder Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die Behandlungspflege umfasst ärztlich verordnete medizinische Hilfeleistungen, welche durch Pflegefachkräfte erbracht werden müssen. Zu den Leistungen zählen:

Bronchialtoilette, Dekubitusversorgung, Einlauf, medizinische Einreibung, Injektion, Katheterisierung, Sondenbehandlung, Stomaversorgung, Verbandwechsel, Medikamentengabe, Blutdruckkontrolle, Blutzuckermessung und Haushaltshilfe.

Weiterhin werden durch den Pflegedienst Leistungen der Grundpflege angeboten, welche Unterstützung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität liefern.

Die Grundpflege umfasst Leistungen:

- in Krankheitsfällen (SGB V)
- bei mindestens erheblicher Pflegebedürftigkeit (SGB XI)
- bei Pflegebedürftigkeit unterhalb und außerhalb der Eingangsvoraussetzungen der Pflegeversicherung (BSHG).

Sie wird durchgeführt unter Beachtung des Befindens, des Hilfe- und Versorgungsbedarfs und unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen. Dabei erfolgt die individuelle Pflege unter Achtung der Persönlichkeit und der Lebensgewohnheiten der Pflegebedürftigen. Die Pflegeziele, Pflegeplanung und Pflegemaßnahmen werden in Teamarbeit unter Beteiligung der Kunden konkret formuliert und fortlaufend dokumentiert.

Zurzeit werden u.a. die folgenden geltenden Leistungskomplexe gemäß SGB XI angeboten:

- Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe
- Kleine Morgen- / Abendtoilette
- Große Morgen- / Abendtoilette
- Teilkörperpflege
- Ganzkörperpflege
- Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
- Lagern / Betten / Mobilisieren
- Aufbereitung und Verabreichung von Sondenkost
- Darm- und Blasenentleerung
- Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung
- Begleitung bei Aktivitäten.

Zum Leistungsspektrum des ambulanten Pflegedienstes gehört außerdem die hauswirtschaftliche Versorgung mit Angeboten, die sich auf die Weiterführung des Haushaltes beziehen. Dazu gehören Einkäufe, Zubereitung von Mahlzeiten, Wohnraumreinigung und Wäscheversorgung. Für die Finanzierung gelten die gleichen Grundlagen wie für die Grundpflege wobei die individuellen Wünsche und Vorstellungen der Kunden beachtet werden. Über gesetzlich finanzierte Leistungen hinausgehende Aufträge werden mit dem Kunden privat abgerechnet. Entsprechend werden u.a. folgende zurzeit geltende Leistungskomplexe gemäß SGB XI angeboten:

- Beheizen der Wohnung
- Reinigung des unmittelbaren Wohnbereichs der Wohnung
- Wechsel und Waschen der Kleidung
- Einkaufen
- Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen.

Parallel zu den direkten Leistungen in der Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird in der ganzheitlichen Pflege und Versorgung auf die Integration von psychosozialen Aspekten besonderer Wert gelegt. Wenn der Bedarf umfangreicher ist, als es gesetzliche Finanzierungsmöglichkeiten zulassen, z.B. bei psychosozialer Beratung in besonderen Konfliktsituationen, kommt eine private Rechnungsstellung in Frage.

Zusätzlich sind spezielle Beratungsangebote bzw. die Vermittlung solcher u.a. in folgenden Bereichen möglich:

- Psychosoziale Beratung
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfe
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
- Beratungsbesuche für Pflegegeldempfänger gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI.

Zu den angebotenen Serviceleistungen gehören weiterhin Fahrdienste, Begleitedienste und die Medikamentenbeschaffung, welche die Kunden bei Bedarf selbst finanzieren. Ferner bietet der Pflegedienst in Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern die Vermittlung weitergehender Leistungen an. Zu diesen Leistungen gehören Tagespflege, Kurzzeitpflege, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Physiotherapie, Fußpflege und Friseur. Bei Bedarf wird auch der Umzug von der Häuslichkeit in eine stationäre Einrichtung unterstützt.

Die Dienstleistungserbringung im ambulanten Pflegedienst ist getragen von der Wertorientierung der Arbeiterwohlfahrt, wie sie im Leitbild niedergelegt ist, wie auch von der fachlichen Orientierung, welche auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse basiert. Die konkrete Beschreibung eines entsprechenden handlungsleitenden Rahmens im Pflegeleitbild fördert das Bewusstsein der Mitarbeiter für die besondere Dienstleistungsqualität, auf welche sich festgelegt wurde. Für die Pflegeeinrichtung gilt, das folgende Pflegeleitbild in den Dienstleistungsalltag umzusetzen:

„Der Patient steht als Einheit aus Körper, Geist, Seele und Umwelt im Mittelpunkt jeder pflegerischen Handlung!

Unser Ziel ist es, den Menschen, die von unserem ambulanten Pflegedienst betreut werden, ein großes Maß an Wohlbefinden zu vermitteln, ein hohes Pflegeniveau zu garantieren und eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Wir schaffen eine Atmosphäre, in der Menschen unterschiedlichen Geschlechts sowie unterschiedlicher Biografien, Nationalitäten, Kulturkreisen und Religionen mit Respekt begegnet wird. Pflegearbeit ist prozessorientiert, geplant und wird dokumentiert. Pflegearbeit leistet aktive Hilfe zur Selbsthilfe; sie wird unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten mit ihnen und ihren Angehörigen gemeinsam gestaltet. Die Individualität eines jeden Patienten wird respektiert und stets in alle pflegerischen Handlungen mit einbezogen. Wir begleiten Sterbende in der letzten Phase ihres Lebens und ermöglichen ihnen ein menschenwürdiges Sterben. Mit der fachlichen und sozialen Kompetenz unserer Mitarbeiter garantieren wir für eine professionelle Durchführung der Pflege. Um die Qualität der Pflege zu sichern, haben die Pflegekräfte das Recht und die

Verpflichtung, an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Wir handeln in sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Verantwortung und setzen uns für einen sorgsamen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen ein.“ (Arbeiterwohlfahrt Landesverband Mecklenburg-Vorpommern 2004).

Wie auch alle anderen ambulanten Pflegedienste der Arbeiterwohlfahrt in Mecklenburg-Vorpommern hat das Pflgeteam sich für die Anwendung der AEDL's (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) nach Monika Krohwinkel als Pflegemodell entschieden. Dieses Pflegemodell stellt einen theoretischen, dem allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechenden, Leitfaden für die Pflege dar.

Die AEDL's nach Krohwinkel beschreiben die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens. Sie bilden die Grundlagen für die Pflege und werden als Orientierungshilfe für die Einschätzung von individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Problemen der Kunden genutzt.

4.2 Bedarf einer Kundenbefragung

Seit mehreren Monaten war in der genannten Pflegeeinrichtung eine vermehrte Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen des SGB XI zu verzeichnen. Die Beauftragung zur Versorgung dieser Pflegebedürftigen ging dabei überwiegend von den pflegenden Angehörigen aus. Weiterhin war zu beobachten, dass die Angehörigen zunehmend anspruchsvoller reagieren und mehr Kulanz, sowie zusätzliche Serviceleistungen von „ihrem“ Pflegedienst einfordern. Von daher stellte sich die Frage, wie zukünftig mit diesem veränderten Kundenverhalten umzugehen ist. In einem eigens dafür eingerichteten Qualitätszirkel erschien es allen Beteiligten besonders wichtig, der Gruppe der pflegenden Angehörigen, als gleichberechtigte Partner im ganzheitlichen Pflegeprozess, von nun an besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Hier wurde festgestellt, dass in alltäglichen Konflikten zwischen Pflegepersonal und Angehörigen, oftmals das Potential der Angehörigen, sich mit in den Pflegeprozess einzubringen, unterschätzt wurde. Um diese Konflikte zu verringern, schien es sinnvoll, diese Kritik bzw. Verbesserungsvorschläge der Angehörigen für eine konstruktive Zusammenarbeit zu nutzen. Allen Beteiligten war bewusst, soll sich die Kooperation mit diesen äußerst wichtigen „Vermittlungsinstanzen“ der Pflegebedürftigen zufriedenstellend gestalten und dem Pflegedienst sowohl neue Kunden bringen, als auch der Kundenbindung dienen, kann sich das nicht zufällig und nebenbei entwickeln. Hier müsste vielmehr im Rahmen einer bewusst geplanten Angehörigenbefragung die Voraussetzung für verbesserte Kommunikationsstrukturen zwischen Angehörigen und Pflegeeinrichtung geschaffen werden.

Die so gewonnenen Informationen sollten dann als Grundlage für das Einleiten von zielgerichteten Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen dienen.

Wie bereits in Kapitel 3.3 beschrieben, ist die Kundenbefragung auch ein leistungsfähiges Instrument der internen Qualitätssicherung und gehört als Pflichtelement in jedes Qualitätssicherungskonzept.

Das unter Einbeziehung vieler Mitarbeiter im Rahmen von Qualitätszirkeln entwickelte Qualitäts-Management-Handbuch der Einrichtung beschreibt Kernarbeitsprozesse und Verfahren. Es ist seit Oktober 2004 durch die Geschäftsführung freigegeben und somit für alle Mitarbeiter verbindlich. In einem ständigen Prozess des Überprüfens und Verbesserns wird das Qualitäts-Management-Handbuch laufend weiterentwickelt. An diesem Prozess sollen Kunden durch Hinweise, Wünsche und Kritik beteiligt werden. Das Handbuch befindet sich noch in der Aufbauphase, wobei das Kapitel „Kundenbefragung“ als Verfahrensanweisung noch nicht vorliegt. Somit wurde es als besondere Herausforderung angesehen, sich mit diesem qualitätssichernden Instrument, der Kundenbefragung in der Praxis, auseinander zu setzen.

5. Eigene Untersuchung

5.1 Fragestellung der Untersuchung

Inhaltlich war die Untersuchung durch drei Hauptfragestellungen auf die pflegenden Angehörigen ausgerichtet:

1. Wie gestaltet sich der Erstkontakt mit unserem Pflegedienst und wer hat unsere Einrichtung empfohlen?
2. Wer trifft die letztendliche Entscheidung für die Auswahl des Pflegedienstes?
3. Wie zufrieden sind die pflegenden Angehörigen mit den Dienstleistungen unserer Einrichtung?

5.2 Erhebungsinstrument

Bei der Recherche nach einem geeigneten Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen gefunden, welcher von Wissenschaftlern der Katholischen Fachhochschule NRW, der Universität Flensburg sowie der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik im Rahmen eines langfristig und interdisziplinär angelegten Projektes entwickelt wurde. Bei diesem Instrument handelt es sich um einen Fragebogen zur Messung der Zufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten (Paderborn Patient Satisfaction Questionnaire – Ambulant Care, PPSQ-AC) der in der Patienten-Variante und in der Angehörigen-Variante für interessierte Pflegedienste kostenlos zur Verfügung steht (www.werkstatt-opf.de). Für die Validierung des Fragebogens wurden 1315 Personen (929 Patienten und 386 Angehörige), die von 19 Pflegediensten betreut wurden, mit dem PPSQ-AC befragt.

Der PPSQ-AC basiert auf einem theoretischen Fundament, das sich aus der Grundkonzeption zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität von Donabedian, dem Motivationskonzept von Alderfer und dem transaktionalen Stresskonzept von Lazarus/Launier zusammensetzt. Intention des PPSQ-AC ist die Ermittlung verschiedener Kenngrößen der Angehörigen- und Patientenzufriedenheit (Bendel et al. 2000).

