

Stephan von Bandemer  
Andreas Born  
Ulrike Bußmann  
Heinz Eickmeier  
Roland Weigel

## **Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege**

- Qualitätsmanagement und Benchmarking in  
der Praxis -

- Gefördert vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Kultur, Stadtentwicklung  
und Sport, sowie der Europäischen Union -

1999-01

Stephan von Bandemer  
Andreas Born  
Ulrike Bußmann  
Heinz Eickmeier  
Roland Weigel

## **Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege**

- Qualitätsmanagement und Benchmarking in  
der Praxis -

Unter Mitarbeit von  
Rainer Fretschner  
Michael Otterbein  
Christiane Schütter  
Ingo Unkelbach

Projektbericht des Instituts Arbeit und Technik 1999-01

ISSN 1430-8738

Gelsenkirchen 1999

Herausgeber:

Institut Arbeit und Technik

Munscheidstr. 14

45886 Gelsenkirchen

Telefon: +49-209/1707-0

Fax-Nr.: +49-209/1707-110

# **Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege - Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Praxis -**

## **Zusammenfassung**

Der Projektbericht dokumentiert die kooperative Entwicklung von Qualitätsmanagementstrategien mit den Beschäftigten von zehn ambulanten Pflegediensten in Gelsenkirchen. Das zweijährige Pilotprojekt basiert auf Prinzipien des Total Quality Management (TQM). Im Rahmen dieser Prinzipien wurden mit den Beschäftigten Qualifizierungsmaßnahmen erarbeitet und durchgeführt. In Zusammenarbeit mit den beteiligten Pflegediensten ist eine Betriebsdatenerhebung sowie eine Kunden- und Mitarbeiterbefragung durchgeführt worden. Die aus den Befragungen gewonnenen Ergebnisse dienen als Grundlage für Qualifizierungsmaßnahmen und ein Benchmarking. Insgesamt wurden auch auf andere im Pflegebereich tätige Betriebe übertragbare Instrumente entwickelt.



## Inhalt

### Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege - Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Praxis -

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Beschäftigungsperspektiven gesundheitsbezogener und sozialer Dienste</b> .....	<b>12</b>
2.1	Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Entwicklung gesundheitsbezogener und sozialer Dienste.....	12
2.2	Alternative Politikentwürfe und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigung bei Gesundheit und Soziales.....	14
2.3	Konturen einer Modernisierungspolitik für die Sozial- und Gesundheitswirtschaft .....	19
2.4	Schlußfolgerungen und Ausblick.....	21
<b>3</b>	<b>Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege</b> .....	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>Projektplanung und Ablauf</b> .....	<b>28</b>
4.1	Ausgangssituation .....	28
4.2	Projektphasen.....	29
4.2.1	Projektvorstellung und -initiierung .....	29
4.2.2	Die Betriebsdatenerhebung.....	29
4.3	Entwicklung und Durchführung der Qualifizierungsmodule .....	30
4.3.1	Erster Schritt: Gemeinsame Auswahl der Qualifizierungsmodule .....	30
4.3.2	Zweiter Schritt: Durchführung der Qualifizierungsmodule.....	31
4.4	Durchführung der Kunden- und Mitarbeiterbefragung.....	31
4.4.1	Erster Schritt: Die Kundenbefragung.....	31
4.4.2	Zweiter Schritt: Die Mitarbeiterbefragung .....	32
4.5	Erfolgsbefragungen .....	33
4.5.1	Die Teilnehmerbefragung .....	33
4.5.2	Die projektabschließende Erfolgsbefragung.....	33

7		
<b>5</b>	<b>Ergebnisse der Betriebsdatenerhebung</b>	<b>34</b>
5.1	Betriebsdaten	34
5.2	Betriebsabläufe	39
5.3	Personalführung	41
5.4	Qualitätsmanagement	42
5.5	Kundenorientierung	43
5.6	Zusammenarbeit	44
5.7	Öffentlichkeitsarbeit/Werbung	45
<b>6</b>	<b>Ergebnisse der Kundenbefragung</b>	<b>46</b>
6.1	Rahmendaten	46
6.2	Kundenservice	50
6.3	Stellenwert und Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen	53
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung</b>	<b>56</b>
7.1	Rahmendaten	56
7.2	Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz	58
7.3	Erwartungen an den Arbeitsplatz	58
7.4	Erfüllung der Erwartung an den Arbeitsplatz	60
7.5	Anforderungsprofil in der ambulanten Pflege	62
7.6	Einschätzung der Leitung	64
7.7	Bewertung der internen Organisation	65
<b>8</b>	<b>Curricula der Qualifizierungsmaßnahmen</b>	<b>68</b>
8.1	Titel: Kostenträgerstrukturen I	68
8.2	Titel: Kostenträgerstrukturen II	69
8.3	Titel: Marktübersicht	70
8.4	Titel: Leitbild in ambulanten Diensten	70
8.5	Titel: Einführung in das Bundessozialhilfegesetz	71
8.6	Titel: Bundessozialhilfegesetz für Fortgeschrittene	72
8.7	Titel: Kostenträgerstrukturen III	72
8.8	Titel: Kooperation und Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten	73
8.9	Titel: Zeitmanagement	73
8.10	Titel: Betriebswirtschaftliche Grundlagen und Controlling	74
8.11	Titel: Beschwerdemanagement und Konflikttraining	75
8.12	Titel: Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen	75
8.13	Titel: Lernen von besten Ideen und Lösungen	76

<b>9</b>	<b>Ergebnisse der Erfolgsbefragungen</b> .....	78
9.1	Teilnehmerbefragung .....	78
9.1.1	Rahmendaten.....	78
9.1.2	Umsetzung der Qualifizierung.....	78
9.2	Projektabschließende Erfolgsbefragung .....	79
9.2.1	Rahmendaten.....	79
9.2.2	Umsetzung der Qualifizierungsinhalte und Befragungsergebnisse .....	80
<b>10</b>	<b>Überblick der wesentlichen Befragungsergebnisse</b> .....	81
<b>11</b>	<b>Erfahrungen eines Pflegedienstes mit dem Modellprojekt</b> .....	83
<b>12</b>	<b>Perspektiven</b> .....	85
12.1	Lernen von besten Lösungen – umfassendes Benchmarking unterstützt Pflegedienste .....	85
12.2	Vom Vergleich zur Handlungsorientierung.....	86
12.3	Ansatzpunkte für das Benchmarking.....	86
12.4	Qualitätsmanagement bildet Grundlage.....	91
<b>13</b>	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	91
<b>14</b>	<b>Anhang</b> .....	I
	<b>Anhang 1:</b> Fragebogen der Betriebsdatenerhebung: Interviewleitfaden .....	II
	<b>Anhang 2:</b> Fragebogen der Betriebsdatenerhebung: Betriebsdatenerhebung.....	VII
	<b>Anhang 3:</b> Kundenfragebogen.....	XVI
	<b>Anhang 4:</b> Mitarbeiterfragebogen.....	XXVI



## 1 Einleitung

Der wachsende Bedarf an Pflege und Versorgung alter Menschen zu Hause und die gesetzliche Liberalisierung des Pflegemarktes ermöglichten seit Ende der achtziger Jahre zahlreiche Existenzgründungen kleiner privater ambulanter Pflegedienste. Schon 1993 eroberten in Nordrhein-Westfalen private Pflegedienste 25% des Marktes, ein Anteil, der in einigen Städten und Regionen inzwischen sogar auf über 50% gestiegen ist. Die Wachstumsdynamik privater ambulanter Pflegedienste und die damit verbundene Beschäftigung ist perspektivisch jedoch instabil: Nach einer Studie des Instituts Arbeit und Technik schlossen schon zwischen 1993 und 1994 ca. 15% der privaten ambulanten Pflegedienste wieder ihre Pforten. Die Gründe liegen u. a. in dem sich immer weiter verschärfenden Wettbewerb, dem finanziellen Rückzug der Kranken- und Pflegekassen, defizitären pflegeübergreifenden Qualifikationen der Mitarbeiter und mangelnder Kooperation der Pflegedienste.

Vor dem Hintergrund dieser gesellschafts- und sozialpolitischen Veränderungen wurde das zweijährige Modellprojekt in Kooperation mit zehn ambulanten Pflegediensten in Gelsenkirchen durchgeführt. Das Projektziel ging davon aus, daß eine bessere pflegeübergreifende Qualifikation der Beschäftigten dieser Dienste dazu beitragen kann, daß in Pflegediensten qualifizierter, effizienter und kooperativer gearbeitet wird und die Arbeitsplätze attraktiver und zukunftssicherer werden.

Qualifizierung ist nicht nur eine unabdingbare Voraussetzung dafür, daß pflegebedürftige alte Menschen - als Kunden der Pflegedienste - kompetente, kostengünstige und umfassende Unterstützung erhalten. Sie ist auch eine Bedingung dafür, daß die Arbeit deutlich sachgerechter und effizienter organisiert werden kann. Qualifizierung kann darüber hinaus dazu beitragen, die Attraktivität der Arbeit bei der Betreuung alter Menschen zu steigern. Wenn es gelingt, die entwickelten Kenntnisse und Fertigkeiten des Personals für Maßnahmen zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung zu nutzen, erhöht dies nicht nur den Spielraum für ein qualitativ hochwertiges Dienstleistungsangebot, sondern es ist auch mit einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu rechnen.

Dabei ging es in dem Projekt nicht nur um spezifisch pflegerische Qualifizierung, sondern um die Vermittlung von Organisations- und Managementkompetenzen, die vielfach in der pflegerischen Ausbildung vernachlässigt werden. Gerade bei einem zunehmenden Wettbewerb in einem wachsenden Markt ist die Entwicklung und Vermittlung entsprechender Kompetenzen von besonderer Bedeutung.

Daher wurde in dem Pilotprojekt gemeinsam mit den Beschäftigten der Dienste ein Qualifizierungskonzept entwickelt und über den Zeitraum von zwei Jahren erprobt. Das Projekt griff dabei auf Prinzipien des Total Quality Managements (TQM) zurück. Als Grundlage diente je eine Kunden-, Mitarbeiterbefragung und eine Betriebsdatenerhebung. Die aus diesen vergleichenden Informationen gewonnenen Erkenntnisse dienten der Entwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen, die spezifische Defizite im Organisations- und Managementbereich beheben sollten.

An der Entwicklung der Qualifizierungsmodule waren Geschäftsleitungen und Beschäftigte der Betriebe beteiligt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, daß Beschäftigte und Betriebe wechselseitig voneinander lernen konnten. Wichtige Grundprinzipien der Entwicklung der Qualifizierungsmodule waren:

- \* Die Qualifizierungsmodule sollten nicht auf der Grundlage fertiger Konzepte entstehen, sondern unter Beteiligung der Beschäftigten entwickelt und den jeweiligen individuellen Bedürfnissen der einzelnen Betriebe angepaßt werden.
- \* Auf diese Weise sollte auch die Kompetenz der Beschäftigten zur kontinuierlichen Weiterbildung sowie zu kooperativen überbetrieblichen Formen der Zusammenarbeit gestärkt werden.
- \* Die Akzeptanz der Beschäftigten für eine ganzheitliche Qualifizierungsmaßnahme wird zudem wachsen, wenn sie an dem Gestaltungsprozeß von vornherein beteiligt werden. Daher sollten unterschiedliche Analyse- und Arbeitsschritte mit den Beteiligten parallel bearbeitet und miteinander abgestimmt werden:

Eine erste Strukturierung der Qualifizierung erfolgte auf der Grundlage der Analyse der Markt- und Wettbewerbsbedingungen ambulanter Pflegedienste, des Qualifikationsprofils der teilnehmenden Pflegedienste und der Betriebsdatenerhebung. Auf dieser Basis wurden Anforderungen an die Qualifizierungsmodule in Arbeitsgruppen mit den Beschäftigten der Pflegedienste und dem Projektleitungsteam erstellt und über die gesamte Projektlaufzeit weiterentwickelt. Die darauf basierenden Curricula und die Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen wurden kontinuierlich evaluiert, dokumentiert und in die jeweiligen Arbeitsgruppen zurückgetragen. Schwerpunkte der mit den Beschäftigten entwickelten Qualifizierungsmodule lagen in folgenden Bereichen:

- |                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| - Qualitätsmanagement     | - Betriebswirtschaftliches know-how |
| - Leitbildentwicklung     | - Marketing                         |
| - Kundenorientierung      | - Schnittstellenmanagement          |
| - Mitarbeiterorientierung | - Kommunikation intern/ extern      |
| - Benchmarking            | - Konfliktmanagement                |

Eng verzahnt mit der Entwicklung der Qualifizierungsmodule war die gemeinsam mit den Beschäftigten der Pflegedienste entwickelte und durchgeführte Kunden- und Mitarbeiterbefragung. Deren Ergebnisse konnten einerseits als Grundlage für weitere Qualifizierungsmodule genutzt, andererseits von den beteiligten Unternehmen beim Aufbau eines Benchmarkings verwandt werden.

Durch die aktive und kooperative Beteiligung der Beschäftigten von überwiegend kleinen Unternehmen an der prozessual angelegten Qualifizierung wurde ein auch auf andere im Pflegebereich tätige Betriebe übertragbares Konzept entwickelt. Für interessierte Pflegedienste besteht dadurch die Möglichkeit, die Projektergebnisse für ihren eigenen Betrieb zu nutzen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

An dem Modellprojekt nahmen zehn Pflegedienste der Gelsenkirchener Arbeitsgemeinschaft privater ambulanter Pflegedienste (AAK), die Unternehmensberatungsgesellschaft Konkret Consult Ruhr sowie das Institut Arbeit und Technik (IAT) teil. Gefördert wurde das Projekt vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (NRW) und der Europäischen Union. Die Erkenntnisse des Qualifizierungskonzepts wurden einer breiten Öffentlichkeit durch Veranstaltungen und Workshops sowie die vorliegende Projektdokumentation zur Verfügung gestellt.

An dieser Stelle sei allen am Modellprojekt beteiligten Akteuren für die vertrauensvolle und über zwei Jahre währende Zusammenarbeit gedankt, insbesondere den Beschäftigten der in Gelsenkirchen ansässigen teilnehmenden Pflegedienste. Die kontinuierliche und engagierte Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Modellprojekt hat gezeigt, daß trotz der Konkurrenzsituation Kooperation zwischen Unternehmen möglich ist und konkret nutzbare Verbesserungen für die einzelne Pflegedienste erbringen kann.

## **1 2 Beschäftigungsperspektiven gesundheitsbezogener und sozialer Dienste**

Die in dem Projekt gemeinsam mit den Inhabern und Beschäftigten der beteiligten Pflegedienste durchgeführte Entwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen hing inhaltlich und strategisch eng mit den massiven Veränderungen in der Gesundheits- und Soziallandschaft zusammen. Um diese Zusammenhänge zu verdeutlichen werden im folgenden gesellschafts- und sozialpolitische Hintergründe, daraus abgeleitete theoretische Annahmen und Zukunftsperspektiven für die Beschäftigung in gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten erörtert.

In der Zukunfts- und Standortdiskussion, die verstärkt seit Mitte der neunziger Jahre in Deutschland geführt wird, hat die Sozial- und Gesundheitspolitik einen schweren Stand. Ausgaben im Sozial- und Gesundheitsbereich gelten als Kostenfaktoren, die die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigen und deshalb rasch und durchgreifend reduziert werden sollten. Die hohe Bedeutung des Gesundheits- und Sektors als Wirtschaftsfaktor für Innovation, Beschäftigung und Lebensqualität wird demgegenüber nur selten erwähnt. Lediglich einige wenige Stimmen<sup>1</sup> weisen darauf hin, daß die Gesundheits- und Sozialwirtschaft mit derzeit rund 3 Mio. Beschäftigten einer der größten Wirtschaftszweige ist, deren Produkte und Dienstleistungen sowohl für das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung als auch für die Innovationsfähigkeit vorgelagerter und benachbarter Branchen eine Schlüsselstellung einnehmen.