Die von Donabedian unterschiedenen Qualitätsdimensionen (Struktur, Prozess, Ergebnis) wurden mit den unterschiedlichen Bedürfniskategorien von Adelfer (materielle Grundbedürfnisse, soziale bzw. beziehungsorientierte Bedürfnisse und Persönlichkeits- bzw. Entfaltungsbedürfnisse) zu neun Zufriedenheitsfassetten kombiniert, die jeweils mit drei bis fünf Fragen abgebildet werden. Weitere Fragen beziehen sich auf die Auswahl des Pflegedienstes und mögliche Wege der Einflussnahme im Falle einer Unzufriedenheit mit dem Pflegedienst, welche es außerdem erlauben, zwischen verschiedenen Qualitäten der Zufriedenheit zu differenzieren (Wenzel et. al 2004).

Der Fragebogen endet mit soziodemographischen Angaben zur Person des Patienten (Alter, Geschlecht, Pflegestufe, frühere Tätigkeit). Um die Anonymität in dieser eher kleinen Stichprobe zu gewährleisten, wurde der Fragebogen an dieser Stelle modifiziert. Die Angaben zur Pflegestufe und früherer Tätigkeit wurden nicht erhoben. Für die Altersangaben wurden folgende Altersgruppen gebildet.

1	2	3	4	5	6
bis 50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	81-90 Jahre	91 und älter

Die Möglichkeit, standardisierte mündliche Befragungen, sowie offene Leitfaden-gestützte Interviews durchzuführen, wurden anfangs ebenfalls in Erwägung gezogen. Der Vorteil wäre, dass auch Angehörige mit beeinträchtigtem Lese- und Artikulationsvermögen befragt werden können. Weiterhin ermöglicht eine offene Interviewführung Erkenntnisse, welche bei der schriftlichen Befragung oftmals nicht erfasst werden, für den Befragten jedoch äußerst relevant sind. Ferner können Aussagen und Befindlichkeiten wesentlich differenzierter als bei standardisierten Antwortskalen gegeben werden und ein Nachfragen beiderseits, wäre so auch möglich. Es war jedoch klar, dass aufgrund der Etablierung von regelmäßig wiederkehrenden Kundenbefragungen in der Einrichtung, mangels der entsprechenden Ressourcen, dieses nicht praktikabel wäre. Hingegen erschien die schriftliche Befragung wegen des wesentlich geringeren zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwandes als durchaus passender geeignet (Applebaum et. al. 2004; Bortz, Döring 2003).

5.3 Methodisches Vorgehen und Analyseverfahren

Der zu befragende Personenkreis umfasste alle Angehörigen bzw. Hauptpflegepersonen (n= 31) von Pflegebedürftigen unseres ambulanten Pflegedienstes, welche Pflegesach- oder Kombinationsleistungen nach SGB XI in Anspruch nehmen. Die Grundgesamtheit aller Betreuten bestand zu diesem Zeitpunkt aus n= 89 Pflegekunden.

Anhand der aktuellen Pflegeverträge wurden in Zusammenarbeit mit der stellvertretenden Pflegedienstleitung die Betreuten bzw. die dazugehörigen Angehörigen ausgewählt. Von der Befragung ausgeschlossen wurden Leistungsmerkmale wie die reine Behandlungspflege der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), hauswirtschaftliche Versorgung, soziale Betreuung und Transportdienste. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig.

Vor der Befragung wurden alle Mitarbeiter des ambulanten Pflegeteams im Rahmen einer Dienstberatung über die geplante Erhebung der Kundenzufriedenheit und den Ablauf der Verteilung der Fragebögen aufgeklärt.

Um im Vorfeld der Untersuchung Vertrauen aufzubauen, wurde die Befragung allen ausgewählten Angehörigen schriftlich in einem Informationsschreiben angekündigt.

Im direkten Anschluss wurden 31 Fragebögen durch die geschulten Mitarbeiter in den Pflegehaushalten verteilt. Weiterhin erhielten alle Angehörigen einen bereits frankierten Rückumschlag, um die Anonymität der Befragung sicherzustellen. Rückschlüsse über die Zuordnung des Fragebogens auf einen bestimmten Patienten waren somit ausgeschlossen.

Der Rücklauf betrug 25 Fragebögen, was einer beachtlichen Rücklaufquote von 80,6 % entspricht. In einem Fall wurde die Befragung bei Erhalt des Fragebogens mit der Begründung „... *wir sind mit allem zufrieden, so wie es bisher läuft...wir wollen den Bogen nicht ausfüllen...*“, direkt abgelehnt.

Auf der letzten Seite des Fragebogens gab es für die Befragten die Möglichkeit, noch weitere Vorschläge oder Anmerkungen zum Pflegedienst oder zum Fragebogen aufzuschreiben. Diese Möglichkeit der freien Meinungsäußerung wurde von keinem der Untersuchungsteilnehmer genutzt. Lediglich in drei Fällen wurden kurze Kommentare abgegeben wie: „...*alles in Ordnung...*“, „...*es gibt keine Beanstandungen...*“ und „...*bin mit allem zufrieden...*“.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte rechnergestützt mit den Programmen SPSS für Windows 11,0 und Microsoft Excel 2000. Dabei kamen Methoden der deskriptiven Statistik (Berechnung von Häufigkeiten) zum Einsatz. Die Antworten der ausgefüllten Fragebögen (n=25) wurden in eine zuvor erstellte Datenmaske per Hand in den PC eingegeben.

5.4 Darstellung der Ergebnisse

Beschreibung der Pflegebedürftigen

Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über die soziodemographischen Daten der zu pflegenden Angehörigen der Stichprobe, hier wird ebenfalls ersichtlich, wie lange die Pflegebedürftigen bereits vom jetzigen Pflegedienst betreut werden.

	n	%
Geschlecht		
Frauen	18	72
Männer	7	28
gesamt	25	100
Alter		
51 bis 60 Jahre	2	8
61 bis 70 Jahre	15	60
71 bis 80 Jahre	8	32
seit wann vom Pflegedienst betreut		
weniger als ein Jahr	7	28
ein bis zwei Jahre	8	32
mehr als zwei Jahre	10	40

Abbildung 8: Soziodemographische Daten der pflegebedürftigen Angehörigen

In der Gruppe der pflegebedürftigen Angehörigen überwiegt der Anteil der weiblichen Patientinnen mit 72%. Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen ist zwischen 61 und 70 Jahre alt. Etwa ein Drittel der Pflegekunden (n=8) werden erst seit ein bis zwei Jahren vom Pflegedienst betreut. Ähnlich ist auch die Anzahl der relativ neuen Pflegekunden (n=7), welche erst seit weniger als einem Jahr betreut werden, wobei mit fast 40% die Anzahl der Patienten, die mehr als zwei Jahre gepflegt werden, überwiegt.

Auswahl des Pflegedienstes

Bei der Frage nach der Idee, einen Pflegedienst zu beauftragen, spielen die Pflegebedürftigen selber eine eher untergeordnete Rolle. Nur drei von ihnen kamen überhaupt auf die Idee einen Pflegedienst einzuschalten. Hier sahen eher die Angehörigen in vierzehn Fällen und die behandelnden Hausärzte bzw. das Krankenhaus in sieben Fällen es für nötig an, einen Pflegedienst einzuschalten.

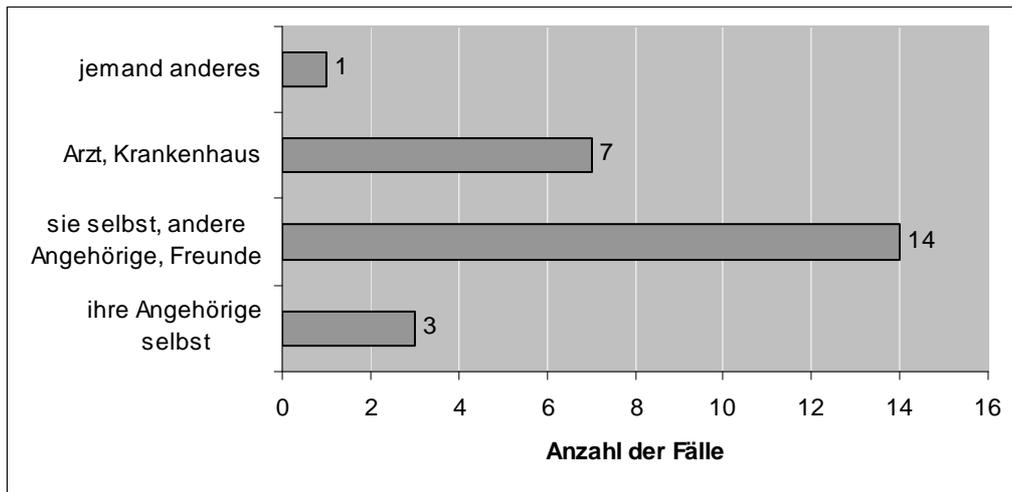


Abbildung 9: Wer kam auf die Idee, einen Pflegedienst einzuschalten?

Die Hauptinitiative für die Informationssammlung über verschiedene Pflegedienste haben in sechzehn Fällen die pflegenden Angehörigen und in fünf Fällen die Hausärzte bzw. das behandelnde Krankenhaus ergriffen. Wohingegen nur zwei Pflegebedürftige selbst die Initiative ergriffen, um Informationen über Pflegedienste einzuholen.

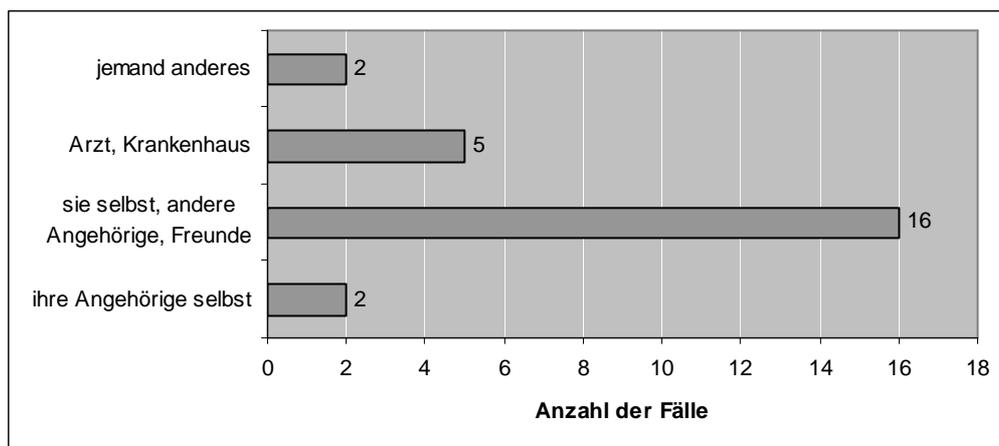


Abbildung 10: Wer hat sich umgehört, welcher Pflegedienst in Frage kommt?

Auch bei der Entscheidung über die Auswahl des jetzigen Pflegedienstes lag in sechzehn Fällen die Verantwortung bei den pflegenden Angehörigen und in fünf Fällen beim behandelnden Hausarzt bzw. Krankenhaus. Nur zwei Pflegebedürftige der befragten Stichprobe haben den jetzigen Pflegedienst selbst ausgewählt.