Das folgende Kapitel setzt sich mit Zukunftsbedingungen und Gestaltungsansätzen für den Bereich Gesundheit und Soziales auseinander. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie sich die Beschäftigung in diesem Bereich zukünftig entwickelt. Um den Horizont der Möglichkeiten abzustecken, werden alternative Szenarien durchgerechnet (Kap. 2.2). Daran anknüpfend wird versucht, Ansatzpunkte für eine Aktivierung der Wachstums- und Beschäftigungspotentiale bei Gesundheit und Soziales zu skizzieren (Kap. 2.3). Den Ausgangspunkt der Ausführungen (Kap. 2.1) bildet eine kurze Diskussion von Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Entwicklung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.

### **1.1 2.1 Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Entwicklung gesundheitsbezogener und sozialer Dienste**

---

<sup>1</sup> vgl. Bandemer/Hilbert 1996, Nefiodow 1996, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997, Bullinger 1998.

Die Perspektiven der Gesundheits- und Sozialwirtschaft werden von vielen externen Faktoren beeinflusst. Mit Blick auf die Zukunft sind insbesondere die soziodemographischen Trends und die absehbaren Veränderungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik hervorzuheben. Diese Rahmenbedingungen haben zum einen Einfluß auf den zukünftigen Bedarf an sozialen und gesundheitsbezogenen Produkten bzw. Dienstleistungen und zum anderen prägen sie die Art und Weise, wie auf diesen Bedarf geantwortet wird.

Unter den soziodemographischen Faktoren sind insbesondere die gesellschaftliche Alterung sowie die wachsende Erwerbsbeteiligung der Frauen hervorzuheben. Erstere führt dazu, daß die Zahl der Menschen, die auf soziale und gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen angewiesen sind, steigen wird. Letztere hat zur Konsequenz, daß in Zukunft die in der Familie - zumeist von Frauen - erbrachten Erziehungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen an Gewicht verlieren werden und durch öffentliche, halböffentliche oder am Markt bereitgestellte Angebote ersetzt werden müssen.

In Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung und -struktur kann auf Basis der vorliegenden Daten und wissenschaftlichen Erkenntnissen von folgenden Annahmen ausgegangen werden: Insgesamt wird die Einwohnerzahl in Deutschland bis zum Jahre 2010 nur leicht zunehmen. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen wird wegen des zurückhaltenden generativen Verhaltens rückläufig sein und die Sterbefälle nicht ausgleichen können; allerdings ist weiterhin mit Zuwanderung zu rechnen (netto ca. 3,5 Millionen Menschen). Bei der Bevölkerungsstruktur ist mit einem Bedeutungsgewinn der älteren Jahrgänge und einem abnehmenden Gewicht der jüngeren und mittleren Altersstufen zu rechnen. Mitte der neunziger Jahre war in Deutschland gut ein Fünftel aller Einwohner über 60 Jahre alt; im Jahre 2010 wird etwa jeder vierte Einwohner zur älteren und hochbetagten Altersgruppe zählen. Der Rückgang bei der Zahl der Kinder kann zu einer abgeschwächten Nachfrage nach Betreuungs- und Erziehungsleistungen führen; demgegenüber läßt die stark wachsende Zahl alter und sehr alter Menschen den Unterstützungsbedarf erheblich wachsen (Quelle: Statistisches Bundesamt; 1997: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. Vorausschätzungen des DIW, 1997).

Der demographisch bedingte Mehrbedarf an Unterstützung für Ältere wird durch Veränderungen in der Lebens- und Arbeitswelt noch weiter verstärkt. Bislang ist die Pflege alter Menschen in erster Linie eine Sache der Familie, in den allermeisten Fällen von Ehefrauen, Töchtern und Schwiegertöchtern. Familien und Frauen werden in Zukunft jedoch immer weniger als Pflegenden zur Verfügung stehen. Hierfür gibt es verschiedene Gründe. Zu erwähnen sind etwa der Trend zur Kleinfamilie oder die wachsende Instabilität der Familie. Besonders hervorzuheben ist die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen. Anfang der siebziger Jahre waren rund 50 Prozent der Frauen in den mittleren Lebensjahren berufstätig; Mitte der neunziger Jahre lag dieser Anteil bereits bei über 70 Prozent (Quelle: DIW, 1997: Erwerbsbeteiligung der Frauen in Westdeutschland), und es ist davon auszugehen, daß in Zukunft bis zu 80 Prozent der Frauen im Alter zwischen 20 und 50 berufstätig sein werden. Bei einer derartig hohen Erwerbsbeteiligung von Frauen verringert sich deren Zeit und Kraft, sich um alte und unterstützungsbedürftige Menschen zu kümmern. Da nicht davon auszugehen ist, daß in absehbarer Zeit das Engagement von Männern für Familien-, Haus-, Erziehungs- und Pflegearbeiten zunimmt, wird die wachsende Frauenerwerbstätigkeit den (demographisch bedingt) ohnehin schon anwachsenden Bedarf an sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten verstärken.

Der steigende Bedarf an sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten wird kaum durch eine einfache Ausweitung öffentlicher oder halböffentlicher Angebote beantwortet werden können. Die Finanzpolitik steht in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen: Ostdeutschland benötigt noch längere Zeit Unterstützung beim Aufbau und bei der Modernisierung der Infrastruktur. Gleichzeitig stößt die Steuer- und Abgabenlast bereits heute an ihre Grenzen und wirkt - im Vergleich zu konkurrierenden Ländern - belastend für den Wirtschaftsstandort Deutschland. Ein Ausgleich von möglichen Ausgabenüberschüssen ist nicht nur aufgrund der Kriterien im Rahmen des Maastricht-Abkommens, sondern auch wegen der sich kumulierenden Zinsbelastungen, die den politische Handlungsspielraum einengen würden, kaum möglich. Daher fehlt nicht nur jeglicher Manövrierspielraum für eine Ausweitung staatlicher Sozial- und Gesundheitsausgaben, sondern es gibt sogar massive Forderungen nach Privatisierung staatlicher Leistungen, Plädoyers für Einschnitte im Sozialsystem und für das Streichen von Steuervorteilen und Subventionen.

In der Gesamtschau läßt sich die Skizze der Rahmenbedingungen für die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste folgendermaßen zuspitzen: Einem wachsenden Bedarf stehen sinkende gesellschaftliche Selbsthilfemöglichkeiten gegenüber und es fehlt jedweder Bewegungsspielraum, den steigenden Anforderungen durch eine Ausweitung der öffentlichen Finanzierung für Gesundheit und Soziales gerecht zu werden. Wenn es nicht zu Leistungsabbau und Unterversorgung kommen soll, sind mithin in der Sozial- und Gesundheitspolitik neue Ansätze gefordert.

## **1.2      2.2      Alternative Politikentwürfe und ihre Auswirkungen auf die Beschäftigung bei Gesundheit und Soziales**

Die Bereiche Gesundheit und Soziales sind eine Wirtschaftsbranche, deren Entwicklung und Leistungsfähigkeit in sehr starkem Maße von politischen Entscheidungen beeinflusst wird. Vor dem Hintergrund der im vorstehenden Kapitel beschriebenen Herausforderungen und Rahmenbedingungen werden seit Jahren Reform- und Erneuerungskonzepte debattiert<sup>2</sup>. Die Vielfalt der Vorschläge läßt sich idealtypisch auf drei Konzepte der Politikgestaltung reduzieren, nämlich

- ein etatistisches Modell, das im Prinzip von einer status-quo-Entwicklung unter Berücksichtigung bereits erkennbarer Veränderungen ausgeht,
- ein neoliberales Modell, bei dem durch eine strikte Privatisierungs- und Deregulierungsstrategie und einen völligen Rückbau des Sozialstaates eine drastische Rückführung des Staatsanteils am Bruttoinlandsprodukts erreicht werden soll, und
- ein Dienstleistungspolitikmodell, das einerseits dafür sorgt, daß öffentliche, soziale und gesundheitsbezogene Dienste deutlich produktiver, d.h. preiswerter und besser werden und so andererseits eine zwar nur moderate, aber dennoch deutliche Verringerung des Staatsanteils bewirkt. Beides zusammen ist eine Grundlage dafür, daß verstärkt private Mittel für die Sozial- und Gesundheitswirtschaft mobilisiert werden können.

### *Grundannahmen*

---

<sup>2</sup>Überblicke über die einschlägige wissenschaftliche Debatte liefern Heinze et al. 1988, Bäcker et al. 1995, Badura/Evers 1996, Kaiser et al. 1996, Knappe/Winkler 1997.

Diese drei alternativen Politikkonzepte lassen sich zu Modellen verdichten, die dann eine Abschätzung von Beschäftigungswirkungen ermöglichen. Die Modelle setzen sich jeweils aus einer Fülle von Annahmen zusammen (vgl. Bandemer et al. 1998). Konkretisiert für den Zeitraum von Mitte der neunziger Jahre bis zum Jahre 2010 werden im folgenden die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Modelle überblicksartig skizziert und ihre Entwicklung in Form von Szenarien berechnet:

Im *etatistischen Modell* wird auf der Einnahmenseite mit einer Verschiebung von den direkten zu den indirekten Steuern (realisiert über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer und der Energiesteuer) sowie auf der Ausgabenseite mit einem Subventionsabbau und einer Verringerung der Staatsbediensteten gerechnet. Demographisch bedingt steigen die Sozialausgaben; dennoch erhöht sich der Anteil der Sozialbeiträge an den Einkommen aus unselbständiger Arbeit lediglich von 32,4 (Mitte der neunziger Jahre) auf 33 Prozent im Jahre 2010. Bei einer Rückführung der Staatsverschuldung beträgt die Staatsquote (also der Anteil der Staatsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) im Jahr 2010 fast 45 Prozent und liegt damit um über 6 Prozentpunkte unter dem Wert von 1995.

Im *neoliberalen Modell* erfolgt auf der Ausgabenseite ein drastischer Subventionsabbau, eine Reduzierung der Staatsinvestitionen und eine wesentlich stärkere Verringerung der Staatsbediensteten als im etatistischen Modell. Um die Reduzierung der Staatsquote auf 30 Prozent zu erreichen, erfolgt darüber hinaus ein Umbau des Sozialsystems mit Privatisierungen etwa bei Kindertageseinrichtungen, Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern und weiteren sozialen Einrichtungen sowie Kürzungen der Bundeszuschüsse und der Leistungen der einzelnen Sozialversicherungsträger. Daher können auch die Beitragssätze zu den Sozialversicherungen deutlich reduziert werden. Die Sozialquote (Anteil der Sozialbeiträge am Einkommen aus unselbständiger Arbeit) liegt mit 22 Prozent im Jahr 2010 um 11 Prozentpunkte unter derjenigen des etatistischen Modells. Des Weiteren werden sowohl die Gewinn- als auch die Lohnsteuern gesenkt, was allerdings zu einem größeren Gewicht indirekter Steuern führt. Insgesamt werden der Unternehmenssektor wie die privaten Haushalte geringer belastet. Aufgrund der verringerten Transferzahlungen kommt es jedoch bei letzteren langfristig zu keiner Gesamtentlastung.

Im *Dienstleistungspolitikmodell* gelingt es, die Staatsquote deutlich zurückzuführen, nämlich auf 40 Prozent. Allerdings fällt der Rückgang deutlich weniger drastisch aus als im neoliberalen Konzept. Eingeleitet wird dies über eine veränderte Schwerpunktsetzung staatlicher Aktivitäten. Investiert - auch hinsichtlich des Personals - wird vor allem in die Erschließung von Effektivitäts- und Effizienzpotentialen im Verwaltungsbereich sowie in Maßnahmen, mit denen neue wirtschaftliche Aktivitäten ermöglicht werden. Bei den sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten wird durch ein systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement der Kostendruck auf die Leistungserbringung statt auf die Leistungsempfänger kanalisiert; dies führt dazu, daß die Leistungsangebote effektiver und effizienter werden und darüber zusätzliche private Nachfrage angestoßen und ermöglicht

wird. Verbunden mit der Umstrukturierung staatlicher Aktivitäten ist eine höhere Investitionstätigkeit des Staates. Einen merklichen Unterschied gibt es auch bei den sozialen Leistungen. Im Vergleich zum neoliberalen Modell beträgt die Reduzierung nur rund ein Viertel. Der geringere Abbau der Transferzahlungen an Unternehmen und private Haushalte bewirkt jedoch andererseits, daß die Beitragssätze zur Sozialversicherung und die Belastung mit direkten und indirekten Steuern insgesamt höher ausfallen als im neoliberalen Modell. Bestandteil der Veränderungen sind ebenfalls Veränderungen in der Steuer- und Sozialpolitik. Auf der staatlichen Einnahmenseite werden die Mehrwert- und Energiesteuern eine größere Rolle spielen, bei den Sozialausgaben wird die Bedeutung der Eigenleistungen zunehmen, was vor allem auch durch die gestiegene Qualität bei gleichzeitig reduzierten Kosten begünstigt wird (Quelle: Entwicklung des Staatshaushalts nach Politikmodellen, eigene Berechnungen, 1997).

#### **1.2.1.1.1.1 Abschätzung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen**

Im *etatistischen Modell* kann dank der zugrunde gelegten günstigen weltwirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland ein reales Wirtschaftswachstum von jährlich rund 2,4 Prozent bis zum Jahr 2010 erreicht werden. Bei einer Produktivitätssteigerung von rund 1,8 Prozent wächst die Beschäftigung jährlich um rund 0,6 Prozent. Im Jahr 2010 werden bei dieser Politikvariante rund 37,9 Millionen Personen in Deutschland beschäftigt sein. Dies entspricht einem Zuwachs von rund 3,1 Millionen gegenüber 1995.

Mit dem *neoliberalen Modell* ist der Wachstumspfad des etatistischen Modells nicht zu erreichen. Der Umbau des Sozialstaates wird nicht friktionslos verlaufen. Insbesondere in Ostdeutschland wird der Abbau der Transferzahlungen an die Unternehmen und privaten Haushalte sowie die Verringerung der Infrastrukturleistungen einen nachfragedämpfenden Effekt auslösen, der auch durch die Entlastung von Lohnnebenkosten nicht kompensiert werden kann. Die privaten Haushalte müssen einen größeren Teil ihres Einkommens für die Finanzierung von Betreuungs- und Gesundheitsdiensten aufwenden, und sie werden auch ihr privates Vorsorgesparen erhöhen. Dies verändert die Struktur des privaten Verbrauchs, und es steht für die übrigen Verwendungszwecke entsprechend weniger zur Verfügung.

Die Unternehmen werden zwar von Lohnnebenkosten entlastet, inwieweit dies jedoch ihre internationale Wettbewerbsfähigkeit stärkt und zu höheren Absatzzahlen führt, hängt davon ab, ob sie im Preis- oder Qualitätswettbewerb stehen. Die meisten deutschen Firmen dürften überwiegend dem Qualitätswettbewerb unterliegen, so daß sich Preissenkungen für sie nur begrenzt auszahlen. Die Senkung der Lohnnebenkosten führt zu einem beschäftigungswirksameren Wachstumspfad, da die Dämpfung des Lohnkostenanstiegs den Anreiz zu arbeitssparenden Investitionen abschwächt. Damit fällt der Produktivitätsanstieg geringer aus als im etatistischen Modell. Insgesamt wird im neoliberalen Modell mit einem Wachstum um zwei Prozent, einem Produktivitätsanstieg von 1,6 und einem Beschäftigungszuwachs von 0,4 Prozent jährlich gerechnet. Die Zahl der Erwerbstätigen liegt damit im Jahr 2010 um rund eine Million unter der Beschäftigtenzahl im etatistischen Modell.