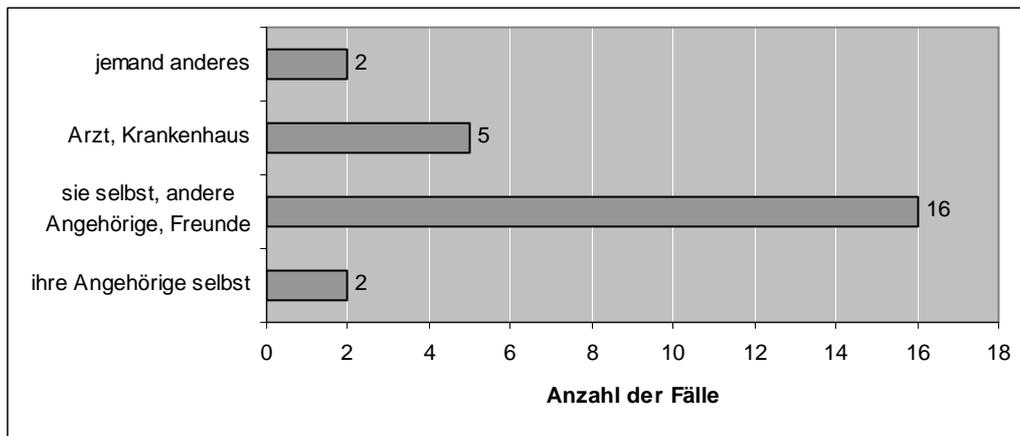


Abbildung 11: Wer hat den jetzigen Pflegedienst ausgewählt?

Beratung zur Auswahl des Pflegedienstes

Nur jeweils zwei bis vier der Befragten gaben an, sich bei der Auswahl eines Pflegedienstes von der Krankenkasse bzw. anderen Einrichtungen (Selbsthilfegruppen, Bürgerbüro o.ä.) Beratung eingeholt zu haben.

Haben Sie sich bei der Auswahl des jetzigen Pflegedienstes von der Krankenkasse beraten lassen?		
	N	%
ja	2	8
nein	23	92
Gesamt	25	100
Haben Sie sich bei der Auswahl von anderen Einrichtungen beraten lassen?		
	N	%
ja	4	16
nein	21	84
Gesamt	25	100

Abbildung 12: Beratung bei der Auswahl des Pflegedienstes

Ergebnisse der Zufriedenheitsfassetten

Der Schwerpunkt des Fragebogens liegt in der Bewertung der einzelnen Leistungen des Pflegedienstes durch die pflegenden Angehörigen. In den folgenden Abbildungen sind die Ergebnisse dieser Zufriedenheitsfassetten in zusammengefasster Form dargestellt.

Abbildung 13 zeigt, dass die Ergebnisse bei den Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot, der Erreichbarkeit in Notfällen, dem Eingehen auf Wünsche, der Verlässlichkeit in Notlagen und der Sorgfalt, mit welcher die Mitarbeiter pflegen, bei allen Befragten mit eher gut bis sehr gut bewertet wurden.

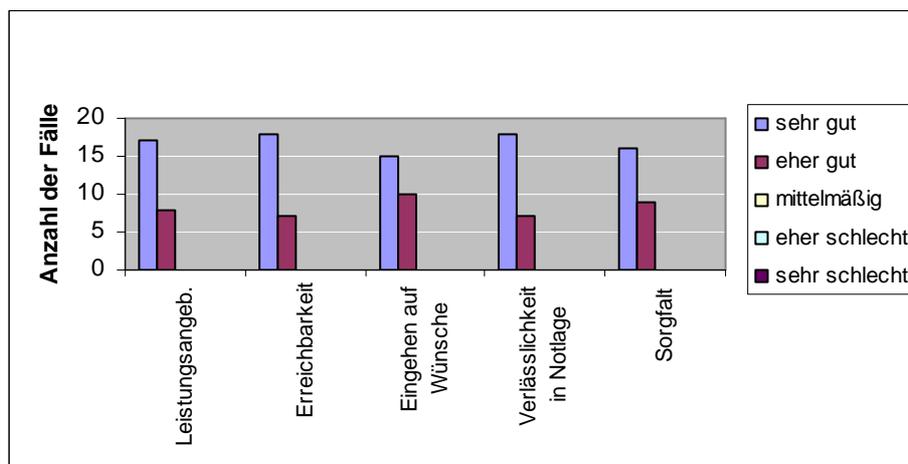


Abbildung 13: Bewertung der Zufriedenheit (1)

Auch bei der Einschätzung der Freundlichkeit und der Qualität der Gespräche mit den Pflegekräften, dem Respekt, der Sicherheit, der Vertrauenswürdigkeit und der Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und den Pflegekräften wurden Ergebnisse im Bereich von gut bis sehr gut ermittelt (Abb. 14).

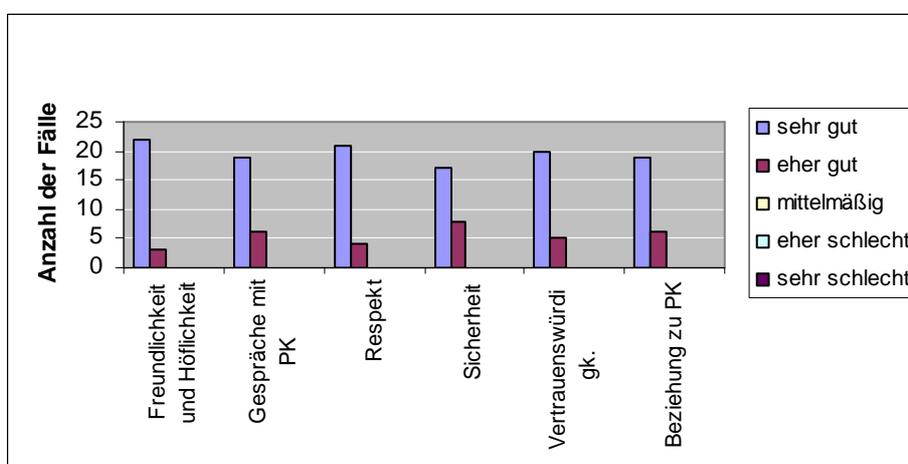


Abbildung 14: Bewertung der Zufriedenheit (2)

Abbildung 15 gibt einen Überblick über die Zufriedenheit mit der Informationsvermittlung, der Mitbestimmungsmöglichkeit darüber, wann die Pflegekräfte kommen, dem Eingehen auf Beschwerden, dem Preis-Leistungs-Verhältnis, der Unterstützung bei Kontakten und der Zufriedenheit mit den Gesprächen über die Zukunftsgestaltung der kommenden Wochen und Monate. Hier gibt der größte Teil der Befragten eine gute bis sehr gute Bewertung ab. Allerdings bewerten auch ein bis vier Angehörige die Zufriedenheit nur mit mittelmäßig.

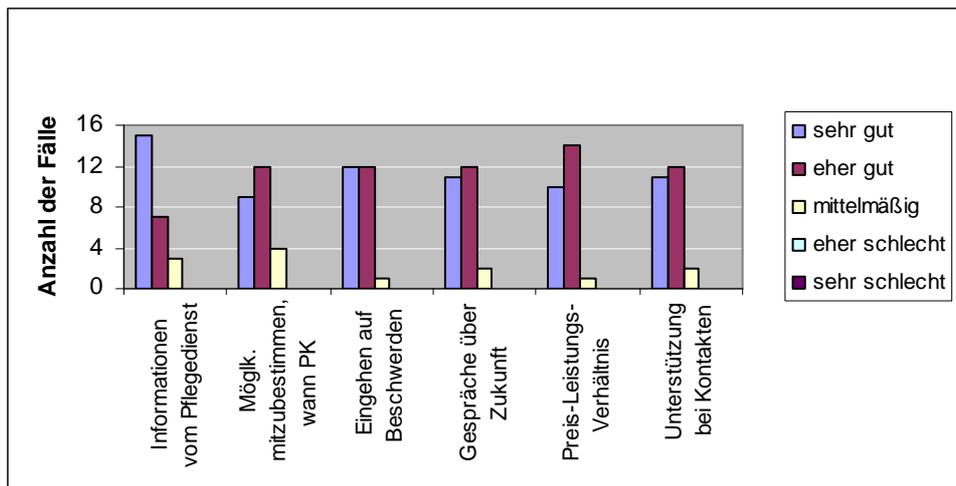


Abbildung 15: Bewertung der Zufriedenheit (3)

In Abbildung 16 ist dargestellt, wie zufrieden die pflegenden Angehörigen mit der Pünktlichkeit, der Beratung bei der Pflegedienstsuche und der Versorgung insgesamt sind. Zwölf bis vierzehn Angehörige bewerten diese Fragen mit sehr gut, fünf bis acht mit eher gut und fünf bis sechs mit mittelmäßig. Weiterhin wird hier ersichtlich, dass das Einhalten von Absprachen von den meisten Befragten (n=20) mit sehr gut eingeschätzt wird, von vier mit eher gut und nur von einem Befragten mit mittelmäßig.

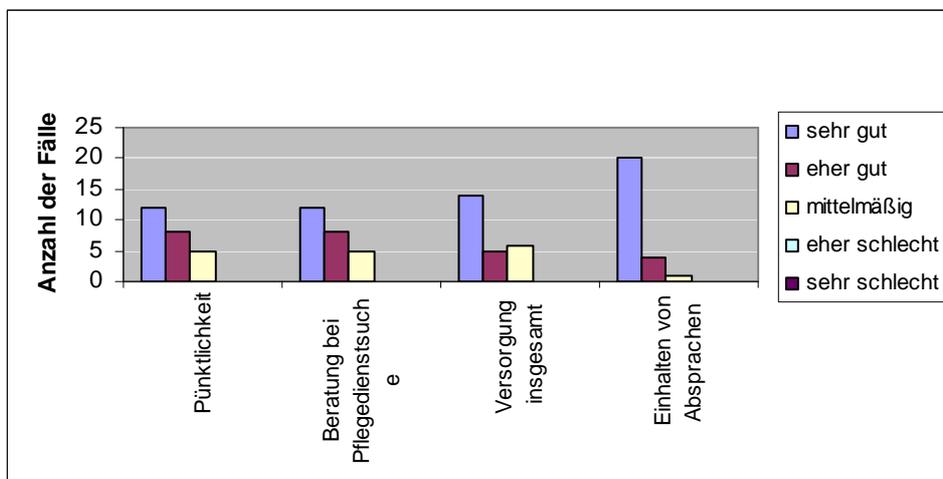


Abbildung 16: Bewertung der Zufriedenheit (4)

Die größten Abweichungen unter den Befragten gab es bei der Einschätzung zu folgenden Zufriedenheitsfassetten: Kontinuität der Betreuung, Dauer der Besuche und der Möglichkeit mitzubestimmen, welche Pflegekraft eingesetzt wird.

Die Kontinuität der Betreuung bewerteten elf der Befragten mit sehr gut, dreizehn mit eher gut und einer mit mittelmäßig.

Die Zufriedenheit mit der Besuchsdauer durch die Pflegekräfte wurde in sechs Fällen mit sehr gut, in elf mit eher gut, in sechs mit mittelmäßig und in weiteren zwei Fällen mit eher schlecht eingeschätzt.

Am unzufriedensten waren die Befragten mit der Möglichkeit mitzubestimmen, welche Pflegekraft bei ihrem pflegebedürftigen Angehörigen eingesetzt wird. Hier bewerteten vier Befragte die Zufriedenheit mit eher schlecht, fünf mit mittelmäßig, zehn mit eher gut und nur sechs mit sehr gut.

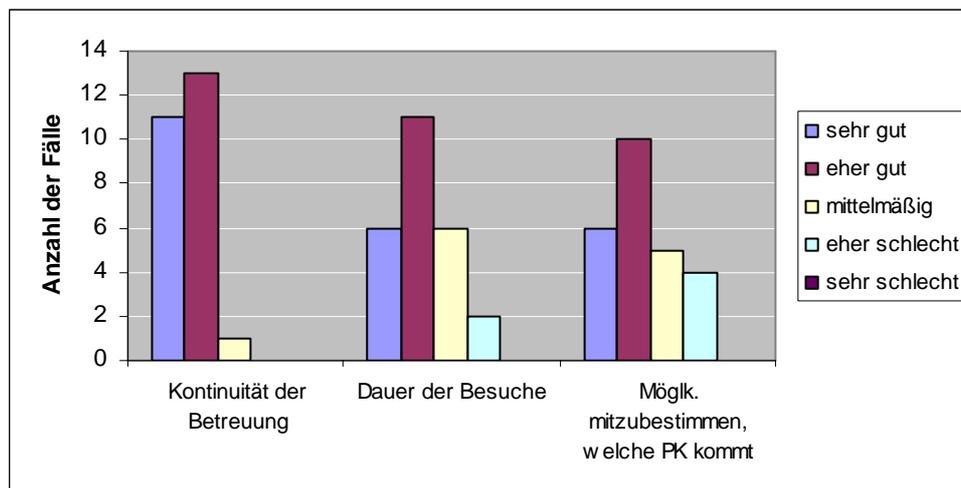


Abbildung 17: Bewertung der Zufriedenheit (5)

Bewertung der Selbstständigkeit / Aktivität / Agilität des Pflegebedürftigen

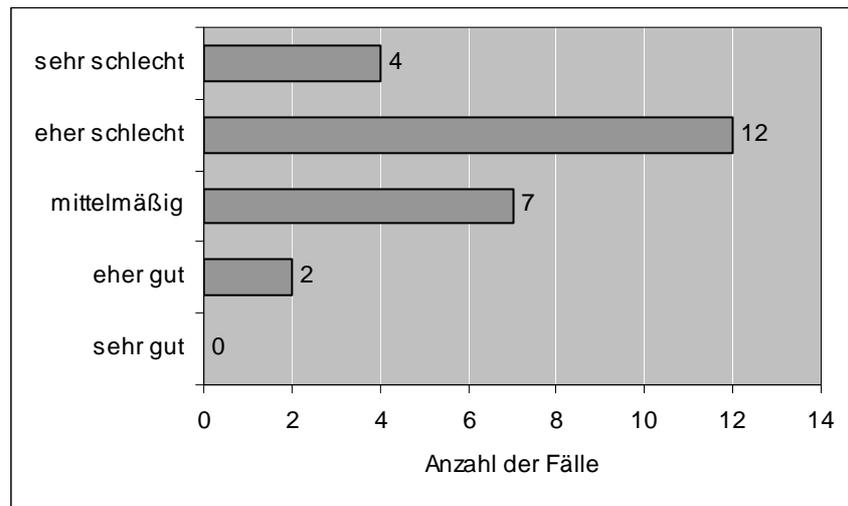


Abbildung 18: Bewertung der Selbstständigkeit der/des Pflegebedürftigen

Die oben gezeigte Abbildung gibt die subjektive Einschätzung der Befragten hinsichtlich der Selbstständigkeit ihres pflegebedürftigen Angehörigen wider. Vier der Befragten schätzen die Selbstständigkeit mit sehr schlecht, zwölf mit eher schlecht, sieben mit mittelmäßig und nur zwei mit eher gut ein.

Weiterhin sollte eine Bewertung hinsichtlich der Aktivität bzw. Agilität des Pflegebedürftigen – „egal ob körperlich oder geistig“ (z.B. wie häufig sich ihre Angehörigen mit Dingen beschäftigen, die ihnen Spaß machen) erfolgen. Hier bewerten zwei Befragte die Aktivität bzw. Agilität mit eher gut, vierzehn mit mittelmäßig, sieben mit eher schlecht und zwei mit sehr schlecht.

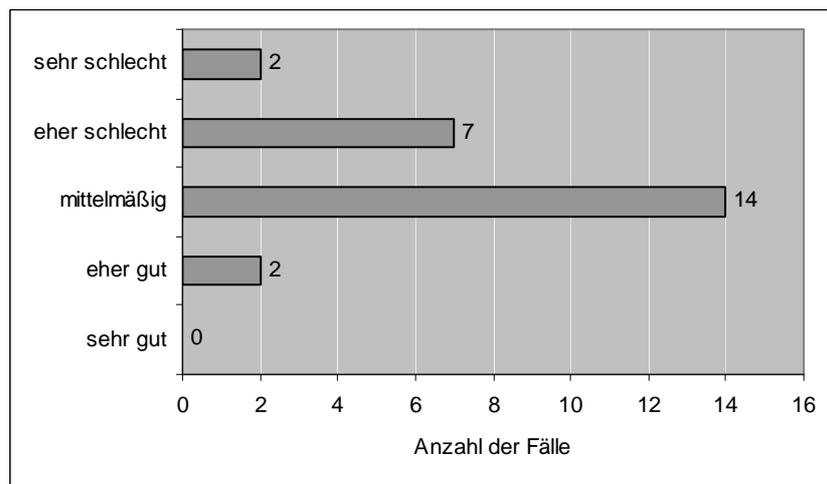


Abbildung 19: Bewertung der Aktivität/ Agilität der/des Pflegebedürftigen

Entlastung durch den Pflegedienst

Auf die Frage, wie zufrieden die pflegenden Angehörigen mit der Entlastung durch den Pflegedienst sind, schätzten neun Befragte die Entlastung als sehr gut ein, acht mit eher gut, sechs mit mittelmäßig und zwei mit eher schlecht (Abb. 20).

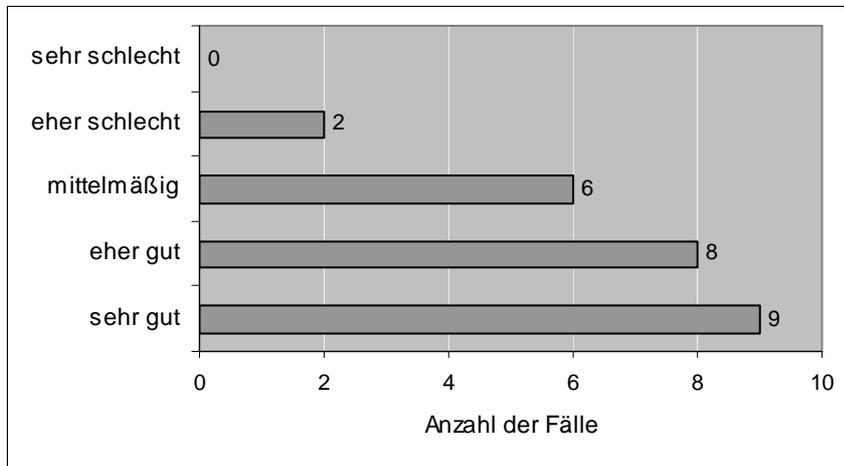


Abbildung 20: Bewertung der Entlastung durch den Pflegedienst

Wege der Einflussnahme durch die Angehörigen

Die Antworten in der Legende aus Abbildung 21 gehen von folgendem Szenario aus: „Einmal angenommen, Sie würden sich über den Pflegedienst ärgern: Was würden sie dann tun?“. Die Möglichkeit bei Unzufriedenheit Verwandte / Bekannte zu bitten, etwas zu unternehmen oder sich bei der Krankenkasse zu beschweren, kam bei keinem der Befragten in Betracht. Die Mehrzahl der Angehörigen (n=16) würde mit „jemandem“ vom Pflegedienst sprechen und denjenigen bitten, etwas zu unternehmen. Vier der Befragten würden gar nichts unternehmen, zwei ziehen es in Erwägung, sich schriftlich beim Pflegedienst zu beschweren und zwei weitere würden als Resultat den Pflegedienst wechseln.

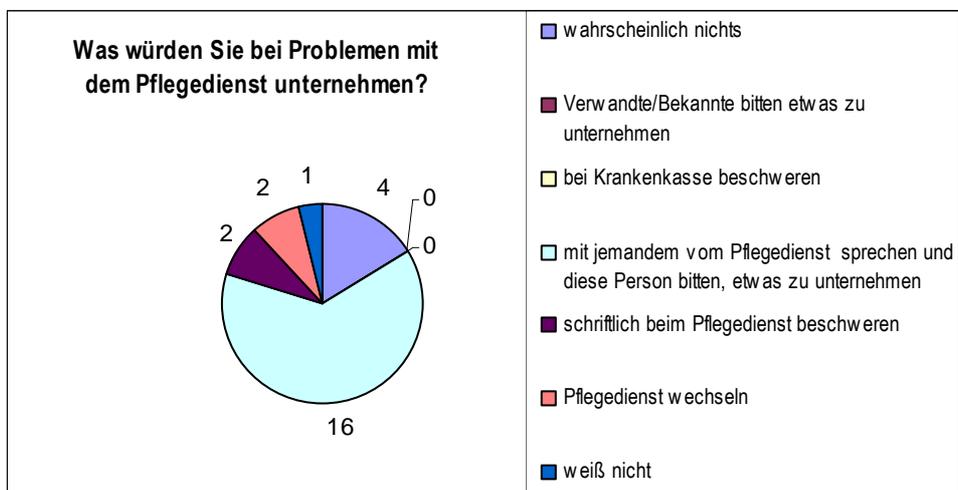


Abbildung 21: Wege der Einflussnahme durch Angehörige bei Problemen

6. Diskussion der Ergebnisse

Auswahl des Pflegedienstes

Für ambulante Pflegedienste ist es aufschlussreich zu wissen, auf welchem Wege neue Pflegekunden akquiriert werden. Wenig überraschend, aber dennoch hochrelevant ist die Tatsache, dass die Entscheidung über die Auswahl des Pflegedienstes nur in zwei Fällen direkt vom Pflegebedürftigen selbst ausgegangen ist. Hier spielen die Angehörigen (n=16) und die Hausärzte bzw. das Krankenhaus (n=5) eine gewichtigere Rolle, was die Neukundenakquirierung des untersuchten Pflegedienstes anbelangt.

Ein besonderes Augenmerk sollte also auf die Angehörigen potentieller Pflegebedürftiger gelegt werden, überzeugt sie die Erstberatung und das unterbreitete Angebot nicht, orientieren sie sich weiter bei anderen Anbietern. Weiterhin multiplizieren sie ihre negativen Eindrücke in ihr soziales Umfeld mit Hilfe von Mundpropaganda und beeinflussen somit die Einstellung gegenüber dem Pflegedienst.

Über die Hausärzte, als wichtige Partner der Einrichtung, werden ebenfalls viele Neukunden vermittelt. Die tägliche, regelmäßige Kontaktpflege (persönliches Abholen von Verordnungen, Rezepten, Rückmeldungen von medizinisch angeordneter Medikation usw.) sollte trotz eines relativ großen Zeitaufwandes beibehalten werden.

Der Aktivierung von Kontakten mit den Verantwortlichen im Entlassungsmanagement im örtlichen Krankenhaus, sollte in Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Denn das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass auch durch das Krankenhaus Neukunden vermittelt werden. Gerade das Krankenhaus ist oftmals mit Beginn einer Pflegesituation konfrontiert und es erfolgt noch während des Aufenthaltes die entscheidende Weichenstellung für die Planung der Pflege zu Hause. Bei dieser Planung könnte der Pflegedienst als kompetente Pflegeeinrichtung bereits eine beratende Fachkraft einsetzen. Eine weitere Möglichkeit wäre das Abhalten von regelmäßigen Beratungsstunden im Krankenhaus.

Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot

Ein wichtiger Indikator für die Qualität der Dienstleistungen ist die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Das ist nicht nur für die Kunden, sondern auch für die Wettbewerbsfähigkeit des Pflegedienstes von großer Bedeutung.