Das *Dienstleistungspolitikmodell* verstärkt demgegenüber die Wachstumsdynamik. Insbesondere auf längere Sicht werden die positiven Impulse aus der Entlastung der Unternehmen und privaten Haushalte von Steuern und Sozialabgaben sowie der Dienstleistungspolitik des Staates fühlbar. Die gezielte Förderung der Innovationskraft der Wirtschaft beim Erschließen neuer Märkte, eine Verbesserung der Forschungsförderung



sowie die neuen Wege bei der Aufbringung und Verwendung der Steuern und Sozialabgaben verstärken die expansiven Impulse, die sich aus der Erhöhung des verfügbaren Einkommens der privaten Haushalte sowie aus der Senkung der Lohnnebenkosten ergeben. Insbesondere in Ostdeutschland wirken die vom Staat gesetzten Akzente positiv. Die aktive Dienstleistungspolitik des Staates fördert durch den Abbau von Hemmnissen das Wachstum der Wirtschaft und setzt zusätzliche Beschäftigungsimpulse. Insgesamt werden in diesem Modell im Jahr 2010 rund eine halbe Million Personen mehr beschäftigt sein als im statistischen Modell. Während bis zum Jahr 2000 ein Wirtschaftswachstum wie im statistischen Modell erwartet wird, kann in den darauffolgenden Jahren mit rund 2,5 Prozent jährlich ein höheres Wachstum bei einer um 0,2 Prozentpunkte höheren Produktivitätssteigerung realisiert werden.

#### *Auswirkungen auf die Beschäftigungsperspektiven in den Sozial- und Gesundheitsdiensten*

In den vorstehenden Abschnitten wurden zum ersten wichtige Herausforderungen für die Sozial- und Gesundheitspolitik skizziert; zum zweiten unterschiedliche Modelle und Perspektiven des politischen Umgangs mit den anstehenden Aufgaben und zum dritten gesamtwirtschaftliche Entwicklungstrends auf der Grundlage der Politikmodelle dargestellt. Nunmehr werden die Beschäftigungsauswirkungen für den Bereich Gesundheit und Soziales beschrieben.

- Gesundheitsdienste -

Allein demographisch bedingt ist bei den Gesundheitsdiensten in allen drei Politikvarianten mit einer deutlichen Zunahme der Beschäftigung zu rechnen. Die Höhe des Beschäftigungsanstiegs ist jedoch angesichts der unterschiedlichen Rahmensetzungen in den Politikmodellen verschieden (Quelle: Beschäftigungsentwicklung bei den Gesundheitsdiensten; eigene Berechnungen, 1998).

In der *etatistischen Variante* wird der Trend bei in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abgeschwächt fortgeschrieben. Danach ergeben sich im stationären Bereich - eine höhere Bettenauslastung und das Erschließen von Produktivitätspotentialen unterstellt - Beschäftigungseffekte bis zum Jahr 2010 von insgesamt 450.000 Personen. Im ambulanten Bereich wird von einer Steigerung des Versorgungsgrades von jahresdurchschnittlich 2,5 Prozent ausgegangen. Dies liegt angesichts der Kostendämpfungsmaßnahmen unter der Steigerungsrate der Vergangenheit. Es wird eine Beschäftigungszunahme von 225.000 Personen erwartet. Mit Blick auf das wachsende Gesundheitsbewußtsein wird auch bei den übrigen Gesundheitsdiensten mit einer Nachfragebelebung gerechnet. Der Beschäftigungsanstieg dürfte sich hier auf rund 20.000 belaufen.

Im *neoliberalen Modell* werden angesichts der Sparmaßnahmen und der Privatisierungen die Beschäftigungseffekte insgesamt geringer ausfallen. Insbesondere im ambulanten Bereich kann unter diesen Bedingungen kaum von einer Steigerung des Versorgungsgrades ausgegangen werden. Im stationären Bereich wird es in den dünnbesiedelten Gebieten Ostdeutschlands zu einem weiteren Abbau der Bettenkapazitäten und der Konzentration von Einrichtungen - speziell von hochtechnischen und kostenintensiven Geräten - auf Mittel- und Oberzentren kommen. Insgesamt wird der Beschäftigungszuwachs hier unter 500.000 Personen gegenüber 695.000 Personen im etatistischen Modell liegen.

Im *Dienstleistungspolitikmodell* kommt die aktive Rolle des Staates insbesondere bei den Gesundheitsdiensten zum Tragen. Durch „Case-Management“ sollen die Schnittstellen zwischen ambulant und stationär besser gesteuert werden und durch die Übernahme von Koordinationsleistungen und Transaktionskosten soll der Aufbau neuer sozialer Dienste aktiv durch den Staat unterstützt werden. Dabei bietet es sich an, Leistungen verschiedenster Art im medizinischen, betreuenden und pflegenden Bereich miteinander zu kombinieren und attraktiver zu gestalten, damit solche neuen Dienstleistungspakete privat von einer kaufkräftigen Nachfragerschicht finanziert werden. Insgesamt wird hier mit rund 750.000 zusätzlich Beschäftigten gerechnet.

- Altenbetreuung -

Wie im Gesundheitsbereich ergeben sich auch im Bereich der *Altenbetreuung* aufgrund des demographischen Wandels und der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen erhebliche Bedarfssteigerungen. Insbesondere Personen ab dem 70. Lebensjahr benötigen oftmals Hilfe

bei der Haushaltsführung, eine medizinische Betreuung oder sogar ständige Pflege. Diese Hilfe wird meistens von Familienangehörigen geleistet. Erst wenn dies nicht mehr möglich ist, wird auf externe Hilfe zurückgegriffen. Pflegende Familienangehörige fühlen sich zumeist stark belastet, oftmals sind keine fundierten Kenntnisse über Pflege vorhanden, so daß die gegenwärtige Situation der Pflege in Familien unzureichend ist. Vor diesem Hintergrund gewinnt die ambulante Versorgung durch professionelle Dienstleistungsunternehmen in allen drei Politikvarianten zunehmend an Bedeutung.

Im *etatistischen Modell* wird deshalb damit gerechnet, daß die Beschäftigungsdynamik im Bereich der ambulanten Dienste, die nach der Familie den größten Teil der ambulanten Pflege leisten, höher ist als aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten wäre. Zur Zeit liegt ihr Anteil bei rund 40 Prozent. Im Bereich stationärer Pflege steigt die Wahrscheinlichkeit mit dem 85. Lebensjahr stark an. Viele der Pflegefälle haben neben körperlichen Gebrechen auch psychische Störungen, so daß oftmals eine häusliche Pflege nicht mehr erfolgen kann. In der stationären Pflege ist daher insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung von einem Zusatzbedarf von 120.000 Beschäftigten auszugehen.

Im *neoliberalen Modell* ist mit einer Rückverlagerung von Pflegeleistungen auf die Familienangehörigen zu rechnen. Trotz der Leistungen aus der Pflegeversicherung werden die Zuzahlungen steigen und für einige finanzschwache Familien kaum noch zu tragen sein. Obwohl die Zahl der ambulanten und stationären Pflegefälle steigen wird, fällt die Beschäftigungszunahme unterdurchschnittlich aus. Es wird ein Beschäftigungseffekt von rund 140.000 Personen erwartet.

Eine aktive *Dienstleistungspolitik* umfaßt im Bereich der Altenbetreuung eine Entlastung der Familienangehörigen bei der Betreuung alter Menschen und eine Unterstützung der eigenständigen Versorgung in der gewohnten Umgebung. Der Staat fördert den Aufbau von Dienstleistungszentren, die Dienste aller Art für ältere Menschen koordinieren und anbieten. Hinzu kommt, daß die Versorgung mit rehabilitativen Einrichtungen wie geriatrischen und psychogeriatrischen Tageskliniken erhöht wird. Mobile Dienste ergänzen dieses Angebot. Insgesamt wird es nicht nur zu einer Ausweitung der Beschäftigung im Heimbereich, sondern gleichzeitig zu einer Strukturverschiebung zugunsten ambulanter und teilstationärer Einrichtungen sowie der sonstigen sozialen und pflegerischen Dienste und damit zu einer deutlichen Beschäftigungszunahme kommen. Es wird mit 270.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen gerechnet. Dies wären doppelt so viele wie im neoliberalen Modell.

Faßt man die Dienstleistungen - Gesundheit und Altenbetreuung - zusammen, so ergeben sich unter dem Strich in allen Politikmodellen positive Beschäftigungsperspektiven. Beim Vergleich zwischen dem etatistischen Modell und dem der Dienstleistungspolitik ist es vor allem eine Überlegung, die - trotz vergleichbar hoher Arbeitsplatzgewinne in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft - für das letztgenannte spricht: Das Dienstleistungspolitikmodell ist im Hinblick auf die Staatsverschuldung überlegen, weil es mit einem deutlich günstigeren Finanzierungssaldo im Staatshaushalt auskommt. Dies ermöglicht dem Kapitalmarkt niedrigere Zinsen und wirkt somit gesamtwirtschaftlich eher wachstums- und beschäftigungsfördernd als der etatistische Weg. Das neoliberale Modell hat zwar einen noch günstigeren Finanzierungssaldo, jedoch übersteigen die Nettoszinsen die Nettoinvestitionen um einen Betrag von über 100 Mrd. DM und liegen genauso hoch wie im etatistischen Modell. Der leicht positive Effekt für die Gesamtwirtschaft, der von einem etwas günstigeren Finanzierungssaldo ausgehen könnte, wird im neoliberalen Modell mithin dadurch

konterkariert, daß die öffentliche Hand keinen Spielraum hat, durch eigene Investitionen neue Entwicklungen anzustoßen, wie dies im Dienstleistungspolitikmodell möglich ist.

Zugespitzt formuliert kann resümiert werden, daß einzig und allein das Dienstleistungspolitikmodell zukunftsfähig ist. Die Schwachpunkte des etatistischen Weges liegen in den sehr hohen Belastungen für die unter Wettbewerbsdruck stehende Wirtschaft; das neoliberale Konzept enthält nicht nur harte Herausforderungen und Zumutungen für große Teile der Bevölkerung, sondern bleibt für den hier abgeschätzten Zeitraum auch im Hinblick auf die Beschäftigung deutlich hinter dem Dienstleistungspolitikmodell zurück.

### **1.3 2.3 Konturen einer Modernisierungspolitik für den Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft**

Im vorstehenden Abschnitt sind die grundsätzlichen Annahmen und Aussichten von Dienstleistungspolitik erörtert worden. Im folgenden soll nun konkretisiert werden, welche Komponenten eine solche Politik für Innovation und (Beschäftigungs)Wachstum für den Bereich Gesundheit und Soziales im einzelnen enthalten könnte:

- Die wirtschaftlichen Chancen betonen: Bislang wurden Gesundheit und Soziales eher als Kostenfaktor, als Last der Gesellschaft gehandelt. Mittlerweile zeichnet sich ab, daß dieser Bereich sowohl im Hinblick auf das zukünftige Innovationsgeschehen als auch bezogen auf die Nachfrageinteressen der Bevölkerung eine *Schlüsselbranche* werden wird. Spätestens mit seinem Sondergutachten von Ende 1997 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen diesen Zukunftsaspekt ganz deutlich in den Vordergrund gerückt und auf die beachtlichen Wachstums- und Beschäftigungschancen hingewiesen. Mit solchen Studien läßt sich das Interesse der Wirtschaft, in diesen Bereich zu investieren, vermutlich weiter steigen.
- Den Gesundheits- und Sozialbereich neu regulieren: Sowohl in den einschlägigen wissenschaftlichen Disziplinen als auch in der Politik gibt es keinen Zweifel mehr daran, daß die Sozial- und Gesundheitspolitik rereguliert werden muß. Diskutiert wird eine breite Palette von Maßnahmen, die jedoch im einzelnen oftmals sehr umstritten sind<sup>3</sup>. Wie immer die zukünftigen Lösungen auch aussehen werden: Die Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheits- und Sozialwirtschaft hat verdeutlicht, daß die erforderlichen Regulierungen zum einen den Wettbewerb um Effizienz und Produktivität erhöhen müssen und zum anderen Freiräume dafür schaffen sollten, daß zusätzliche privatfinanzierte Nachfrage in diese Branche fließen kann.
- Mit neuen Management-, Organisations- und Technikeinsatzkonzepten besser und billiger werden: Durch neue Produktionsmethoden ist es vielen Industrieunternehmen in den letzten Jahren gelungen, ihre Produktivität und Qualität zu verbessern. Vergleichbare Anstrengungen stecken im Sozial- und Gesundheitsbereich noch in den Kinderschuhen. Dennoch ist auch hier erkennbar, daß die Leistungen deutlich billiger und besser erbracht

<sup>3</sup> Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat hierzu 1997 einen Vorschlag gemacht, der über die Parteigrenzen hinweg als Basis für die zukünftige Suche nach Kompromissen dienen könnte: Die Komponenten dieses Vorschlages sind: Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von heute 6300 DM (West) auf 8000 DM; eigenständige Versicherungspflicht für Ehepartner, die nicht berufstätig sind, keine Kinder erziehen und keine Pflegedienste leisten; verminderte Beiträge für Geringverdiener; Begrenzung des Leistungskatalogs auf eine Grundsicherung, die durch nachgewiesene Wirksamkeit der Ansätze definiert ist und auch entsprechend dynamisiert ist. Gleichzeitig soll der Kostendruck auf die Leistungserbringer in Richtung Qualität und Effizienz erhöht werden.

werden können. Eine wichtige Strategie liegt im Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements. Hierfür bestehen gute Ansatzpunkte, die sich bislang zu sehr auf die Breite und Verfügbarkeit des Angebots bezogen waren und den Ergebnissen zu wenig Aufmerksamkeit schenken. In Zukunft wird es darauf ankommen, die Leistungserstellungsprozesse stärker auf die Bedürfnisse der Kunden auszurichten und die Kosten durch Reduzierung von Doppelarbeiten und Fehlern zu senken. Eine entsprechende Innovationsoffensive darf sich allerdings nicht auf innerbetriebliche Fragestellungen beschränken; gerade von einem besseren Zusammenspiel der verschiedenen Bereiche (u.a. ambulante und stationäre) sind große Fortschritte für Effizienz und Qualität zu erwarten. Eine weitere überbetriebliche Komponente resultiert daraus, daß über den Vergleich zwischen verschiedenen Betrieben und Einrichtungen das Lernen vom Besten möglich wird und Produktivitätspotentiale erschlossen werden können (Benchmarking). Zu einem innovativen Gesundheitsmanagement kann Politik beitragen, indem Pilot- und Modellprojekte unterstützt und Anreize für überbetriebliche Aktivitäten gegeben werden - gerade auf diesem Gebiet tun sich viele Dienstleistungsanbieter jedoch außerordentlich schwer.

- Die Erschließung der wirtschaftliche Potentiale älterer Menschen: Wenn über das Altern der Gesellschaft debattiert wird, steht oftmals „Altersarmut“ im Vordergrund. Zwar haben ca. 10 bis 20 Prozent der älteren Bürgerinnen und Bürger große Einkommensengpässe; jedoch ist ein großer Teil der älteren Menschen finanziell recht gut ausgestattet und verfügt über ein hohes disponibles Einkommen. Dies dürfte verstärkt für die folgende Generation Älterer gelten, bei der die Zahl der Rentenbezieher je Haushalt angesichts der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen größer sein wird und in der zudem Vermögen vererbt wird. Bislang hat die deutsche Wirtschaft die wirtschaftlichen Potentiale der älteren Menschen kaum beachtet. Im Ausland allerdings - z.B. in Spanien, Italien oder Österreich - kann beobachtet werden, daß man sich zunehmend um innovative Angebote für deutsche Rentner bemüht. Damit Deutschland in der zunehmenden internationalen Konkurrenz um die Kaufkraft älterer Menschen nicht in die Verliererposition gerät, ist die Entwicklung von Kompetenzen auf dem Gebiet der Seniorenwirtschaft überfällig. Hierzu ist es notwendig, die Senioren nicht nur unter sozialpolitischen Gesichtspunkten und als Kostenfaktor zu betrachten; vielmehr müssen sie als Wirtschaftsfaktor mit einem erheblichen Kaufpotential und entsprechenden Chancen für Nachfrage und Beschäftigung ernst genommen werden. Es geht dabei nicht um die Ablösung solidarischer und karitativer Fürsorge, sondern um deren Ergänzung in solchen Marktsegmenten, in denen sehr wohl eine hohe Kaufkraft besteht, deren Erschließung durch die Ansprache der Menschen als selbstbewußte und souveräne Kunden erfolgen muß. In diesem Bereich ist Dienstleistungspolitik Gegenstand der Wirtschafts- und nicht der Sozialpolitik.
- Förderung von Medizin und Gerontotechnik: Durch neue technische Möglichkeiten gibt es vielfältige Chancen, im Sozial- und Gesundheitsbereich neue Leistungsangebote zu entwickeln oder bestehende Angebote besser und billiger zu gestalten. Zwei der wichtigsten Zukunftsfelder liegen vermutlich im Bereich der Molekularbiologie bzw. Biomedizin und in der Nutzung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien. Bislang ist bei der Entwicklung der Medizin- und Gerontotechnik oft unzureichend berücksichtigt worden, daß die Vorteile neuer Lösungen erst dann voll zum Tragen kommen, wenn man sie im Zusammenspiel mit ergänzenden sozialen Dienstleistungen sieht und konsequent patientenorientiert ausrichtet. Förderung

von Medizin- und Gerontotechnik bedeutet deshalb auch, Systemlösungen zu realisieren sowie Technik und Dienstleistungen kundenorientiert miteinander zu verknüpfen.