Wer auf Pflege angewiesen ist, benötigt darüber hinaus oftmals noch weitere Dienstleistungen, welche über die reinen Pflegeleistungen hinausgehen. Die Angebotspalette des Pflegedienstes beinhaltet u.a.: hauswirtschaftliche Dienste, Fahrdienste, Hausnotruf, Pflegehilfsmittelverleih, Medikamentenbeschaffung, sowie die Vermittlung von Essen auf Rädern, Fußpflege, Physiotherapie und Friseur. Diese Dienstleistungen fallen in den Selbstzahlerbereich und werden nicht über die Kostenträger

abgerechnet. In der Untersuchung schätzte die Mehrheit der Befragten (n=17) das Leistungsangebot als sehr gut ein und etwa ein Drittel (n=8) mit eher gut, was positiv zu bewerten ist, denn diese Zusatzleistungen erhöhen die Servicequalität des Pflegedienstes. Zu überlegen wäre an dieser Stelle, ob es sich lohnen würde, diese Zusatzleistungen weiter auszubauen, um sich langfristig von anderen Pflegediensten zu unterscheiden. Denkbar sind auch gezielte Kooperationen mit anderen Dienstleistungsanbietern. Der Vorteil hierbei, die Pflegekunden wählen aus einem umfangreicheren Angebot alle Leistungen aus „einer Hand“ und der Pflegedienst erreicht so eine langfristige Kundenbindung.

Zufriedenheit mit der Beratung bei der Pflegedienstsuche

Bei der Entscheidung für einen bestimmten Pflegedienst muss der zukünftige Kunde eine Bewertung verschiedener Anbieter vornehmen. Hierbei kommen die besonderen Eigenschaften der Dienstleistung, wie begrenzte Standardisierbarkeit und fehlende Sachkenntnis des Kunden zum Tragen. Kriterien, wie der „gute Ruf“, Wohnortnähe, Verlauf des Erstkontaktes und eine umfassende Beratung durch den Pflegedienst, können die Kaufentscheidung maßgeblich beeinflussen.

In Abbildung 16 ist zu erkennen, dass die Hälfte (n=12) der Befragten mit der Beratung bei der Pflegedienstsuche sehr zufrieden war. Nicht zufriedenstellend ist aber die Tatsache, dass einige der Befragten (n=5) die Zufriedenheit hier nur mit mittelmäßig einschätzten. Dieses Ergebnis zeigt, dass auf Informationen aus dem Bereich der Leistungs- und Kommunikationspolitik gerade bei Erstkontakt ein besonderer Wert gelegt werden sollte.

Zufriedenheit mit der Informationsvermittlung

Umfassende Kundenberatung als wichtiger Service- und Marketingfaktor spielt auch für das Erkennen weiterer Kundenbedarfe eine große Rolle. Zu einer umfassenden Beratung der Pflegekunden vor Vertragsabschluss gehören u.a.: das Vorstellen des jeweiligen Pflegekonzeptes und Leistungsangebotes, die Transparenz des Pflegevertrages sowie die Kostenübernahme durch die entsprechenden Kostenträger. Wie Abbildung 15 zeigt, haben sich in der durchgeführten Befragung die meisten Angehörigen sehr gut (n=15) bis eher gut (n=7) informiert gefühlt. Allerdings gab es auch Angehörige (n=3), welche den Eindruck hatten, sie wären nur mittelmäßig beraten worden. Hieraus wird ersichtlich, dass das Erstgespräch mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, als das zentrale Verkaufsgespräch in der ambulanten Pflege, zukünftig intensiver und ausführlicher gestaltet werden sollte, um hier eine höhere Kundenzufriedenheit zu erreichen.

Zufriedenheit mit der Kontinuität der Betreuung

Der häufige Wechsel von Pflegekräften wird von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen oftmals als sehr negativ empfunden. Aus Abbildung 17 lässt sich entnehmen, dass die Kontinuität der Betreuung von der Mehrzahl der Befragten (n=24) als sehr gut bis eher gut eingeschätzt wird. Dieses erfreuliche Ergebnis ist mit Sicherheit, auf die praktizierte ganzheitliche Pflege durch eine professionelle Kleingruppe mit verantwortlicher Pflegeperson (Primary Nursing) zurückzuführen. Hierbei handelt es sich um ein Pflegesystem, das eine kontinuierliche Pflegebeziehung fördert, qualitativ hochwertige Pflege garantiert und dabei betriebswirtschaftliche Aspekte nicht ausblendet. Im Hinblick auf die große Zufriedenheit sollte dieses System auch in Zukunft weiter praktiziert werden.

Zufriedenheit mit der Besuchsdauer

Sehr kritisch zu betrachten sind Antworten auf die Frage: wie gut die Zeit ausreicht, welche sich die Pflegekräfte für die einzelnen Leistungen nehmen (Abb.17). Fast ein Drittel aller Befragten bewertete diese Facette mit eher schlecht (n=2) oder nur mittelmäßig (n=6), Dreiviertel mit eher gut (n=11) bzw. sehr gut (n=6). Auch in der bereits genannten Studie der Verbraucher-Zentrale Hamburg beschreiben die Patienten einen Mangel an Zeit, welche für die Betreuung zur Verfügung steht. Eine im Schnellverfahren durchgeführte Pflege wurde dort als oberflächlich und vernachlässigend erlebt. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erwarten von den Pflegenden persönliches Engagement und damit auch die Bereitschaft, bei Bedarf zusätzlich Zeit zur Verfügung zu stellen.

Grundsätzlich ist hierbei allerdings zu berücksichtigen, dass in der untersuchten Einrichtung nicht nach rigorosen Zeitvorgaben pro Leistungskomplex gepflegt wird. Bei einem Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 1 wird für die Ganzkörperpflege sicher nur die Hälfte der Zeit nötig sein, wie bei jemandem in der Stufe 3, obwohl beide die gleiche Leistung in Anspruch nehmen, steht jedem Pflegebedürftigen „seine“ individuell benötigte Zeit zur Verfügung. Das subjektive Zeitempfinden der zu Pflegenden bzw. ihrer Angehörigen wird sicher auch dadurch negativ beeinflusst, dass zusätzliche Leistungen extra finanziert werden müssen und nicht als sog. „heimliche Leistungen“ mal eben schnell durch die Pflegekräfte mit erledigt werden können. Gemeinsam mit den Angehörigen sollte diese zusätzlich benötigte Zeit, bei jedem Pflegebedürftigen ermittelt werden, um im Dialog eine Lösung zu finden und diese Zusatzleistungen vertraglich festzulegen.

Zufriedenheit mit der Möglichkeit der Mitbestimmung

Bei der Bewertung, wie die Angehörigen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten hinsichtlich der Einsatzzeiten durch die Pflegekräfte einschätzen, gab die Mehrzahl der Befragten an, sich sehr gut (n=9) bzw. eher gut (n=12) mit einbringen zu können (Abb.15).

Die Tatsache allerdings, dass es auch Angehörige (n=4) gibt, welche ihre Mitbestimmungsmöglichkeit als nur mittelmäßig bewerten, gibt Anlass, die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen noch intensiver zu hinterfragen, um die optimale Pflegezeit für den Pflegebedürftigen zu ermitteln und so die Angehörigen zum richtigen Zeitpunkt entsprechend zu entlasten. Hier wird deutlich, wie wichtig eine optimale Personal-Einsatzplanung für die Zufriedenheit der Pflegekunden ist. Für diese wöchentliche Planung sollte der Pflegedienstleitung ausreichend Zeit zur Verfügung stehen. Weiterhin muss der Informationsfluss, vom Pflegekunden bezüglich aller relevanten Informationen, über die Pflegekräfte an die Pflegedienstleitung funktionieren.

Eine weitere Facette war die Einschätzung der Mitbestimmungsmöglichkeit, welche Pflegekraft zum Pflegebedürftigen kommt (Abb.17). Hier gab es bei den Antworten eine relativ breite Streuung: zwei Drittel gaben eine sehr gute (n=6) bis eher gute (n=10) Bewertung ab, ein weiteres Drittel bewertete dagegen mittelmäßig (n=5) bis eher schlecht (n=4). Der Aspekt der Mitsprache und Partizipation bei der Auswahl der Pflegekräfte sollte besonders kritisch betrachtet werden, denn hier handelt es sich um das Untersuchungsergebnis mit der schlechtesten Bewertung in der Befragung. Zu überlegen wäre, ob bei den halbjährig stattfindenden Pflegevisiten (von der Pflegedienstleitung durchgeführt), gemeinsam mit den Angehörigen der Einsatz der entsprechenden Pflegekraft abgestimmt werden könnte.

Zufriedenheit mit der Pünktlichkeit der Pflegekräfte

Auch den Ergebnissen der Zufriedenheitsfascette Pünktlichkeit (Abb.16) sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Fast die Hälfte der Stichprobe (n=12) bewertete die Pünktlichkeit der Pflegekräfte mit sehr gut, etwa ein Drittel (n=8) mit eher gut und der Rest (n=5) mit mittelmäßig. Obwohl bekannt ist, dass in der ambulanten Pflege die zeitliche Koordination aufgrund der Fahrwege und der verschiedenartigen Versorgungsmaßnahmen bei Problempatienten oftmals sehr schwierig ist, ist die Bewertung der fünf Befragten mit einer nur mittelmäßigen Zufriedenheit ein verbesserungswürdiger Wert. Im Rahmen der Qualitätssicherung und Kundenzufriedenheit müsste es hier möglich sein, den Einsatz bei den Patienten je nach Behandlungs- und Pflegestruktur auf plus/minus 10 bis 15 Minuten festzulegen und dann auch verbindlich einzuhalten.

Hier macht es erfahrungsgemäß wenig Sinn, mit oftmals vorgeschobenen Argumenten - es gab Notfälle, es herrschte starker Verkehr, es war zu viel zu tun - zu argumentieren.

Gespräche mit den Pflegekräften über die Zukunft

Zu einer qualifizierten Kundenbetreuung gehören Gespräche, wie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ihr Leben in Zukunft selbständiger und angenehmer gestalten können. In der Befragung sollten die Angehörigen eine Bewertung dieser Gespräche mit den Pflegekräften abgeben (Abb. 15). Hier gab es in der Mehrzahl der Fälle sehr gute (n=11) bis eher gute (n=12) Ergebnisse, allerdings schätzten einige der Befragten (n=2) diese Gespräche nur mit mittelmäßig ein.

Diese Gespräche gestalten sich im Pflegealltag oftmals als schwierig und haben natürlich auch ihre Grenzen. Hier noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten auszuschöpfen, hängt jedoch auch entscheidend von der Qualifikation der Pflegekraft ab. Sinnvoll wäre an dieser Stelle, den Fortbildungsbedarf der jeweiligen Pflegekraft zu ermitteln und ihr entsprechende Fortbildungsangebote (Gesprächsführung, Anleitung pflegender Angehöriger) zu ermöglichen.

Umgang mit Beschwerden

Ein wichtiger Indikator für die Qualitätsorientierung eines Pflegedienstes kann der Umgang mit Beschwerden von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sein.

In der Befragung wurde ermittelt, dass die Mehrzahl (n=16) der Befragten bei Kritik mit jemandem vom Pflegedienst sprechen würde, allerdings wurde auch von Angehörigen (n=2) die Möglichkeit in Betracht gezogen, den Pflegedienst zu wechseln, wenn Unzufriedenheit auftritt (Abb. 21).

Hier kann die Einrichtung eines Beschwerdemanagements helfen, die Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Kunden zu verbessern. Gefördert werden sollten hier der richtige Umgang mit Kritik, gutes Zuhören, die Wahrung der Sachebene, das Vermeiden von Ausreden und die Einsicht, Beschwerden als Chance zur Verbesserung zu nutzen.

Die Anzahl der Beschwerden muss nicht unbedingt auf die Qualität des Pflegedienstes schließen. Auch eine spezielle Ermunterung des Pflegedienstes bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, sich zu beschweren, wenn etwas nicht in Ordnung ist, kann zu einer Zunahme der Beschwerden führen. In der Untersuchung sollten die pflegenden Angehörigen einschätzen, ob sich nach Beschwerden etwas verbessert hat (Abb.14). Hier ist ein positives Ergebnis erreicht worden, denn der größte Teil der Befragten schätzte die Zufriedenheit hier mit sehr gut (n=12) bzw. eher gut (n=12) ein. Vermutlich ist dieses erfreuliche Ergebnis auch auf die Tatsache zurückzuführen, dass bereits seit einigen Monaten, das in unserem Qualitätsmanagement - Handbuch festgelegte Beschwerdemanagement in unserer Einrichtung praktiziert wird.

Bewertung der Selbständigkeit, Aktivität/Agilität des Patienten

Wie in Abbildung 18 ersichtlich, schätzt die Mehrzahl der Befragten die Selbständigkeit ihrer pflegebedürftigen Angehörigen als mittelmäßig (n=14) und eher schlecht (n=7) ein. In unserer Stichprobe handelt es sich um Angehörige von 25 Pflegebedürftigen, wovon dreizehn der Pflegestufe 1, zehn der Pflegestufe 2 und zwei der Pflegestufe 3 zugeordnet sind. (Diese Informationen wurden aus der vorhandenen Stammdatenerhebung des Pflegedienstes abgeleitet und zur Sicherung der Anonymität nicht personenbezogen erhoben.) Bei genauer Betrachtung kann also davon ausgegangen werden, dass die subjektive Bewertung der Selbständigkeit in etwa mit dem tatsächlichen Pflegeaufwand des Pflegebedürftigen übereinstimmt.

Die professionellen Pflegekräfte der Einrichtung spielen hier eine besondere Rolle. Sie haben die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen über die im Rahmen der Pflege möglichen aktivierenden, die Selbständigkeit erhaltenen und fördernden Maßnahmen zu informieren. So können sie z.B. im Rahmen der Pflegeplanung mit ihnen zusammen die passenden Aktivitäten einleiten und jeweils anpassen. Zu überlegen ist, ob nicht noch weitere Institutionen und Hilfen mit herangezogen werden sollten (Gedächtnistraining, Ehrenamtliche, welche Begleitungsdienste oder Besuchsdienste anbieten usw.).

Entlastung durch den Pflegedienst

Bei der Frage, wie Angehörige die Entlastung durch den Pflegedienst einschätzen, gab es in der Mehrzahl der Fälle (n=17) Ergebnisse im sehr guten bis eher guten Bereich (Abb.20). Allerdings sollte der Tatsache, dass ein Drittel der Befragten (n=8) die Entlastung durch den Pflegedienst nur mit mittelmäßig bzw. eher schlecht einschätzt, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Pflege eines chronisch kranken, alten Menschen stellt für die pflegenden Angehörigen eine aufreibende, vielfach belastende Tätigkeit dar, wobei die psychischen Belastungen im Vordergrund stehen. Hier kann das Pflegeteam, als professioneller Pflegedienst eine wichtige Hilfe darstellen, wenn den psychosozialen Aspekten zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besonders in Konfliktsituationen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, um den speziellen Handlungsbedarf zu erkennen und so entsprechende Interventionen einleiten zu können. Aus meiner Sicht ist es daher notwendig, langfristig ein tragfähiges Hilfenetz aufzubauen, um nicht ständig kriseninterventionsorientiert zu arbeiten und so die Chance zu verpassen, andere Hilfen konsequent und systematisch einzubeziehen.

7. Handlungsempfehlungen

Abgeleitet aus den Untersuchungsergebnissen, wurden in Kapitel 6 mögliche Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit pflegender Angehöriger im AWO Pfllegeteam Wittenburg/ Zarrentin entwickelt. Zur besseren Übersicht sollen die so gewonnenen Erkenntnisse, an dieser Stelle nochmals systematisch dargestellt werden.

Zusammenarbeit mit den Hausärzten	Der Einbezug der Hausärzte, in Form von regelmäßiger Kontaktpflege (persönliches Erscheinen in der Praxis, persönliche Telefonate mit dem Arzt) sollte trotz zusätzlichem Zeitaufwand unbedingt beibehalten werden.
Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus (Entlassungsmanagement)	Die zurzeit noch nicht regelmäßig stattfindende Kontaktpflege mit den Verantwortlichen des Entlassungsmanagements des örtlichen Krankenhauses sollte aktiviert werden. Zur Organisation der Überleitungspflege ist der Einsatz einer beratenden Fachkraft aus dem Pfllegeteam vor Entlassung in die Häuslichkeit anzustreben. Empfehlenswert ist auch das Abhalten von regelmäßigen, wöchentlichen Beratungsstunden im Krankenhaus.
Erstkontakt mit potentiellen Kunden	Bei der Annahme eines Telefongespräches meldet sich jeder Mitarbeiter mit dem Namen der Einrichtung, sowie dem persönlichen Namen freundlich und ist über das aktuelle Leistungsangebot informiert. Das Erstkontaktformular sollte von allen Mitarbeitern verwendet werden, um so alle relevanten Informationen zu erfassen. Persönliche Erstkontakte in der Einrichtung finden in ruhiger Atmosphäre im Büro der Pflegedienstleitung statt. Hier werden die potentiellen Kunden umfassend über die verschiedenen Hilfsangebote der Einrichtung beraten und erhalten Auskunft über die Finanzierungsmöglichkeiten. Während dieser Zeit werden Telefonate von der Verwaltungsfachkraft entgegen genommen. Informationsmaterial zum Mitgeben sollte stets in ausreichender Form bereitliegen.

<p>Erstgespräch (zum Vertragsabschluss)</p>	<p>Bei jedem neuen Pflegekunden findet ein Erstgespräch in der Häuslichkeit zusammen mit dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen und der Pflegedienstleitung statt, um die Pflegeanamnese zu erstellen. Dann wird der täglich zu erbringende Pflegebedarf des Pflegebedürftigen ermittelt. Schließlich wird festgelegt, welche Leistungen von den Angehörigen und welche vom Pflegedienst erbracht werden sollen. Danach kommt es zum Abschluss des Pflegevertrages, welcher in verständlicher Form in dreifacher Ausfertigung (Pflegeakte, Pflegekasse, Pflegebedürftiger/Angehöriger) erstellt wird.</p>
<p>Kontinuität der Betreuung</p>	<p>Die derzeit angewandte Bezugspflege sollte gezielt weiter umgesetzt werden, denn so haben die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen neben dem unvermeidlichen Wechsel der Pflegekräfte eine konstante Bezugsperson des Vertrauens.</p> <p>Diese Bezugsperson sollte alle pflegerelevanten Entscheidungen gemeinsam mit dem Gepflegten sowie deren Angehörigen regeln und daher über eine entsprechende Kompetenz verfügen.</p>
<p>Erweiterung des Leistungsangebotes</p>	<p>Der Ausbau von niedrig schwelligen Serviceleistungen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen sollte angestrebt werden. Denkbar wäre hier unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Umzugshilfe ○ Garten,- Tierpflege ○ Übernahme von Kleinstreparaturen. <p>Das Eingehen von Kooperationen mit weiteren Dienstleistungsanbietern (Wohnungsbaugesellschaft, Wäscherei, Pflegeheim usw.) ist ebenfalls eine Möglichkeit den Pflegekunden den Einkauf von verschiedenen Leistungen „aus einer Hand“ zu ermöglichen.</p>

<p>Besuchsdauer</p>	<p>Während des Erstgespräches (siehe oben) wird im Pflegevertrag im Detail festgelegt, welche Leistungen von der verantwortlichen Pflegekraft erbracht werden sollen. Die Pflegedienstleitung weist darauf hin, dass nur die vertraglich festgelegten Leistungen erbracht werden können und Zusatzleistungen extra finanziert werden müssen. Nach dem ersten Pflegeeinsatz schätzt die verantwortliche Pflegekraft den benötigten Zeitaufwand ein und gibt Rückmeldung an die Pflegedienstleitung. An diesem Richtwert können sich die Pflegekräfte und Pflegekunden bei allen weiteren Einsätzen orientieren.</p>
<p>Mitbestimmungsmöglichkeiten hinsichtlich der Einsatzzeiten des Pflegepersonals</p>	<p>Bei jedem Erstgespräch wird die für den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen optimale Einsatzzeit ermittelt und gemeinsam festgelegt. Bei Änderungen oder Unzufriedenheit mit der Uhrzeit im Pflegeverlauf sollte eine rechtzeitige Rückmeldung an die Pflegedienstleitung erfolgen. Sie berücksichtigt die gewünschten Änderungen sofort bei der Tourenplanung. Wenn das nicht zu ermöglichen ist, sollte sie in einem persönlichen Gespräch mit dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen eine entsprechende Alternative anbieten.</p> <p>Für die wöchentliche Erstellung einer optimalen Personal-Einsatz-Planung steht der Pflegedienstleitung die entsprechende Software, sowie ausreichend Zeit zur Verfügung.</p>
<p>Mitbestimmungsmöglichkeiten hinsichtlich der Auswahl der Pflegekräfte</p>	<p>Die Zufriedenheit mit der jeweils eingesetzten Pflegekraft wird in den Pflegevisiten in einem persönlichen Gespräch mit dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen abgefragt. Bei Unzufriedenheit findet ein klärendes Gespräch mit der entsprechenden Pflegekraft statt, in welchem Lösungsmöglichkeiten zur Umsetzung erarbeitet werden. Nach zwei bis vier Wochen findet eine erneute Pflegevisite bei dem Pflegebedürftigen statt, um zu ermitteln, ob die Zufriedenheit jetzt gewährleistet ist.</p> <p>Wenn nach der Umsetzung dieser Lösungsvorschläge noch Unzufriedenheit vorherrscht, sollte eine andere Pflegekraft eingesetzt werden.</p>

<p>Pünktlichkeit der Pflegekräfte</p>	<p>Die Nutzung eines effektiven EDV-gestützten Personal-Einsatz-Planung-Programmes sollte gewährleistet sein.</p> <p>Bei jedem Erstgespräch weist die Pflegedienstleitung darauf hin, dass die Pflegekräfte aufgrund der Pflege- und Behandlungsstruktur bis zu 15 Minuten früher oder später zum Pflegeeinsatz erscheinen können.</p> <p>Eine Evaluation der Soll- und Ist-Zeitwerte anhand der Tourenpläne sollte am Ende der Woche von der Pflegedienstleitung vorgenommen werden. Bei Abweichungen von mehr als 15 Minuten vom Soll-Zeitwert erfolgt mit der jeweiligen Pflegekraft eine Auswertung der bisherigen Tour. Gegebenenfalls müssen die Soll-Zeitwerte dieser Tour entsprechend angepasst werden. Hier ist darauf zu achten, dass alle betroffenen Pflegekunden über zeitliche Veränderungen rechtzeitig informiert werden.</p> <p>In den Pflegevisiten sollte regelmäßig abgefragt werden, wie zufrieden die Pflegebedürftigen / Angehörigen mit der Pünktlichkeit der Pflegekräfte bisher waren. Bei Unzufriedenheit sollte die Ursache zusammen mit den Pflegekräften ermittelt und beseitigt werden.</p> <p>Jeder Mitarbeiter wird darauf hingewiesen, dass die vorgegebenen Soll-Zeitwerte eingehalten werden sollten und eigenmächtige Tourenänderungen nur nach Rücksprache mit der Pflegedienstleitung vorgenommen werden dürfen.</p>
<p>Qualität der Gespräche mit den Pflegekräften</p>	<p>Den Mitarbeitern sollten unterstützende Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Kundenorientierung angeboten werden. Hier muss neben den pflegfachlichen Fortbildungsangeboten, auch die Problematik der sensiblen Pflegesituation (Pflegebedürftiger - Angehöriger - professionelle Pflegekraft) Berücksichtigung finden.</p> <p>Die zentralen Elemente hierbei sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikationshilfen bei der Gesprächsführung ○ Umgang mit Konflikten in der Pflege ○ Prophylaxe und Erkennen des „Burn out“ unter den pflegenden Angehörigen.