- Brückenschläge zwischen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und Nachbarbranchen: Gesundheit und Soziales können dann zu einem wachsenden privaten Ausgabenbereich werden, wenn damit Spaß, Genuß und Status verbunden werden. Die Fitness- und Wellnessbewegung in den USA ist hierfür genauso ein Beispiel wie die vor zehn Jahren noch für unwahrscheinlich gehaltenen Umsätze mit ökologischen Nahrungs- und Genußmitteln. Zusätzlich zu Sport und Fitness sowie Nahrung und Genuß sind auch Synergien mit anderen Branchen möglich. Betreute Tourismusangebote für alte und beeinträchtigte Menschen sind ein vielversprechender Trend in der Freizeitwirtschaft, und in der Wohnungswirtschaft wird derzeit ebenfalls nach Verknüpfungen mit sozialen Dienstleistungen gesucht. Der bedürfnisgerechte Umbau von Wohnraum, das Bereitstellen von sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten und die altengerechte Einrichtung und Ausstattung von Wohnungen könnten zu selbstverständlichen Dienstleistungen rund um das Wohnen werden und unter den Schlagworten „Sicherheit und Lebensqualität“ vermarktet werden.
- Modernisierung der Berufsbildung: Die Erneuerung der Aus- und Weiterbildung in den Sozial- und Gesundheitsberufen ist eine weitere Komponente der Modernisierung der Sozial- und Gesundheitswirtschaft und wird seit vielen Jahren heftig diskutiert. Im Mittelpunkt steht die Suche nach Wegen zu einer besseren Integration der Krankenpflegeberufe auf der einen Seite und der Altenpflegeberufe auf der anderen.
- Aufbau eines Gemeinschaftsmarketings: In Deutschland gibt es große Zurückhaltung gegenüber einer systematischen Erschließung privater Ausgaben für soziale und gesundheitsbezogene Technik und Dienstleistung und dies, obwohl viele Bürgerinnen und Bürger die dafür notwendigen Finanzspielräume haben. Neben ihren Beiträgen zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gaben 1995 die privaten Haushalte insgesamt weitere 38,9 Mrd. DM, was einem Anteil von 7,7 Prozent an allen Gesundheitsausgaben der Bundesbürger entspricht, für Gesundheitsleistungen aus (Statistisches Bundesamt, 1997). Ein diesem Potential und seiner Entwicklung gerecht werdendes gezieltes Marketing, das die unterschiedlichen Dienste bündelt und als Systemlösungen entsprechend attraktiv vermarktet, ist derzeit nicht erkennbar. Um private Nachfrage in noch stärkerem Maße als bisher in den Sozial- und Gesundheitsbereich fließen zu lassen, sind deshalb verstärkte Marketinganstrengungen unerlässlich. Dabei wird es weniger um die Werbung für Einzelprodukte als um das komplexe Gut Gesundheit und entsprechende Lösungen durch soziale Dienste gehen. Um diese schnell und wirkungsvoll zu erreichen, erscheint es sinnvoll, die vielfältigen Einzelinitiativen der verschiedenen Anbieter durch ein Gemeinschaftsmarketing zu unterstützen. Aufgabe einer Gesundheits- bzw. Dienstleistungspolitik wäre es dabei, das Entstehen entsprechender Gemeinschaftsinitiativen zu beschleunigen.

Diese Skizze von konkreten Ansatzpunkten zeigt einige zentrale Gestaltungsfelder einer Dienstleistungspolitik für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft auf. Sie könnte noch um einige weitere Punkte ergänzt werden, verdeutlicht aber bereits jetzt, daß es gangbare Wege und gute Aussichten für Erneuerungsanstrengungen gibt. Branchenpolitik wird in Deutschland immer wieder mit dem (oft unberechtigten) Vorwurf konfrontiert, sie votiere für Subventionen und rechtlichen „Flankenschutz“ für Krisenbranchen und verhindere

Strukturwandel mehr als ihn zu fördern. Die skizzierten Ansatzpunkte für Dienstleistungspolitik sollten verdeutlichen, daß entsprechende Ansätze im Politikfeld Gesundheit und Soziales allenfalls eine untergeordnete Rolle spielen. Sicherlich werden die Sozial- und Gesundheitspolitik auch in Zukunft nicht ohne staatliche Auflagen und ohne Finanzierungsregelungen auskommen. Im Mittelpunkt der Erneuerungsbemühungen stehen jedoch Ansätze, die derzeitigen Leistungen billiger und besser zu erbringen und zusätzliche private Mittel zu mobilisieren.

#### **1.4      2.4      Schlußfolgerungen und Ausblick**

Am Ausgangspunkt der vorstehenden Überlegungen stand die Feststellung, daß Soziales und Gesundheit in den Standort- und Zukunftsdiskussionen hauptsächlich als Kostenfaktor und nicht als Zukunftsbranche gesehen wird. Die Auseinandersetzung mit den Markt- und Beschäftigungsperspektiven hat gezeigt, daß eine Dienstleistungspolitik zur Entwicklung der Sozial- und Gesundheitswirtschaft gute Erfolgsaussichten hat. Ohne Reregulierung in den sozialen Sicherungssystemen sind die erwünschten Erfolge allerdings nicht zu erzielen. Letztendlich wird jedoch erfolgsentscheidend sein, ob den Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft eine Produktivitäts- und Innovationsoffensive gelingt, mit der mehr Nachfrage nach Lebensqualität und Gesundheit ausgelöst werden kann. Am Geld, d. h. an der Kaufkraft der Bevölkerung werden jedenfalls entsprechende Anstrengungen nicht scheitern. Große Teile der Bevölkerung haben eine beachtliche „freie Spitze“ bei ihren Ausgaben, um die konkurriert werden kann. Das Projekt „Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege“ hat darauf gezielt, die Dienste auf diese Herausforderung vorzubereiten. Der folgende Abschnitt konkretisiert Ansätze eines Qualifizierungsmanagements, die diesen Zweck unterstützen können. Mittlerweile sind entsprechende Überlegungen auch auf das Interesse einiger Wirtschafts- und Strukturpolitiker gestoßen; in einigen Regionen ist die Gesundheit sogar zu einem Gestaltungsfeld der regionalen Wirtschaftsentwicklung geworden. Gesundheit und Soziales kann sich damit vom Kostenfaktor zur Zukunftsbranche wandeln.

## 2 3 Qualitätsmanagement in der ambulanten Pflege

Die wirtschaftliche Entwicklung zeigt weltweit einen grundlegenden Wandel von der Industriegesellschaft hin zur Dienstleistungsgesellschaft. Die massive Expansion des Dienstleistungssektors schafft jedoch nicht nur neue Arbeitsplätze, sondern ebenso erhebliche Konkurrenz zwischen den Unternehmen. Kleine Betriebe, insbesondere auch ambulante Pflegedienste, können ihre Marktposition nur dann sichern und ausbauen, wenn sie die Quantität sowie die Qualität ihres Service steigern. Zufriedene Kunden, engagierte Mitarbeiter, ein reibungsloser Betriebsablauf und Kosteneinsparungen können durch den richtigen Einsatz von Qualitätsmanagementinstrumenten einen erheblichen Wettbewerbsvorteil bieten. Die Entwicklung dieser Instrumente zur Steigerung von Qualität, Effizienz und Effektivität ambulanter Pflegedienste war daher ein Hauptanliegen des Modellprojektes.

### 2.1.1.1.1.1 Qualitätsverständnis im Gesundheits- und Sozialdienstleistungssektor

Im Gesundheits- und Sozialdienstleistungssektor gibt es eine lange Tradition eines Qualitätsverständnisses, die sich durchaus nicht hinter den Qualitätsdebatten der gewerblichen Industrie verstecken muß. Hohe fachliche Kompetenz, eine entsprechende Personalausstattung und die erforderlichen Infrastrukturen waren und sind für die gesundheitlichen und sozialen Berufe immer ein wichtiges Thema, das auch vom Gesetzgeber und den Finanzträgern eingefordert wird. Die sogenannte Strukturqualität, d.h. die fachliche Qualifikation und die Infrastruktur, ist in den medizinisch-sozialen Berufen und Einrichtungen tief verwurzelt.

**Abb. 1: Kriterien von Qualität**

<b>Strukturqualität</b>	<b>Prozeßqualität</b>	<b>Ergebnisqualität</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> <li>• Sachmittel</li> <li>• Ausstattung</li> <li>• Räumlichkeiten</li> <li>• wiss. Konzept</li> <li>• Qualifikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• Kooperation</li> <li>• indikationsgerechter Ressourceneinsatz</li> <li>• qualifikationsgerechter Einsatz d. Beschäftigt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion gesundheitlicher Beschwerden</li> <li>• Entschärfung von Konflikten</li> <li>• Gesteigertes Gesundheitsbewußtsein</li> <li>• Nutzen der Kunden (objektiv)</li> <li>• Zufriedenheit der Kunden (subjektiv)</li> </ul>



Die Strukturqualität ist allerdings nur eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung für die Bewertung der Qualität. Bereits 1966 hat der Amerikaner Avedis Donabedian auf das Zusammenspiel von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität hingewiesen (siehe auch Abb. 1). Diese Dreiteilung hat sich theoretisch inzwischen weltweit durchgesetzt. In der Praxis - und dies gilt mit Blick auf die ausführenden Institutionen ebenso wie für Verbände, Politik und häufig auch die Wissenschaft - bleiben Prozeßqualität und Ergebnisqualität jedoch zumeist unterentwickelt.

Für die medizinischen und pflegerischen Fachberufe kann darüber hinaus festgestellt werden, daß Qualität zumeist an den rein fachlichen Gesichtspunkten festgemacht wird. Dort, wo neben der Strukturqualität auch die Prozeß- oder Ergebnisqualität berücksichtigt wird, stellen diese auf die richtige Erstellung einer Diagnose (Prozeß) und den indikationsgerechten Einsatz von personellen und materiellen Ressourcen ab. Die Ergebnisqualität wird am Gesundheitszustand der Patienten bemessen. Auch diese fachliche Dimension ist eine notwendige, bei weitem jedoch nicht hinreichende Perspektive bzw. Bedingung.

Den Ergebnissen der von uns durchgeführten Kundenbefragung vorweggreifend, haben empirische Untersuchungen bestätigt, was unter Qualitätsexperten unumstritten ist: Die fachlichen Dimensionen der Qualität machen lediglich 50% der Gesamtqualität aus. Der flapsige Spruch "Operation gelungen, Patient tot" hat schon einen sehr ernst zu nehmenden Gehalt für die Qualitätsdebatte.

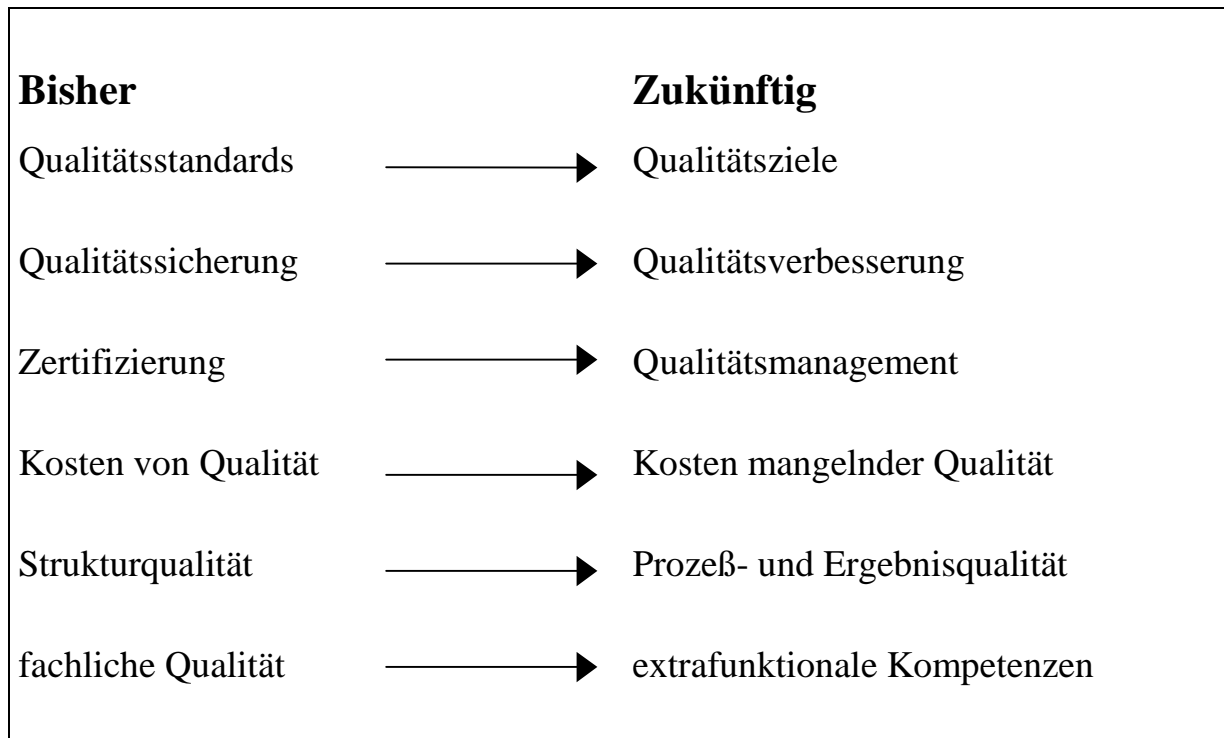
Themen wie Qualitätsstandards/Qualitätssicherung und Zertifizierung werden heute breit diskutiert und bei den meisten Diensten bestehen bereits vereinzelte Aktivitäten. Es ist allerdings wichtig, auch hinsichtlich Qualitätsstandards, -sicherung und Zertifizierung deutlich zu machen, daß es sich hier allenfalls um notwendige, aber keineswegs um hinreichende Schritte zur Qualität handelt.

Standards und Zertifizierung zielen immer nur auf Mindestanforderungen und die Konformität mit diesen Anforderungen. Notwendig ist aber vielmehr, hervorragende Leistungen anzubieten und diese ständig zu verbessern.

Dem mag entgegengehalten werden, daß eine solche Orientierung unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen und der Knappheit der Ressourcen nicht realisierbar sei. Die Mittel reichen gerade aus, um das Notwendigste zu tun und nicht das Bestmögliche. Diese verbreitete Auffassung vernachlässigt jedoch, daß die Kosten mangelnder Qualität viel höher sind als die Kosten guter Qualität. Und dies gilt auch für den einzelnen Pflegedienst, d.h. die Kosten der mangelnden Qualität wirken sich betriebswirtschaftlich ebenso aus, wie sie gesamtgesellschaftliche Konsequenzen haben. Pflegedienste sollten bei ihren

Überlegungen berücksichtigen, daß Kundenbindung in Zukunft erheblich an Bedeutung gewinnen wird und daß die Kundenaquisition zumeist über Empfehlung erfolgt.

Nacharbeiten infolge von Beschwerden verursachen zudem erhebliche Kosten und können bei einem vernünftigen Qualitätsmanagement vermieden werden: In der Industrie wie in der öffentlichen Verwaltung liegen die Arbeitsanteile für Nacharbeiten aufgrund von Beschwerden, Eingaben, Petitionen usw. bei rund 30%. Warum sollte dies bei Pflegediensten anders sein? Wenn diese durch ein Beschwerdemanagement halbiert würden, stiege die Produktivität um 15%. Diese wenigen Hinweise sollen lediglich signalisieren, daß die Frage nach den Kosten von Qualität zu kurz greifen und die Kosten mangelnder Qualität viel gravierender sind. Zusammengefaßt können anhand dieser kurzen Skizze der Qualitätsentwicklung künftige Anforderungen und Trends identifiziert werden (Abb. 2).

**Abb. 2: Trends der Qualitätspolitik**

*Das Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement*

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, muß keineswegs das Rad neu erfunden werden. Es bestehen weiterreichende Qualitätsmanagementkonzepte, die für die ambulante Pflege nutzbar gemacht werden können. Hierbei kann man von den Erfahrungen in anderen Bereichen des Gesundheitssystems ebenso profitieren wie von anderen Wirtschaftszweigen und anderen Ländern. Die unter dem Stichwort Total Quality Management (TQM) verfolgten Konzepte folgen im Großen und Ganzen alle einem einheitlichen Muster mit entsprechender Gewichtung. Nach dem Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement lassen sie sich in neun Kriterien beschreiben:

**2.1.1.1.2 1. Führung**

Das Verhalten aller Führungskräfte, um die Organisation zu umfassender Qualität zu führen.

**2.1.1.1.3 2. Politik und Strategie**

Die Ausrichtung an aktuellen Informationen und die daraus abgeleiteten strategischen Ziele der Einrichtung.

**2.1.1.1.4 3. Mitarbeiterorientierung**

Der Umgang der Organisation mit ihren Mitarbeitern und deren Unterstützung bei der Aufgabenerfüllung.

**2.1.1.1.5 4. Ressourcen**

Das Management, der Einsatz und die Erhaltung von Ressourcen.

#### 2.1.1.1.6 5. Qualitätssystem und Prozesse

Das Management aller wertschöpfenden Prozesse der Organisation.

#### 2.1.1.1.7 6. Kundenzufriedenheit

Was die Organisation im Hinblick auf die Zufriedenheit seiner externen Kunden leistet.

#### 2.1.1.1.8 7. Mitarbeiterzufriedenheit

Was die Organisation im Hinblick auf die Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter leistet.

#### 2.1.1.1.9 8. Einfluß auf die Gesellschaft

Was die Organisation im Hinblick auf die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen der Öffentlichkeit insgesamt leistet. Dazu gehört die Bewertung der Öffentlichkeit bezüglich der Einstellung der Organisation zu Lebensqualität, Umwelt und Erhaltung der globalen Ressourcen sowie der organisationsinternen Maßnahmen in diesem Zusammenhang.

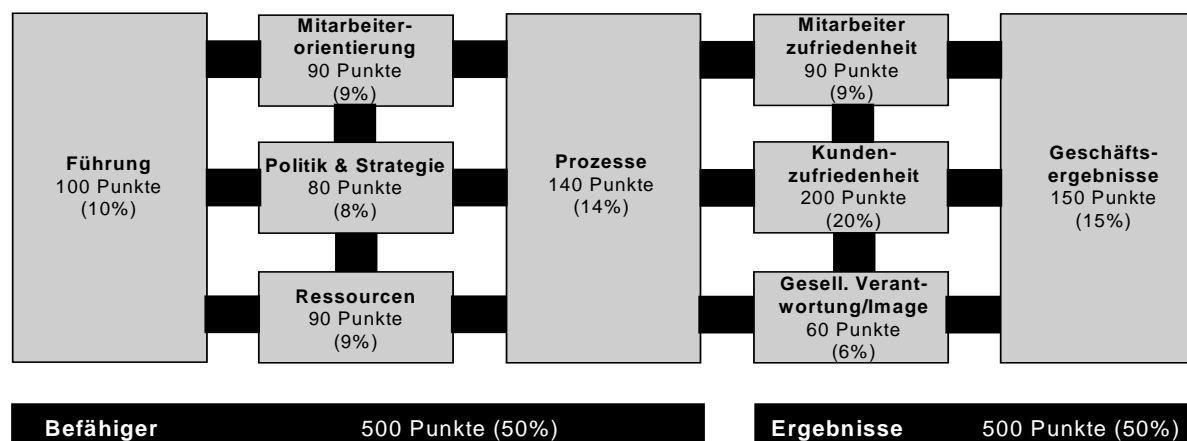
### 9. Geschäftsergebnisse

Was die Organisation im Hinblick auf ihre geplanten Dienstleistungs-/Geschäftsziele und die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen aller an der Organisation Beteiligten leistet.

Diese Kategorien bilden einerseits ein sehr komplexes System der Analyse von Einrichtungen, das es ermöglicht, auch die Wechselwirkungen von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu erfassen. Insofern bestehen entsprechende Rückkoppelungsprozesse. Andererseits bietet ein derartiges Schema die Möglichkeit, sich an ständigen Verbesserungsprozessen zu orientieren, und bietet damit die Chance einer dynamischen Bewertung.

Die den einzelnen Kategorien zugeordneten Bewertungszahlen in Abb. 3 signalisieren deren jeweilige Bedeutung und Gewichtung. Voraussetzungen wie die Führungsqualität, die Planung, Mitarbeiterunterstützung oder die Gestaltung der Prozesse werden dabei genauso gewichtet wie die Ergebnisse

**Abb. 3: Umfassendes Qualitätsmanagementsystem der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (Befähigungskriterien)**



Die Kategorien sind allerdings noch zu grob, um als TQM-System praktisch handhabbar zu sein. Sie bedürfen daher einer weiteren Operationalisierung durch entsprechende Kriterien und Maßstäbe, die mittlerweile in einem ausführlichen Leitfaden für Altenwirtschaftseinrichtungen entwickelt worden sind (Bandemer/Weigel 1998). Dabei ist hervorzuheben, daß die Kriterien sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte umfassen. Damit wird auch deutlich, daß sie keine absoluten Werte ergeben, sondern der Interpretation und Bewertung zugänglich sind, die von Altenhilfeeinrichtungen selbst geleistet bzw. ausgestaltet werden müssen.

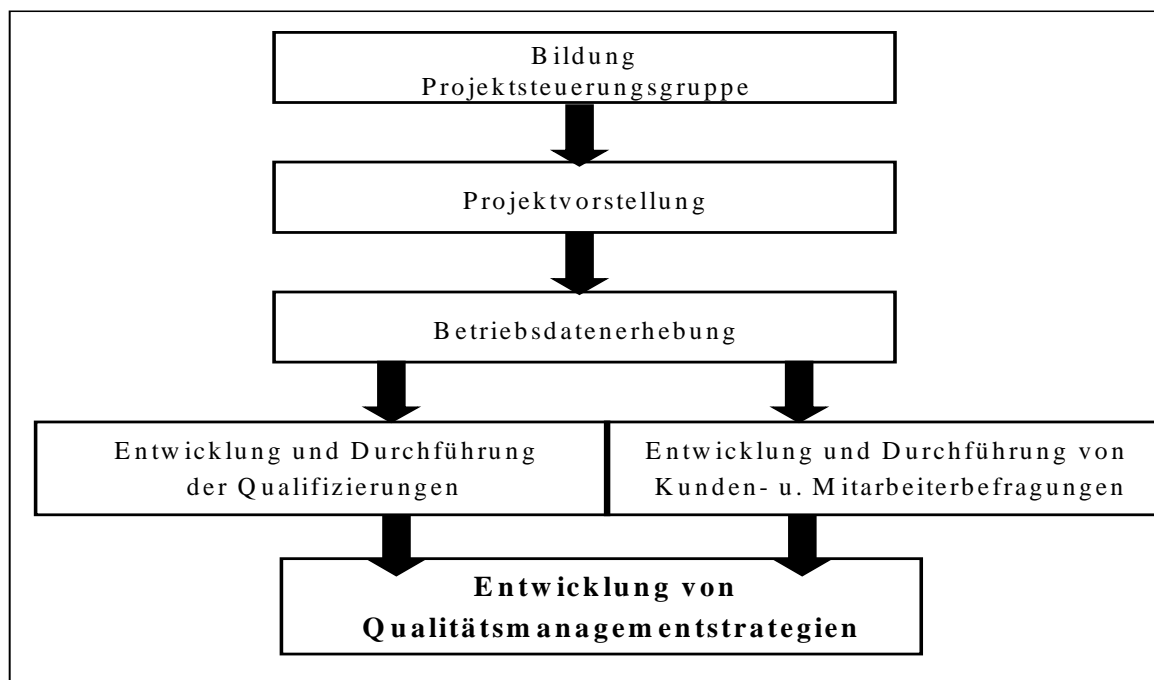
Die vergleichbare Befragung von Kunden bzw. Beschäftigten und die betriebsübergreifende Analyse von Betriebsdaten unterstützen eine solche Bewertung und Einordnung. Die Ergebnisse werden daher in den folgenden Abschnitten vorgestellt. Eine differenzierte Ausweitung zu einem qualitätsmanagementorientierten Benchmarking erfolgt zum Abschluß dieses Berichts.

### 3 4 Projektplanung und Ablauf

#### 3.1 4.1 Ausgangssituation

Das Projekt „Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege“ orientierte sich an einem Prozeßmanagement. Dies bedeutete von Beginn an eine umfassende Beteiligung aller Inhaber und möglichst vieler Beschäftigter der Pflegedienste. Vor Projektstart war daher ein ausführlicher Informations- und Diskussionsprozeß mit den Diensten notwendig, um die erforderliche Akzeptanz für das Projekt zu schaffen. Im folgenden wird geschildert, wie die einzelnen Abläufe konkretisiert wurden (siehe auch Abb.1).

**Abb. 1.: Struktur des Projektverlaufes**



Die unterschiedlichen Projektphasen waren chronologisch nicht voneinander getrennt, sondern beeinflussten sich wechselseitig. Die geplanten Abläufe wurden nur als grobes Gerüst durch die Projektleitung vorgegeben und im weiteren nach den Bedürfnissen der Pflegedienste gestaltet.

*Projektphasen:*

- Bildung Projektsteuerungsgruppe mit Unternehmensleitungen
- Projektvorstellung in den teilnehmenden Pflegediensten
- Betriebsdatenerhebung
- Partizipative Entwicklung von Qualifizierungsmodulen
- Durchführung und Evaluation von Qualifizierungsmaßnahmen
- Weiterentwicklung und Dokumentation des Qualifizierungskonzeptes
- Entwicklung und Durchführung der Kunden- und Mitarbeiterbefragung

- Durchführung von Erfolgsbefragungen
- Transfer der Erkenntnisse durch Publikationen, Workshops und Veranstaltungen

### **3.2 4.2 Projektphasen**

#### **3.2.1 4.2.1 Projektvorstellung und –initiierung**

Nach dem Kontaktaufbau mit den am Projekt beteiligten Unternehmen und einem Eröffnungsworkshop wurde als erster Arbeitsschritt eine Informationsveranstaltung bei allen beteiligten Betrieben durchgeführt. Mit diesem Schritt sollten verschiedene *Ziele* erreicht werden:

- Bekanntmachen der Projektzielsetzungen und der beabsichtigten Vorgehensweise in der Leitungsebene und Mitarbeiterschaft der einzelnen Betriebe
- Ankündigung der Betriebsdatenerhebung

#### **3.2.2 4.2.2 Die Betriebsdatenerhebung**

Die Betriebsdatenerhebung war vom Ablauf her so geplant, daß jeweils zwei Mitarbeiter des Projektteams die Vor-Ort-Termine durchführen sollten. Diese Vor-Ort-Termine waren in zwei aufeinander folgende Abschnitte aufgeteilt:

- Präsentation des Projektes im Rahmen einer Beschäftigtenversammlung
- Durchführung der vorbereiteten Interviews mit den Inhaberinnen und Inhabern bzw. der Leitungsebene

Für die Erhebung der Betriebsdaten und der Arbeitsorganisationsstrukturen in den einzelnen Betrieben war ein strukturierter Fragebogen sowie ein Interviewleitfaden vorbereitet worden.

Die Ergebnisse der Betriebsdatenerhebung wurden den teilnehmenden Betrieben in einem Workshop vorgestellt und diskutiert. Jedem Betrieb wurde darüber hinaus eine ausführlichere Einzelauswertung zur Verfügung gestellt, so daß ein Vergleich der eigenen Daten mit den anonymisierten Durchschnittsdaten der anderen Pflegedienste möglich war. So konnte der erste Ansatz eines Benchmarkings schon zu Beginn des Projektes realisiert werden (Erläuterungen zu Benchmarking siehe Kapitel 12).

Die Ergebnisse der Betriebsdatenerhebung sind außerdem eingeflossen in:

- Qualifizierungsinhalte
- die Mitarbeiterbefragung
- die Kundenbefragung
- die Erfolgsbefragung

### 3.3 4.3 Entwicklung und Durchführung der Qualifizierungsmodule

#### 3.3.1 4.3.1 Erster Schritt: Gemeinsame Auswahl der Qualifizierungsmodule

Die Qualifizierungsmodule wurden gemeinsam mit den beteiligten Betrieben in Gelsenkirchen erarbeitet (Curricula der Qualifizierungsmaßnahmen siehe Kapitel 8). Dazu wurde ein Orientierungsraster entwickelt, das drei Ansatzpunkte enthielt:

- Ermittlung des Leistungsprofils der privaten ambulanten Pflegedienste in Gelsenkirchen durch Betriebserhebungen und Mitarbeiterbefragungen
- Ermittlung der Nachfrage und Angebote sozialer Dienstleistungen in Gelsenkirchen durch Kundenbefragungen sowie Analysen der bestehenden Angebotsstruktur und der demografischen Entwicklung
- Festlegung von Qualifizierungsschwerpunkten und Durchführung der gemeinsam entwickelten Qualifizierungsmaßnahmen und einen permanenten Feedbackprozeß mit den beteiligten Betrieben

Spezielle Qualifizierungsmerkmale waren zu Projektbeginn noch nicht festgelegt; sie wurden innerhalb mehrerer offener Arbeitsgruppen gemeinsam erarbeitet. In 1996 wurden einige Qualifizierungsmodule für das laufende Jahr entwickelt, Anfang 1997 wurden in gleicher Weise die Qualifizierungsmodule für das zweite Projektjahr erarbeitet und durchgeführt.

Die zweite Entwicklungsrunde der Qualifizierungen von Anfang 1997 unterschied sich in einigen Punkten von der Vorgehensweise Anfang 1996:

- die in 1996 durchgeführten Fortbildungen und Qualifizierungen wurden systematisch von einer Projektmitarbeiterin begleitet, ausgewertet und führten zu einem qualifizierten Feedback an die Durchführenden;
- jede Arbeitseinheit endete mit einer Bewertung durch die Teilnehmer - auch diese Ergebnisse gingen als Feedback an die Durchführenden;
- die so gesammelten Erfahrungen und Veränderungen gingen als Daten- und Erfahrungsgrundlage in die zweite Planungsrunde für 1997 mit ein;
- die Ergebnisse der mittlerweile durchgeführten Kunden- und Mitarbeiterbefragung setzten thematisch neue Schwerpunkte für die zweite Planungsrunde 1997;
- die Betriebe hatten im bisherigen Projektverlauf genügend Sicherheiten entwickelt, um deutlicher ihre konkreten Bedarfe anzumelden. Das kam dadurch zum Ausdruck, daß von den Pflegediensten für die Planungsrunde 1997 wesentlich nachdrücklicher die konkreten Interessenslagen angesprochen sowie inhaltliche Schwerpunktsetzungen noch stärker auf die schnelle Umsetzbarkeit im betrieblichen Alltag abgestimmt wurden.