<p>Beschwerde- management</p>	<p>Die kontinuierliche Fortführung der bereits begonnenen Umsetzung des Beschwerdemanagements, laut Qualitätsmanagement-Handbuch unserer Einrichtung ist auch zukünftig weiter anzustreben.</p> <p>Jeder Mitarbeiter sollte nochmals darauf hingewiesen werden, dass bei jeder Beschwerde das entsprechende Beschwerde-Formular auszufüllen und an die Pflegedienstleitung weiterzuleiten ist. Daraufhin leitet die Pflegedienstleitung entsprechende Maßnahmen zur Klärung der Beschwerde ein.</p> <p>Die Beschwerdeprotokolle werden vierteljährlich von der Pflegedienstleitung evaluiert, wobei sie anschließend allen Mitarbeitern Rückmeldung über den aktuellen Stand der Beschwerdestatistik gibt.</p>
<p>Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Pflegedienst</p>	<p>Der Aufbau eines Netzwerkes zur systematischen Einbeziehung von anderen Gruppen und Institutionen ist zukünftig anzustreben. Erste Schritte in diese Richtung wären:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontaktaufnahme zu anderen Pflegediensten und Pflegeheimen (zum Aufbau einer Angehörigengruppe, 24 Std.-Telefon-Beratung bei allen Fragen rund um die Pflege) ○ Anbieten von speziellen Pflegekursen für Angehörige ○ Einbezug von psychosozialen Beratungsstellen.

8. Zusammenfassung

Die vorgelegte Arbeit beweist, dass es möglich ist, auch in einem kleinen ambulanten Pflegedienst mit nur geringen zeitlichen und finanziellen Ressourcen eine Erhebung der Kundenzufriedenheit unter den Angehörigen der pflegebedürftigen Kunden durchzuführen.

Der verwendete Fragebogen wurde von der Zielgruppe gut verstanden und entsprechend ausgefüllt. Die Auswertung dieser Erhebung hat gezeigt, dass auf diesem Wege wertvolle Informationen zu beschaffen sind, die es den Verantwortlichen im ambulanten Pflegebereich ermöglichen, sich besser auf ihre pflegenden Angehörigen einzustellen. Denn die Orientierung an diesen „indirekten“ Kunden wird in Zeiten knapper Mittel auch für ambulante Pflegedienste immer wichtiger, um das Bestehen der Einrichtung am Markt abzusichern.

Mit Blick auf die Hauptfragestellungen der durchgeführten Untersuchung lässt sich abschließend sagen, dass sowohl auf die pflegenden Angehörigen, als auch auf die Hausärzte und das behandelnde Krankenhaus ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Diese Zielgruppen sind von enormer Bedeutung, was die Neukundenakquirierung des Pflegedienstes anbelangt.

Die Ergebnisse der abgefragten Zufriedenheitsfassetten trugen dazu bei, einen Überblick über die aktuelle Qualität der pflegerischen Versorgung aus Sicht der pflegenden Angehörigen zu erfassen, haben aber auch Defizite in verschiedenen Bereichen erkennen lassen. Hier setzt der letzte Teil der Arbeit an und bietet Handlungsempfehlungen, welche bis zum Ende des Jahres von allen Mitarbeitern umgesetzt werden sollten.

„Qualität muss als Ganzes behandelt werden – als ein integriertes Ganzes, das viel, viel mehr ist als die Summe aller Teile. Vor allem: Hören Sie auf das, was Ihre Kunden Ihnen über Qualität zu sagen haben. Ihre Kunden sind am besten in der Lage, Ihnen etwas über Qualität zu sagen, weil das das Einzige ist, was sie wirklich kaufen. Nur weil die Kunden vielleicht nicht in der Lage sind, sich besonders präzise auszudrücken, dürfen Sie nicht annehmen, dass ihre Aussagen keinen Wert haben. Vielleicht können Ihre Kunden Ihnen auch keine präzise Definition von Qualität liefern, aber eines ist ganz klar: Sie wissen es halt, wenn sie es sehen und fühlen“ (John Guaspari).

9. Literaturverzeichnis

Applebaum, R.K., Straker, K., Geron, S. (2004). Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 75-80.

Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern. (2004). Qualitätsmanagement-Handbuch für ambulante Pflegedienste. Schwerin.

Bailom, F., Hinterhuber, H., Matzler, K., Sauerwein, E. (1996). Das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit. Marketing, 2, 117.

Bandemer, S. (1997.) König Kunde kennen lernen. Ergebnisse einer anonymen Befragung von 271 KundInnen ambulanter Pflegedienste in Gelsenkirchen. Häusliche Pflege, 1, 10-16.

Bendel, K., Matiaske, W., Schramm, F., Weller, I. (2000). Kundenzufriedenheit bei ambulanten Pflegedienstleistern. Bestandsaufnahme und Vorschläge für ein stresstheoretisch fundiertes Messinstrument. Berichte der Werkstatt für Organisations- und Personalforschung e.V., Bericht Nr.3, Berlin, www.werkstatt-opf.de.

Bekanntmachung der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Vom 31. Mai 1996. In: Bundesanzeiger 48, 152a, Bonn.

Blaumeister, H. (2001). Vom Mythos der Pflege in der Familie. Forum Sozialstation. Das Magazin für die ambulante Pflege, 111, 16-18.

Blaumeister, H., Blinkert, B., Klie, T. (2001). Die Munderkingen - Studie zum Wandel pflegekultureller Orientierungen. SWS Rundschau, 409-412.

Blinkert, B., Klie,T., (1999). Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover.

bmfjsfj (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Böhme, H. (1996) Die neue Pflegeversicherung. In: Steppe, H., Ulmer, E., Saller, R., Tuschen, P. (Hrsg.). Begutachten, forschen, Qualität sichern. Pflegeversicherung: Aspekte der Aufgabenteilung zwischen Pflege und Medizin. Band 61, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, 60-61.

Bortz, J., Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 237-261.

Boszormenyi-Nagy, I., Spark G. (1995). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. 5. Auflage, Stuttgart .

Bracker, M. (1988). Die Pflegebereitschaft der Töchter. Zwischen Pflichterfüllung und eigenen Lebensansprüchen. Voraussetzungen, Belastungen, sozialpolitische Schlussfolgerungen. Bevollmächtigte der Hessischen Landesregierung für Frauenangelegenheiten (Hrsg.). Wiesbaden.

Buijsen, H. (1996). Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim: Juventa.

Bundesrat: Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflegequalitätssicherungsgesetz – PQsG) §80. Drucksache 456/01.

Dangel, B., Korporal, J. (2002). Konzept und Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung. In: Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 35-36.

Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode (1997). Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. BT-Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997, 7-8.

Elbeck, F., Fecteau, G. (1990). Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction with Psychiatric Care and Treatment. Hospital and Community Psychiatry, 41, 998-1000.

Görres, S. (1996). Qualitätssicherung und standardisierte Verfahren. Eine kritische Auseinandersetzung. Pflege, 4, 305-306.

Halsig, N. (1995). Hauptpflegepersonen in der Familie. Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und – psychiatrie, 6, 247-262.

Hedtke-Becker, A. (1990). Die Pflegenden pflegen. Gruppen für Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Deutscher Caritasverband (Hrsg.). Freiburg im Breisgau.

Herold, E. (2002). Konzepte und Strategien – Qualitätsmanagement, Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. In: Herold, E. (Hrsg.). Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 3: Familienpflege – Management – Bildung. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage, Hannover: Schlütersche.

Hofeman, K., Naegele, G. (2000). Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. München, Weinheim: Juventa, 227-233.

Hörlle, A. (1996). Leben mit dem ewigen Abschied. Zur Situation pflegender Angehöriger. Mainz.

Igl, G., Klie T. (2002). Die jüngere Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI und in der häuslichen Krankenpflege. In: Igl, G., Schiemann, D., Gerste, B., Klose, J. (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 3-7.

Klie, T. (1997). Normative Optionen: Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI. In: Braun, U., Schmidt, R. (Hrsg.). Entwicklung einer lebenswichtigen Pflegekultur. Regensburg: Transfer Verlag, 9-22.

Leimkühler, A.M. (1995). Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel, W. (Hrsg.): Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Wien, New York: Springer, 163-172.

McGovern, K., Oberste-Ufer, R., Rohrman, A., Schädler, J., Schwarte, N. (1998). Familienunterstützende Dienste in Nordrhein-Westfalen: Förderprogramm, Fördereffekte und Daten zur Angebotsentwicklung. Universität GH Siegen.

Reck-Hog, U. (1997). Kundenorientierte Qualität. TÜV-Plakette für die ambulante Pflege. In: Frauenhofer Institut (Hrsg.). Qualitätssicherung in der Altenpflege. Tagungsband.

Reck-Hog, U. (2000). Ich freue mich wenn sie gut gelaunt sind. Studie zu Kundenerwartungen an ambulante Pflegedienste. Häusliche Pflege, 4, 25-28.

Schneekloth, U., Müller, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 1279, Baden-Baden.

Schroeder-Hartwig, K. (1995). Qualitätssicherung, Anforderungen, gesetzliche Grundlagen und Stand der Umsetzung. Die Schwester / Der Pfleger, 6, 477.

Schuhen, A. (2002). Wissen was der Kunde will. Sich mittels professioneller Kundenbefragung Vorteile im Wettbewerb verschaffen. Häusliche Pflege, 11, 40–44.

Schulz, E., Leidl, R., König, H. H. (2001). Diskussionspapier Nr. 240: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Berlin.

Smith, C. (1992). Validation of a Patient Satisfaction System in the United Kingdom. Quality Assurance in Health Care ,4 (3),171-177.

Sozialministerium Mecklenburg – Vorpommern (Hrsg.). (2001) Landesseniorenprogramm „Alt werden in MV“. Schwerin. www.sozial-mv.de/doku/Landesseniorenprogramm.pdf

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2003). Bericht Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn, www.destatis.de.

Statistisches Landesamt Mecklenburg – Vorpommern (Hrsg.). (2004). Statistische Berichte. Pflegeversicherung in Mecklenburg Vorpommern. Schwerin.

Stauss, B., Neuhaus, P. (1995). Das Qualitative Zufriedenheitsmodell (QZM). Diskussionsbeiträge der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät Ingolstadt. Nr. 66, Ingolstadt.

Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V. (Hrsg.). (1998). Abschlussbericht zum Projekt Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege. 3. Auflage, Hamburg.

Wenzel, M., Ortlieb, R., Bendel, K., Schramm, F. (2004). Patientenzufriedenheit mit ambulanten Pflegediensten. Gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms: Gemeinsame Projekte von Theorie und Praxis. Flensburg, www.bosch-stiftung.de.