Während der gesamten Projektdauer wurden im Sinne einer grundsätzlichen Prozeßorientierung die jeweiligen Ergebnisse der gerade durchgeführten Qualifizierungen und Workshops genutzt, um den weiteren Ablaufplan auf seine derzeitige Gültigkeit zu überprüfen und ggf. Änderungen vorzunehmen. So zeigte sich z.B. aus den Ergebnissen der *Betriebsdatenerhebung* sowie aus den Ergebnissen der Module „*Marktübersicht*“ und „*Kostenträgerstrukturen*“, daß die Nutzung des *BSHG* durch die beteiligten Pflegedienste in Gelsenkirchen bisher nur in unzureichendem Umfang stattgefunden hat. Als Konsequenz



daraus wurde ein neuer Qualifizierungsschwerpunkt im Bereich „*BSHG*“ geschaffen und erfolgreich durchgeführt. Im Rahmen des Qualifizierungsmoduls „*Kundenorientierung*“ stellte sich heraus, daß *niedergelassene Ärzte* und ihre Erwartungen an Pflegedienste als eine wichtige Kundengruppe von den beteiligten Betrieben bisher unzureichend beachtet wurden. Auch diese Erkenntnis fand Niederschlag in der veränderten Planung der weiteren Qualifizierungsmodule. Aus der *Leitbilddiskussion* und der *Kunden- und Mitarbeiterbefragung* zeigte sich als ein Ergebnis, daß zur Bewältigung von alltäglichen Konfliktsituationen wenig methodisches und thematisches know how vorhanden war. Konsequenz war die Entwicklung und Durchführung des Trainings zum „*Konfliktmanagement*“.

Die ständigen Feedback-Schleifen nach jeder durchgeführten Qualifizierung mit den Teilnehmern und dem Ansprechkreis sowie der Austausch der teilnehmenden Betriebe untereinander entwickelten sich so zum prozessualen Entwicklungsmotor, der den Projektprozeß entscheidend mitgestaltete. Eine zunehmende Identifikation der beteiligten Betriebe mit den Produkten und dem Verlauf des Projektes förderte die anfangs teils zurückhaltend oder abwartend eingestimmten Inhaber und Mitarbeiter zu verantwortlich agierenden Mitgestaltern.

### **3.3.2 4.3.2 Zweiter Schritt: Durchführung der Qualifizierungsmodule**

Nach der beschriebenen Vorgehensweise wurden mit den beteiligten Betrieben die in Kapitel 8 aufgeführten Qualifizierungsmodule entwickelt und durchgeführt: Die meisten dieser Workshops, Fortbildungs- und Qualifizierungsmodule wurden auf Wunsch der beteiligten Betriebe als eintägige Veranstaltungen geplant und veranstaltet. Nur das Seminar „Beschwerdemanagement und Konflikttraining“ wurde als Wochenendseminar konzipiert und durchgeführt, da diese Qualifizierungseinheit von einem sehr starken Trainingscharakter lebt.

Ein Teil der Veranstaltungen wurde nur einmal durchgeführt, der größere Teil mehrfach angeboten, um möglichst vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Teilnahme zu ermöglichen, ohne daß der normale innerbetriebliche Arbeitsablauf empfindlich gestört würde. Alle Workshops, Fortbildungs- und Qualifizierungsmodule sind ausführlich schriftlich dokumentiert und zur weiteren Bearbeitung und Umsetzung allen teilnehmenden Betrieben zur Verfügung gestellt worden.

Desweiteren wurden drei öffentliche Workshops zu den Themen „Kundenbefragung“ und „Benchmarking“ durchgeführt. Diese Workshops sind inhaltlich und thematisch sowohl von den Projektmitarbeitern als auch von Vertretern der teilnehmenden Betriebe mitgetragen worden.

## **3.4 4.4 Durchführung der Kunden- und Mitarbeiterbefragung**

### **3.4.1 4.4.1 Erster Schritt: Die Kundenbefragung**

Die Kundenbefragung sollte eine weitere Grundlage für die gemeinsam von allen Projektteilnehmern zu entwickelnden Qualifizierungsmodule sein. Die Resultate der

Befragung sollten zur Klärung der konkreten Erwartungen der Kunden, der Stärken und Schwächen der Dienste sowie zu einem zielgerichteten und effektiven Angebot beitragen (Ergebnisse der Kundenbefragung siehe Kapitel 6).

Zwischen Mai 1996 und Juli 1996 wurde die schriftliche Befragung mit den Pflegediensten durchgeführt. Der standardisierte Fragebogen wurde mit den Sprechern der beteiligten Dienste abgestimmt, die Fragebögen zusammen mit einem Anschreiben in einem verschlossenen Umschlag an die Pflegedienste verschickt und von dort durch die Pflegekräfte an die Patienten/Kunden weitergegeben. Den ausgefüllten Fragebogen schickten Kunden anonym zur Auswertung an das Institut Arbeit und Technik zurück. In der Ergebnisdarstellung sind aus Datenschutzgründen alle Pflegedienste anonym aufgeführt. Eine gesonderte individuelle Auswertung ist jedem Pflegedienst für einen Datenvergleich zur Verfügung gestellt worden. So war es jedem teilnehmenden Pflegedienst möglich, im Rahmen eines Benchmarkings eine Standortbestimmung des eigenen Dienstes im Vergleich zum Durchschnitt der anderen Pflegedienste vorzunehmen (Ausführungen zum Benchmarking siehe Kapitel 12).

### **3.4.2 4.4.2 Zweiter Schritt: Die Mitarbeiterbefragung**

Ziel der Mitarbeiterbefragung war herauszufinden, wie Beschäftigte ihren Arbeitsplatz im Pflegedienst beurteilen und die spezifischen Betriebsabläufe einschätzen (Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung siehe Kapitel 7). Weiterhin sollte eingeschätzt werden, wie stark Beschäftigte in die Mitgestaltung von Organisationsabläufen eingebunden und wie zufrieden sie damit sind. Mit den Ergebnissen bestand die Möglichkeit, Verbesserungspotentiale in den beteiligten Pflegebetrieben aus Beschäftigtensicht zu erkennen und diese für eine effektivere Gestaltung der Arbeitsprozesse und zukünftiger Qualifizierungsmodule zu nutzen. Im Rahmen des Modellprojektes sollte damit ein Beitrag geleistet werden, die Innovationspotentiale der Mitarbeiter zu erkennen und sie umfassend in das Qualitätsmanagement der Pflegedienste einzubinden.

Die Mitarbeiterbefragung fand rund ein Jahr nach der Betriebsdatenerhebung, der Kundenbefragung und einer Serie schon durchgeführter Qualifizierungsmodule statt. Bei einer systematischen Nachfrage in allen Betrieben stellte sich heraus, daß die Anzahl der Beschäftigten in den einzelnen Betrieben ein Jahr nach der Betriebsdatenerhebung um 67 Beschäftigte zurückgegangen war und nun rund 272 Beschäftigte betrug.<sup>4</sup>

Die Befragung wurde im Februar/März 1997 durchgeführt. Bei Start der Befragung wurden die Fragebögen zusammen mit einem Anschreiben und einem frankierten Rückumschlag an die Pflegedienste verschickt. In den Pflegediensten informierten Inhaber und Leitungen - nach Absprache mit dem IAT - alle Mitarbeiter und motivierten sie, an der Befragung teilzunehmen. Die ausgefüllten Fragebögen schickten die Beschäftigten zur Auswertung an das IAT zurück.

Für einen überbetrieblichen Datenvergleich wurde jedem teilnehmenden Pflegedienst eine individuelle Auswertung zur Verfügung gestellt, die es ermöglichte, einen betriebsbezogenen

---

<sup>4</sup> Rund 1 Jahr nach Beginn des Modellprojektes verschärfte sich die Wettbewerbssituation in den Pflegediensten so stark, daß sich ein Teil der am Projekt teilnehmenden Pflegedienste gezwungen sah, Beschäftigte zu entlassen. Ein weiterer Grund lag in der natürlichen Mitarbeiterfluktuation der Unternehmen.

Vergleich der eigenen Daten mit den anonymisierten Durchschnittsdaten der anderen Pflegedienste durchzuführen (weiteres zum Benchmarking siehe Kapitel 12).

### **3.5 4.5 Erfolgsbefragungen**

Ziel der beiden vom IAT durchgeführten Erfolgsbefragungen war, zu analysieren, wie einerseits die noch durchzuführenden Qualifizierungen an die Bedarfe der Teilnehmer angepaßt und andererseits in welchem Umfang Inhalte des Modellprojektes während der Projektlaufzeit in den Betrieben umgesetzt werden konnten. Hierfür sind Teilnehmer durchgeführter Qualifizierungsmodule und alle Beschäftigten der teilnehmenden Pflegedienste zum Abschluß des Projektes befragt worden (Ergebnisse siehe Kapitel 9).

#### **3.5.1 4.5.1 Die Teilnehmerbefragung**

Die Teilnehmerbefragung wurde im Zeitraum von Oktober 1996 bis Dezember 1996 im Anschluß an die ersten sechs Qualifizierungsmodule durchgeführt. Themenschwerpunkte der Module waren Kostenträgerstrukturen, Bundessozialhilfegesetz, Marktentwicklung in der Pflegebranche und Leitbildentwicklung. Jedes Modul sollte auf seine Praxistauglichkeit bei den Teilnehmern überprüft werden. Hierzu wurden alle Teilnehmer der Qualifizierungsmodule unmittelbar nach dem Ende der Veranstaltung schriftlich und mündlich noch im Seminarraum befragt. In der Darstellung der Ergebnisse (siehe Kapitel 9) wird nur die schriftliche Befragung erläutert. Die mündlichen Anregungen der Teilnehmer flossen unabhängig von der schriftlichen Befragung während der gesamten Projektlaufzeit in die weiteren Qualifizierungen mit ein. Die Beschäftigten füllten für die schriftliche Befragung den Fragebogen noch im Seminarraum aus und gaben ihn anonym an Mitarbeiter des IAT zur Auswertung ab.

#### **3.5.2 4.5.2 Die projektabschließende Erfolgsbefragung**

In der zweiten Erfolgsbefragung wurden zum Projektende- September bis November 1997 - Beschäftigte und Inhaber befragt, in welchem Umfang sie die Inhalte des Modellprojektes in ihrem Betrieb umsetzen konnten (Ergebnisse siehe Kapitel 9). Hierzu wurde jeweils ein persönliches Anschreiben, ein Fragebogen und ein rückfrankierter Umschlag an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Pflegediensten verschickt.

## 4 5 Ergebnisse der Betriebsdatenerhebung

Die Betriebsdatenerhebung war die erste grundlegende Befragung des Pilotprojektes. Sie wurde von März 1996 bis April 1996 in den zehn Gelsenkirchener Pflegediensten mittels Experteninterviews und einer schriftlichen Datenerhebung direkt in den Betrieben mit deren Betreibern durchgeführt. Anhand der Ergebnisse entstand damit erstmals ein systematischer Überblick über die Betriebsstruktur der Dienste und eine erste Orientierung darüber, wie Qualifizierungsmodule auf die Bedürfnisse der Dienste zugeschnitten werden können, (zum Prozeßablauf siehe Kapitel 4.2). Weiterhin konnten die Ergebnisse der Betriebsdatenerhebung als Grundlage für die darauf folgende Kundenbefragung und Mitarbeiterbefragung genutzt werden.

Mit der anonymen Auswertung der Betriebsdaten aller Pflegedienste erhielt jeder Pflegedienst eine individuelle Auswertung seiner eigenen Betriebsdaten. Damit war auch erstmalig ein Abgleich mit den Daten aller anderen teilnehmenden Dienste möglich und die Grundlage eines *Benchmarkings* (siehe auch die Ausführungen in Kapitel 12) geschaffen. Für jeden teilnehmenden Pflegedienst bestand damit die Chance, einen anonymen Betriebsdatenvergleich mit einer Datenstruktur durchzuführen, die normalerweise am Markt nicht zugänglich ist. Die dadurch mögliche Verortung des eigenen Dienstes auf dem Pflegemarkt allgemein, aber auch in Gelsenkirchen, war ein bedeutender Beitrag zum Aufbau von Qualitätsmanagementstrategien im Rahmen des Modellprojektes.

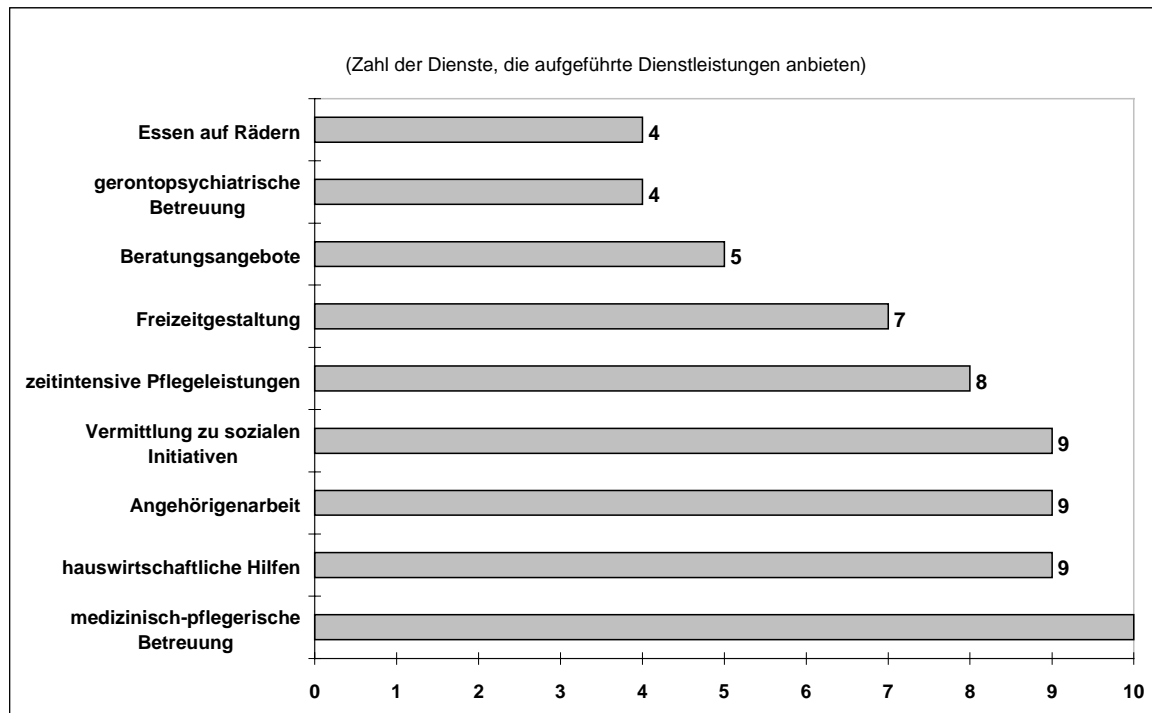
### 4.1 5.1 Betriebsdaten

Insgesamt wurden von allen Diensten zusammen pro Monat durchschnittlich 820 *Kunden / Patienten* betreut. Die Anzahl der betreuten Kunden zeigte nach oben und nach unten große Schwankungen. Sechs der Pflegedienste betreuten jedoch durchschnittlich 70 Kunden im Monat.

Der Anteil der Senioren an den Kunden betrug durchschnittlich 82%. In weitaus geringerem Umfang betreuten Pflegedienste Behinderte (8,4%). Weitere 9,2% der Kunden verteilten sich auf psychisch Kranke, Methadonisten und Alkoholiker. Nur bei 2,3% der insgesamt Betreuten handelte es sich um Kinder.

Das *Durchschnittsalter aller Kunden* lag bei 70 Jahren. Sieben Dienste betreuten Kunden im Alter von durchschnittlich 73 Jahren, drei Dienste im durchschnittlichen Alter von nur 63 Jahren. Folgende Zahlen verdeutlichen, daß das Alter der Kunden jedoch teilweise wesentlich höher lag, als im Durchschnitt (70 Jahre) angegeben: So betreute z.B. ein Pflegedienst 5% seiner Kunden im Alter von 90 - 99 Jahren und 33% seiner Kunden im Alter von 80 - 89 Jahren.

Fast alle erbrachten *Dienstleistungen* wurden von den Pflegediensten selbst angeboten und nur in wenigen Fällen weiter vermittelt. Medizinisch-pflegerische Betreuung boten alle zehn Dienste an. Hauswirtschaftliche Hilfen offeriert demnächst jeder Dienst; damit ist diese Leistung bei allen Diensten im Programm. Desweiteren wurden bei fast allen Betrieben Angehörigenarbeit, Vermittlung zu sozialen Initiativen und zeitintensive Pflegeleistungen als Dienstleistung vorgehalten (Abb. 1).

**Abb. 1: Angebotene Dienstleistungen**

Freizeitgestaltung wurde zwar von sieben Diensten angeboten, nahm aber eine ganz unterschiedliche Intensität ein: Mit Freizeitangeboten sind z.B. Spazierengehen, Kaffeetrinken und Gespräche gemeint. Nur ein Dienst führte regelrechte Ausflüge in einem Kleinbus durch. Die Hälfte der Dienste hielt Beratungsangebote wie soziale Beratung, psychiatrische Beratung sowie Angehörigenberatung (Pflegetechniken, Pflegeversicherung, Einweisung in technische Hilfsmittel) vor. Gerontopsychiatrische Betreuung und „Essen auf Rädern“ wurde von vier Pflegediensten angeboten. Von den Diensten, die „Essen auf Rädern“ anboten, zählten drei zu den größten Betrieben. Sechs Pflegedienste boten selbst noch unterschiedliche Spezialdienste an wie z. B. Pflege für Beatmungspatienten oder Methadonisten, aber auch Fußpflege und Frisieren. Ein Dienst hatte weiterhin eine ambulante Tagespflege im Angebot, ein anderer Dienst plante eine Tagespflegeeinrichtung sowie kleinere Wohnungsumbauten für Kunden ein.

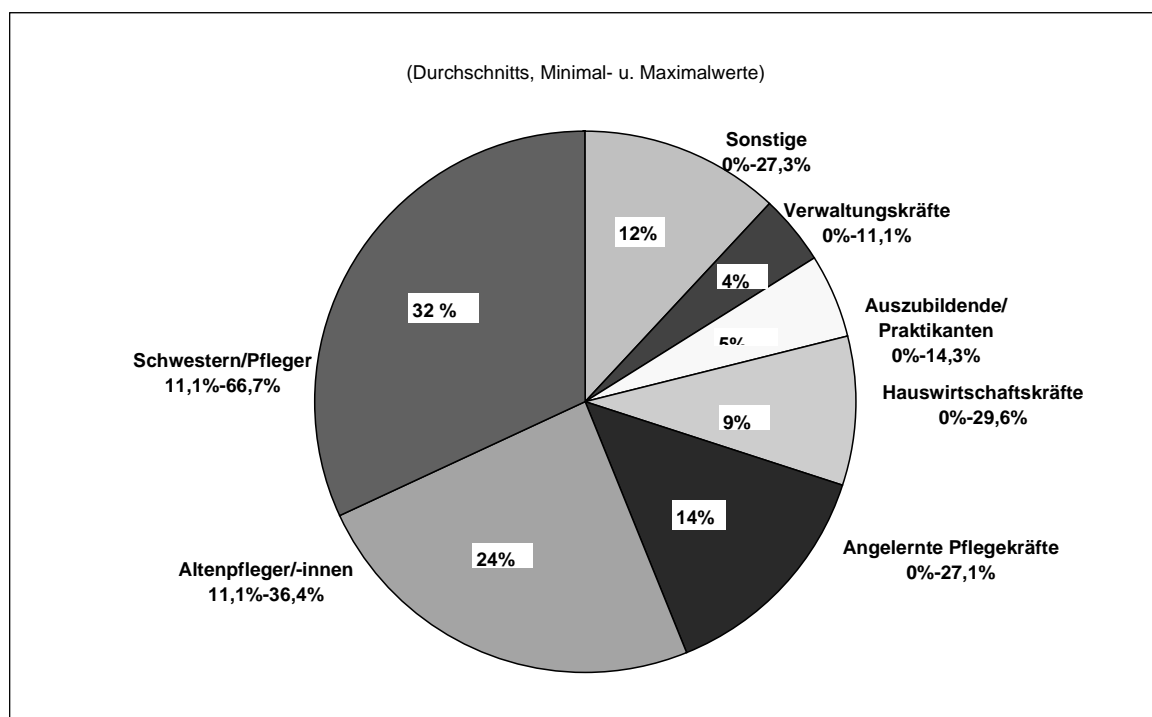
Die *Vermittlung von Dienstleistungen* anderer Anbieter reduzierte sich auf zwei Dienstleistungen: Die Hälfte der Pflegedienste vermittelte jeweils „Essen auf Rädern“ und therapeutische Maßnahmen.

Der *Einsatzort* der Pflegedienste lag hauptsächlich in der Wohnung der Kunden. 89,3% aller Pflegeleistungen wurden in Privathaushalten durchgeführt. Die anderen Pflegeeinsätze verteilten sich zu 9,1% auf Altenwohnungen, zu 1,4% auf betreute Wohnungen und zu 0,2% auf Behindertenheime.

In den Pflegediensten arbeiteten 261 (77%) Frauen und 78 (23%) Männer. Der hohe Anteil der Männer ist überraschend, da die Dienstleistungsbranche Pflege eine typische Frauendomäne darstellt. In allen Diensten waren inklusive Aushilfen, Teilzeitkräften und geringfügig Beschäftigten insgesamt 339 *Mitarbeiter* beschäftigt. Von allen Mitarbeitern waren 43,1% als Vollzeitkräfte beschäftigt, 18% gingen einer Teilzeitbeschäftigung nach, und 38,6% arbeiteten als geringfügig Beschäftigte (hierin sind auch Aushilfen und Arbeitnehmer ohne Sozialversicherung enthalten).

Über die Hälfte der Beschäftigten in den privaten Pflegediensten setzte sich aus *examiniertem Fachpersonal* zusammen: 32% examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie 24% examinierte Altenpfleger/Innen. Die weiteren Qualifikationen waren 14% angelegerte Pflegekräfte, 9% Hauswirtschaftskräfte, 4% Verwaltungskräfte, 4% Praktikanten, 1% Auszubildende und 12% Sonstige (Arzthelferinnen, Aushilfen, Fahrer) (Abb. 2).

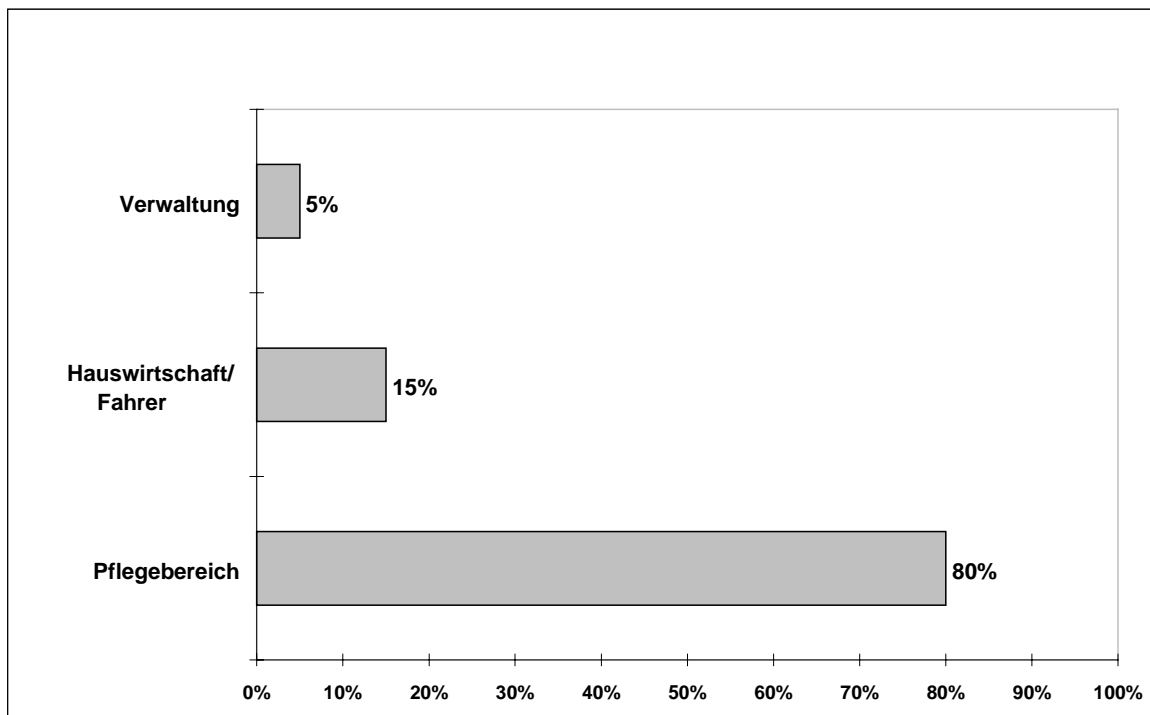
**Abb. 2: Personalstruktur**



Zwischen den Betrieben gab es jedoch große Abweichungen. So schwankte der Anteil der examinierten Krankenschwestern und Krankenpfleger in den einzelnen Betrieben zwischen 11,1% und 66,7%, der examinierten Altenpfleger zwischen 11,1% und 36,4% sowie der angelegerten Pflegekräfte zwischen 0% und 27,1%.

Die Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten wurden vor allem im *Pflegebereich* eingesetzt. So arbeiteten 80% der Mitarbeiter im Pflegebereich, 15% in der Hauswirtschaft und als Fahrer sowie nur 5% in der Verwaltung (Abb. 3).

**Abb. 3: Einsatzbereiche der Beschäftigten**



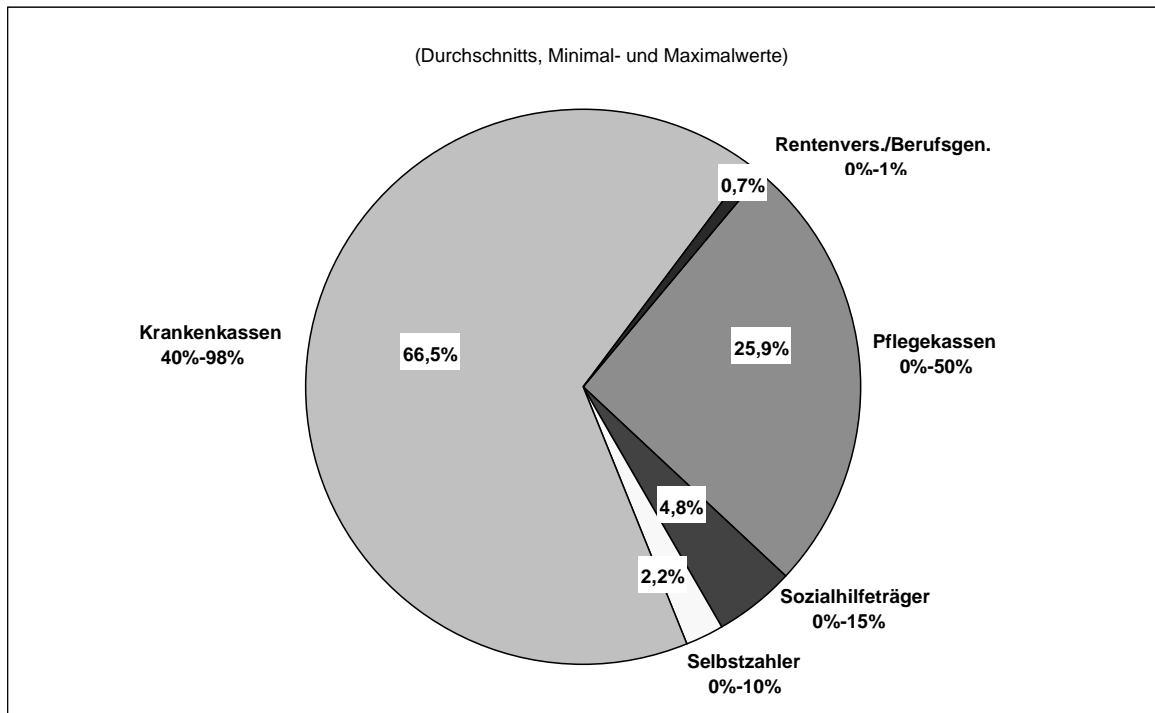
Krankenkassen waren mit 66,5% die größte *Finanzierungsquelle* der Pflegedienste. Pflegekassen finanzierten durchschnittlich nur 25,9% der erbrachten Leistungen. Weiter folgten Sozialhilfeträger (4,8%), Selbstzahler (2,2%), Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger (0,7%). Auch hier waren hohe Abweichungen bei einzelnen Diensten zu verzeichnen. Die Finanzierung über Krankenkassen variierte zwischen 40% und 98%, über Pflegekassen 0% bis 50%, über Selbstzahler 0% bis 10% und über Sozialhilfeträger 0% bis 15% (Abb. 4).

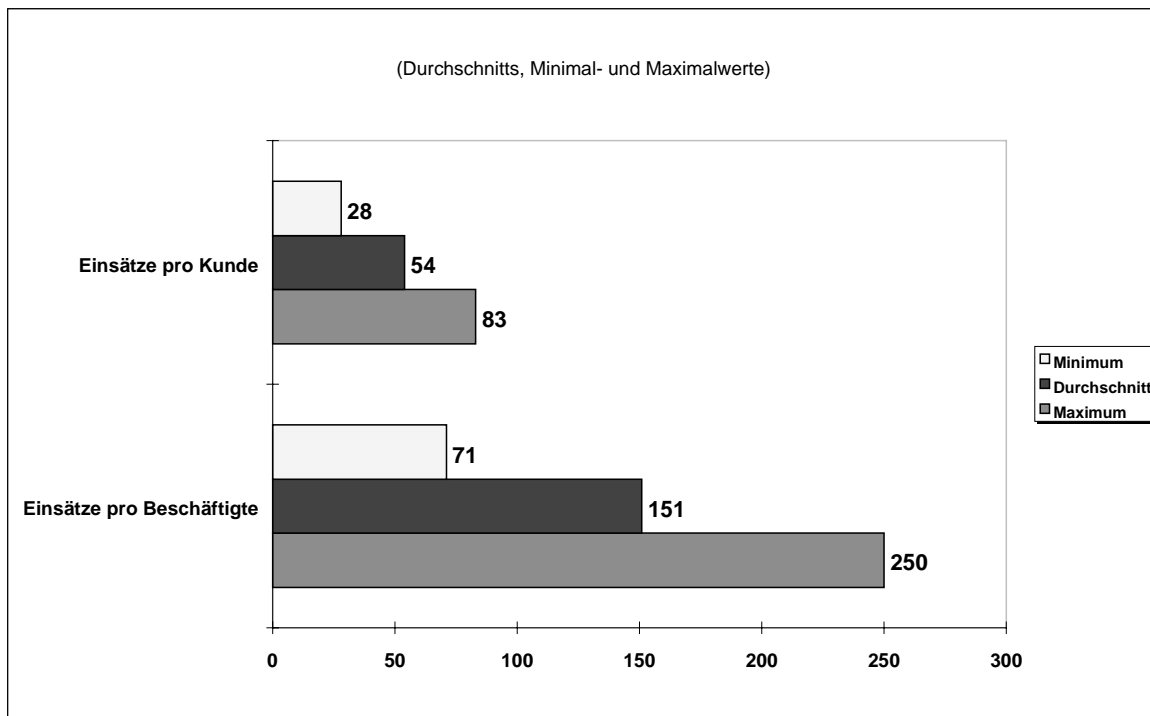
Alle Pflegedienste leisteten zusammen 47169 *Pflegeeinsätze im Monat*. Die Abweichungen einzelner Betriebe nach der Zahl ihrer Einsätze sind beeindruckend: Durchschnittlich wurden 151 monatliche *Einsätze pro Beschäftigten*, maximal 250 Einsätze und mindestens 71 Einsätze gefahren (Abb. 5).

Ähnlich breite Streuungen gab es bei den monatlichen *Einsätzen pro Kunde*: Wurden durchschnittlich 54 Einsätze pro Kunde gefahren, waren es bei anderen Diensten maximal 83 Einsätze und mindestens 28 Einsätze pro Kunde.

Die gleiche Variationsbreite besteht bei den *Kunden pro Beschäftigten*. Bei allen Pflegediensten wurden durchschnittlich 2,9 Kunden von einem Beschäftigten betreut. Im Maximumbereich lagen die Werte bei 6,4 Kunden pro Beschäftigten, im Minimumbereich bei 1,4 Kunden pro Beschäftigten.