WHO (1985). Einzelziele für die Gesundheit 2000. Regionalbüro der WHO (Hrsg.). Kopenhagen.

Wild, M., Strümpel, C. (1996). Wie sehen Nutzerinnen die Gesundheits- und Sozialen Dienste des Roten Kreuzes? Eine Untersuchung der Erwartungen an und Bewertung der Hauskrankenpflege/Altenbetreuung/Heimhilfe des Österreichischen Roten Kreuzes. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.

Wimmer, F. , Roleff, R. (1998). Steuerung der Kundenzufriedenheit bei Dienstleistungen. In: Meyer, A. (Hrsg.). Handbuch Dienstleistungsmarketing. Band 2. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1242-1243.

10. Anhang	Seite
I. Anschreiben an die pflegenden Angehörigen	60
II. Fragebogen-Deckblatt	61
III. Fragebogen	60-67
IV. Beschwerdeprotokollformular	68
V. Erstkontaktformular	69
VI. Pflegevertragsformular	70

I. Anschreiben



Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband
Ludwigslust/Hagenow e.V.
**Ambulantes Pflorgeteam
Wittenburg/Zarrentin**
Schulstraße 8
19243 Wittenburg

Telefon: 038852/52531
Fax: 038852/50075

Wittenburg, 06.09.04

Sehr geehrte/er

Ihr/e Angehörige/r wird durch das Ambulante Pflorgeteam der Arbeiterwohlfahrt Wittenburg/Zarrentin gepflegt. Wir sind ständig bemüht, die Pflegebetreuung für Sie und Ihren Angehörigen weiter zu verbessern. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, eine Kundenbefragung durchzuführen.

Wir legen sehr viel Wert auf Ihre Meinung als pflegender Angehöriger. Bitte sagen Sie uns, wie Sie unsere Leistungen einschätzen. Sie helfen uns damit in unseren Bestrebungen die angebotenen Dienste für Sie und alle anderen Kunden zu verbessern.

Schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Antwortkuvert an uns zurück (Postgeld zahlt die AWO). Bitte geben Sie keinen Namen an, damit wir die Anonymität sichern können. Falls Sie Fragen haben, können Sie mich unter folgender Telefonnummer von 8:00 bis 15:00 Uhr erreichen: 038853/ 52531.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Martina Sterth

Pflegedienstleitung

**Wie zufrieden sind Sie
mit Ihrem Pflegedienst?**

Fragebogen

für pflegende Angehörige

Ambulantes Pflegeteam der Arbeiterwohlfahrt Wittenburg/ Zarrentin

III. Fragebogen

Fragebogen für Angehörige

Bitte denken Sie zunächst an die Zeit zurück, als der Pflegedienst noch nicht zu Ihrer/Ihrem Angehörigen gekommen ist.

- Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen, einen Pflegedienst zu nehmen?
(Sie können mehrere Kreuze machen)

- Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger selbst
- Sie selbst, andere Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes (bitte eintragen):
.....

- Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste in Frage kommen?
(Sie können mehrere Kreuze machen)

- Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger selbst
- Sie selbst, andere Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes (bitte eintragen):
.....

- Wer hat damals den jetzigen Pflegedienst ausgewählt?
(Sie können mehrere Kreuze machen)

- Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger selbst
- Sie selbst, andere Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes (bitte eintragen):
.....

- Haben Sie sich bei der Auswahl des jetzigen Pflegedienstes von der Krankenkasse Ihrer/Ihres Angehörigen beraten lassen?

- ja
- nein

- Haben Sie sich bei der Auswahl des jetzigen Pflegedienstes von einer anderen Einrichtung beraten lassen (z.B. Selbsthilfegruppe, Bürgerbüro, Nachbarschaftsheim o.Ä.)?

- ja
- nein

- Seit wann kommt der jetzige Pflegedienst zu Ihrer/Ihrem Angehörigen?

- weniger als ein Jahr
- ein bis zwei Jahre
- mehr als zwei Jahre

Wir bitten Sie nun, die Leistungen des Pflegedienstes zu bewerten.

Bitte kreuzen Sie Ihre entsprechende Bewertung an, z.B. so:

sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Bitte bewerten Sie...

• das Leistungsangebot des Pflegedienstes
(z.B. wie umfassend das Leistungsangebot ist; ob alle Hilfeleistungen angeboten werden, die Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger benötigt)

sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
<input type="radio"/>					

① ② ③ ④ ⑤

• die Informationen, die Sie vom Pflegedienst erhalten
(z.B. wie gut Ihnen das Pflegekonzept, das Leistungsangebot, die Kostenübernahme usw. erklärt werden)

① ② ③ ④ ⑤

• die Erreichbarkeit des Pflegedienstes
(z.B. wie gut Sie jemanden sprechen können, egal, wann Sie anrufen)

① ② ③ ④ ⑤

• die Beratung durch den Pflegedienst, als der Pflegedienst ausgesucht wurde

① ② ③ ④ ⑤

• die Kontinuität der Betreuung
(z.B. wie kontinuierlich immer dieselben Pflegekräfte zu Ihrer/Ihrem Angehörigen kommen)

① ② ③ ④ ⑤

• die Dauer der Besuche der Pflegekräfte
(z.B. wie gut die Zeit ausreicht, die sich die Pflegekräfte für die Leistungen nehmen)

① ② ③ ④ ⑤

Fragebogen für Angehörige

Bitte bewerten Sie...	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
• Ihre Möglichkeiten mitzubestimmen, wann die Pflegekräfte zu Ihrer/Ihrem Angehörigen kommen	①	②	③	④	⑤	○
• das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Wünsche	①	②	③	④	⑤	○
• das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Beschwerden	①	②	③	④	⑤	○
• die Pünktlichkeit der Pflegekräfte	①	②	③	④	⑤	○
• die Verlässlichkeit der Pflegekräfte in einer Notlage	①	②	③	④	⑤	○
• die Sorgfalt, mit der die Pflegekräfte arbeiten	①	②	③	④	⑤	○
• das Einhalten von Absprachen, die Sie mit den Pflegekräften getroffen haben	①	②	③	④	⑤	○
• die Freundlichkeit und Höflichkeit der Pflegekräfte	①	②	③	④	⑤	○
• die Gespräche mit den Pflegekräften (z.B. wie gut Sie verstehen, was die Pflege- kräfte Ihnen sagen, wie gut die Pflegekräfte Ihnen zuhören usw.)	①	②	③	④	⑤	○
• den Respekt der Pflegekräfte Ihrer/ Ihrem Angehörigen gegenüber	①	②	③	④	⑤	○
• Ihre Möglichkeiten mitzubestimmen, welche Pflegekräfte zu Ihrer/Ihrem Angehörigen kommen	①	②	③	④	⑤	○

Fragebogen für Angehörige

Bitte bewerten Sie...	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
<ul style="list-style-type: none"> die Gespräche mit den Pflegekräften über die Zukunft Ihrer/Ihres Angehörigen (z.B. wie intensiv Sie sich über die Gestaltung der kommenden Tage, Wochen und Monate unterhalten) 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Sicherheit Ihrer/Ihres Angehörigen (z.B. Vermeidung von Stürzen) 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> das Preis-Leistungs-Verhältnis des Pflegedienstes 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Versorgung Ihrer/Ihres Angehörigen durch den Pflegedienst insgesamt 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Vertrauenswürdigkeit der Pflegekräfte 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Beziehung Ihrer/Ihres Angehörigen zu den Pflegekräften 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Unterstützung des Pflegedienstes bei Kontakten (z.B. zu Verwandten und Bekannten; Kontaktaufnahme mit anderen Personen und Gruppen) 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Selbstständigkeit Ihrer/Ihres Angehörigen 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> die Aktivität und Agilität Ihrer/Ihres Angehörigen – egal, ob körperlich oder geistig (z.B. wie häufig sich Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger mit Dingen beschäftigt, die Ihr/Ihm Spaß machen) 	①	②	③	④	⑤	○
<ul style="list-style-type: none"> Ihre Entlastung durch den Pflegedienst 	①	②	③	④	⑤	○

Einmal angenommen. Sie würden sich über den Pflegedienst ärgern.

- Was würden Sie dann tun?
(Sie können mehrere Kreuze machen)
 - Wahrscheinlich würde ich nichts tun.
 - Ich würde (andere) Verwandte oder Bekannte bitten, etwas zu unternehmen.
 - Ich würde mich bei der Krankenkasse beschweren.
 - Ich würde mit jemandem vom Pflegedienst sprechen und diese Person bitten, etwas zu unternehmen.
 - Ich würde mich schriftlich beim Pflegedienst beschweren.
 - Ich würde den Pflegedienst wechseln.
 - Ich weiß nicht.

Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer/Ihrem Angehörigen:

- Wie alt ist Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger?
 - bis 50 Jahre
 - 51-60 Jahre
 - 61-70 Jahre
 - 71-80 Jahre
 - 81-90 Jahre
 - 91 Jahre und älter

-
- Das Geschlecht Ihrer/Ihres Angehörigen?
 - Frau
 - Mann

Weitere Kommentare

- Haben Sie noch Vorschläge oder weitere Anmerkungen zum Pflegedienst oder zu diesem Fragebogen? *(Bitte schreiben Sie diese hier auf)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

IV. Beschwerdeprotokollformular



Ambulantes Pflegeteam Wittenburg/ Zarrentin

Revision : 0.1

Beschwerdeprotokoll

Aufgenommen von:..... Datum :.....

Beschwerdeweg: persönlich telefonisch schriftlich sonstiges

Name (Anschrift / Tel.) des Beschwerdeführenden/ Betroffenen:

Grund der Beschwerde (Fallschilderung, gewünschte Problemlösung:

Weiterleitung zur Klärung:

Datum: _____ Name : _____

Weiterleitung nicht erforderlich / sofortige Problemlösung

Beschwerdelösung / Rückmeldung

Eingeleitete Maßnahmen / Problemlösung:

Ergebnis der Rücksprache mit Beschwerdeführenden (Zufriedenheit) :

V. Erstkontaktformular



Ambulantes Pflegeteam Wittenburg/ Zarrentin
Erstkontakt

Revision : 0.2

Datum :

Neue/r Kunde/in	
Name :	Geburtsdatum :
Vorname :	Telefon :
Straße :	Krankenkasse :
Ort :	Krankenkassennummer :

Kontaktperson / Besucher	
Name :	Kr.-Sozialdienst :
Strasse :	Krankenhaus :
Ort :	Station :
Telefon :	Telefon :
Mit dem Kunden verwandt :	Entlassungsdatum :

Angehöriger / Betreuer :	
Vorläufige Diagnose :	
Arzt :	

Voraussichtlicher Aufgabenbereich	Voraussichtliche Anspruchsvoraussetzung
<input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Schlüssel <input type="checkbox"/> 1. Einsatz <input type="checkbox"/> besond. Zeiten <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> SGB V <input type="checkbox"/> SGB XI (Sachleistungen) <input type="checkbox"/> SGB XI (Geldleistungen) <input type="checkbox"/> SGB XI (Kombileistungen) <input type="checkbox"/> § 37.3 SGB (Pflegebesuch) <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Selbstzahler

Pflegekasse	Besuch des MDK
<input type="checkbox"/> Ja, Stufe . <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am : <input type="checkbox"/> Antrag abgelehnt :	<input type="checkbox"/> Am : <input type="checkbox"/> Termin verlegen

Hausbesuch geplant am : _____ durch : _____
Bemerkungen : _____
Versorgung abgelehnt weil: _____

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst habe und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Martina Sterth