**Abb. 4: Finanzierungsquellen****Abb. 5: Monatliche Einsätze pro Beschäftigte und Kunden**



## 4.2 5.2 Betriebsabläufe

Der *Organisationsablauf* eines Tages im Betrieb der Pflegedienste war je nach Dienst unterschiedlich. Bestimmte Merkmale lassen sich jedoch verallgemeinern. So waren die durchschnittlichen Dienstzeiten der Pflegekräfte in der Frühschicht von 6.30 bis 13.30 Uhr und in der Spätschicht von 14.30 bis 20.30 Uhr. Dienstbeginn war meistens in den Räumen des Pflegedienstes. Zu Beginn der Frühschicht trafen sich die diensthabenden Pflegekräfte zum Austausch der neuesten und wichtigsten Informationen über die Kunden und die geplante Pflegetour. Die Besprechung der Tagestour wurde unterschiedlich gehandhabt: Entweder über die Pflegedienstleitung persönlich, über das Übergangsbuch, in das jede diensthabende Kraft hineinschaut, über eine Wandtafel oder über eine Mischform dieser drei Möglichkeiten. Die Mitarbeiter brachten sich so auf den aktuellen Stand der Dinge, erfuhren ihre Tagestour sowie besondere Informationen und konnten sich auf ihre Kunden vorbereiten.

Vor Tourbeginn wurden notwendige Medikamente, Pflegehilfsmittel und der im Dienst deponierte Patientenschlüssel mitgenommen. In den meisten Diensten war die Pflegedienstleitung für die Bestellung und Organisation der Rezepte verantwortlich; in einigen Diensten besorgten diensthabende Pflegekräfte die Pflegehilfsmittel und Medikamente selbst. Spätestens mittags, nach Beendigung der Frühschicht, trafen sich alle Beschäftigten wieder in der Einrichtung. Dort wurden die neuesten und vordringlichsten Informationen über Kunden ausgetauscht sowie Medikamente, Schlüssel und Pflegehilfsmittelbestellungen weitergeleitet. Die diensthabende Spätschicht informierte sich anschließend wiederum über neueste Patientendaten vom Tage und begann nachmittags gegen 14.30 Uhr die zweite Tour. Bei Bedarf wurden spätabends noch ein drittes Mal Kunden besucht.

Neben der täglichen *internen Pflegeübergabe* haben fünf Pflegedienste wöchentlich einen zusätzlichen Termin für circa zwei Stunden eingerichtet, an dem die Pflegeakten aller Kunden

ausführlich besprochen werden. Dabei kommen auch noch andere Themen zur Sprache wie Dienstanweisungen, Verbesserungsvorschläge und anstehende Probleme oder Konflikte, die gelöst werden müssen. In der anderen Hälfte der Dienste fand eine Kundenbesprechung jede dritte Woche oder einmal im Monat statt. Nur in einem Dienst wurden überhaupt keine außerordentlichen Kundenbesprechungen durchgeführt.

Eine *externe Pflegeübergabe* mit Krankenhäusern fand statt, wenn ein Kunde plötzlich oder voraussehbar ins Krankenhaus verlegt werden mußte. Kommt ein Kunde ins Krankenhaus, versucht jeder Pflegedienst (in der Regel die Pflegedienstleitung) telefonischen oder persönlichen Kontakt aufzunehmen. Außerdem reicht der Dienst meistens ein Kärtchen, ein Notblatt oder in seltenen Fällen eine komplette Pflegedokumentation nach. Fast alle Kunden werden im Krankenhaus besucht. Bei der Krankenhauserlassung besorgt der Pflegedienst für den Kunden Pflegehilfsmittel sowie bei Bedarf Pflegeanträge. Teilweise verläuft der Kontakt vom Pflegedienst zum Krankenhaus über einen festen Ansprechpartner; in anderen Fällen besteht seitens des Krankenhauses kein Interesse, mit dem Pflegedienst zu sprechen oder die Pflegeunterlagen ernst zu nehmen. Wegen mangelnden Interesses vieler Krankenhäuser an den Pflegeunterlagen der Dienste und einer zum Teil offensiven Abwerbung von Kunden für krankenhauseigene Pflegedienste oder Vertragspflegedienste sind viele Pflegedienste mit der Zusammenarbeit von Krankenhäusern nicht zufrieden. Es werden nur noch selten neue Kunden vom Krankenhaus an Pflegedienste weitergeleitet.

So gut wie alle Pflegedienste wurden von mindestens zwei Inhabern geleitet, die meistens auch eine Ausbildung als examinierte Pflegekraft haben. Weiterhin bestand in den meisten Betrieben eine klare *Arbeitsteilung* zwischen Inhabern und Mitarbeitern. Inhaber waren in der Geschäftsführung, dem Verwaltungsbereich und als Pflegedienstleitung tätig, Pflegekräfte im Pflegebereich. Nur wenige Betriebe haben eine zusätzliche Kraft für die Pflegedienstleitung oder Verwaltung eingestellt. So wurde auch die Pflgetour meistens von den Inhabern (in einer Person als Pflegedienstleitung) im voraus wöchentlich, 14tägig oder monatlich geplant. Inhaber führen selbst nur noch wenige Pflgetouren, waren aber häufig rund um die Uhr für den 24-Stunden-Notruf verantwortlich.

Ausgesprochene *Teamarbeit* fand vorrangig im Leitungsbereich zwischen den Inhabern statt. Dort wurden in wöchentlichen Sitzungen oder bei Bedarf Themen besprochen und entschieden, die den Geschäftsführungs-, Verwaltungs- und Pflegedienstleitungsbereich betreffen. Dies waren z.B. Dienstplanerstellung, Patientenverwaltung, Rechnungserstellung, Kostenträgerkontakte, Außenvertretung, Personalführung, Patientenaufnahme, Krankenhausbesuche und Verordnungswesen. Die Mitarbeiter waren in der Regel ausschließlich in der Pflege beschäftigt und hatten keinen Einblick in die Geschäftsführung, Organisation und Verwaltung. Mit ihnen wurden - neben der Pflegeübergabe und Kundenbesprechungen (zum Teil im Team) - Themen aus dem Pflegeumfeld wie Pflegehilfsmittel- und Medikamentenbeschaffung, Beratung und hauswirtschaftliche Betreuung sowie die Pflegedokumentation besprochen. Dies fand entweder in den erwähnten wöchentlichen Besprechungen, über die Pflegedienstleitung oder in informeller Form während der Pflegeübergabe statt.

Die *Erfassung* der erbrachten Pflegeleistung erfolgte einmal täglich durch die Pflegekraft. Am Monatsende wurden alle Leistungserfassungen für die Gesamtabrechnung zentral in der Verwaltung zusammengestellt. Während der Gründungsphase *rechnete* ein großer Teil der Pflegedienste die erbrachten Leistungen noch direkt mit den Kassen ab. Viele Kassen haben

nach Erfahrung der Pflegedienste jedoch eine „schlechte Zahlungsmoral“, d.h. das Geld für die Pflegeleistung wird erst bis zu acht Wochen später von den Kassen erstattet. Daher sind 2/3 der Dienste dazu übergegangen, die erbrachten Leistungen über ein Abrechnungszentrum abzurechnen; dies hat den Vorteil, daß die Liquidität der Betriebe verbessert und Verwaltungskosten reduziert werden können. 1/3 der Pflegedienste rechnet jedoch weiterhin direkt mit den Kassen ab und sieht keine Schwierigkeit mit dieser Abrechnungspraxis. Mit Privatzahlern rechneten fast alle Dienste direkt ab. Außerdem gaben alle Dienste ihre *Buchführung* (u. a. Lohn- und Gehaltsabrechnungen) zu einem professionellen Steuerberater.

*Controlling* wurde in den meisten Betrieben so gehandhabt, daß auf Inhaberebene die allgemeine Finanzentwicklung des Betriebes und die Qualität der Pflege regelmäßig überprüft wurde. Dies geschah u. a. durch eine allgemeine Kontrolle der Kostenentwicklung, der Pflegedokumentation und der Patientenzahl. Weiterhin wurde die Pflegequalität durch Tourenüberwachung der Mitarbeiter, die (telefonische) Rückmeldung von Kunden und durch Kundenbesuche der Leitung kontrolliert. Einige Dienste legten auch Wert darauf, daß ihre Mitarbeiter auf der Pflgetour wirtschaftlich denken und qualifizierte Beratungsleistungen beim Kunden durchführen können. Durch diese Art des Controlling sollten rechtzeitig (finanzielle) Sicherungsmaßnahmen getroffen, ein Personalwechsel oder Werbemaßnahmen vorgenommen werden.

*EDV* hat auch in Pflegediensten Fuß gefaßt. Bis auf wenige Ausnahmen wurde der Schriftverkehr durchweg über ein Textverarbeitungsprogramm abgewickelt. Zum Teil waren EDV-Programme z.B. in der Kundenstammdatenverwaltung eigenhändig von den Inhabern produziert. Es gab aber auch Pflegedienste, die mit professionellen Pflegeplanungs- und Pflegeabrechnungsprogrammen arbeiteten oder dies in Planung hatten.

### 4.3 5.3 Personalführung

*Personalentwicklung* wurde von den meisten Betrieben nicht systematisch betrieben. Es gab Betriebe, die nicht weiter wachsen wollten, und deshalb kein weiteres Personal einstellten. Wenn neues Personal eingestellt wird, dann nur nach aktuellem Bedarf. Vier Dienste setzten sich bewußt mit Personalentwicklung auseinander und planten nach bestimmten Richtgrößen, z.B. Einsatz von Mitarbeitern pro Kunde.

Bei *Einstellungsgesprächen* waren Zeugnisse die Grundlage des Gesprächs. Wichtiger als Noten und Referenzen waren jedoch der persönliche Eindruck und das Gefühl, daß die „Chemie“ zwischen den Personen stimmte. Persönliches Auftreten, soziale Eignung und ein Gesamtverständnis für die Pflege wurden als weitere Kriterien genannt. Einem Dienst war es wichtig, daß die Pflegekraft in der Lage war, weitere Bedarfe beim Kunden zu erkennen wie hauswirtschaftliche Hilfen oder erweiterten Pflegebedarf. Die meisten Dienste ließen Bewerber/innen eine oder mehrere Probetouren mitfahren, bevor eine Entscheidung getroffen wurde. Einigen Diensten war auch die Rückmeldung der Kunden während der Probetour wichtig.

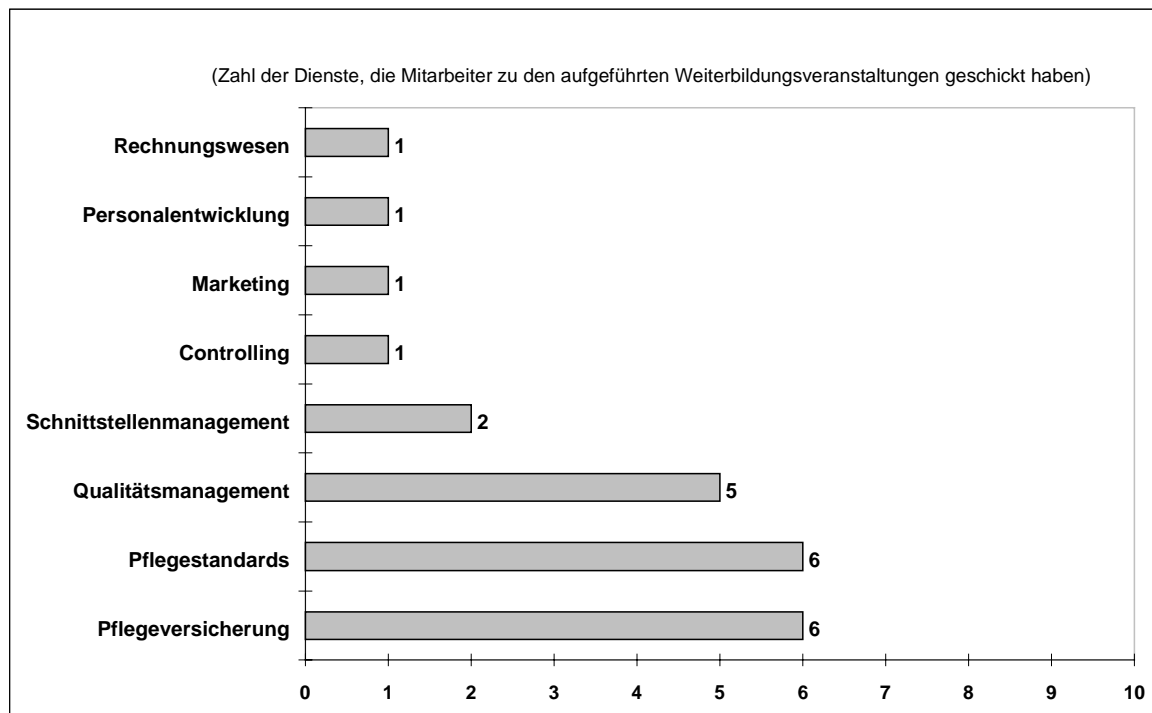
Die Hälfte der Betriebe ermöglichte seinen Mitarbeitern die Teilnahme an internen und externen *Fort- und Weiterbildungen*. In drei dieser Betriebe fanden vorrangig interne Fortbildungen statt: entweder einmal monatlich oder in unterschiedlichen Abständen, oft auch in Kombination mit Dienstbesprechungen. Zum Teil bereiteten die Beschäftigten eine

Fortbildung selbst vor, oder die Fortbildung wurde von einer dafür verantwortlichen Mitarbeiterin organisiert.

Das Themenspektrum der internen Fortbildungsveranstaltungen kam vorrangig aus dem Pflegebereich und konnte Dekubitusprophylaxe, Thrombosepflege, Pflegeethik oder Einweisungen von Geräteherstellern betreffen. Sofern ein wichtiges und nutzbringendes Weiterbildungsthema angeboten wurde, ermöglichten zwei Pflegedienste, den Mitarbeitern an externen (Tages)kursen während der Dienstzeit teilzunehmen; diese wurden dann auch häufig vom Dienst finanziert.

Themen externer Weiterbildungsveranstaltungen waren am häufigsten die Pflegeversicherung und Pflegestandards. Betriebswirtschaftlich orientierte Weiterbildungen wie Rechnungswesen oder Controlling wurden nur selten besucht. In den anderen fünf Betrieben fanden zum Teil nur sporadisch oder überhaupt keine Fortbildungen statt. Die Gründe lagen u.a. darin, daß weder Finanzmittel, Räumlichkeiten noch Zeit vorhanden waren, um Fortbildungen durchzuführen oder zu besuchen (Abb. 6).

Abb. 6: Weiterbildung



2/3 aller Betriebe fragten ihre Mitarbeiter systematisch und regelmäßig nach Verbesserungsvorschlägen im Pflegebereich. Dies geschah entweder in den Dienstbesprechungen oder während der Pflegeübergabe. Bei 1/3 der Betriebe ergaben sich Verbesserungsvorschläge aus den täglichen Gesprächen. Verbesserungsvorschläge wurden vor allem in die Pflegedokumentation mitaufgenommen, zum Teil auch in der Arbeitszeitgestaltung des Betriebes berücksichtigt. Regelrechte *Betriebsversammlungen*, die über die in vielen Diensten üblichen wöchentlichen Besprechungen hinaus gingen, fanden in keinem Betrieb statt. In zwei Betrieben gab es eine *Personalvertretung* oder Vertrauensperson, die als Ansprechpartnerin für die Beschäftigten fungierte.

4.4

4.5

#### 4.6 5.4 Qualitätsmanagement

Zur Gewährleistung einer guten *Pflegequalität* setzten Pflegedienste unterschiedliche Instrumente ein. Ein Instrument war die Pflegedokumentation, die in allen Pflegediensten organisatorisch ähnlich gehandhabt wurde. Allerdings arbeitete jeder Pflegedienst mit einer eigenen Version der Pflegedokumentation, die aber auf den gesetzlichen Vorschriften basierte.

Die *Pflegeunterlagen* bestanden häufig aus drei Teilen: einer Hauptakte, die im Pflegedienst verwaltet wurde, einem Übergabebuch oder einer Übergabetafel mit aktuellen Daten für die Pflegekraft und einer Dokumentation, die beim Kunden lag. Die Kundendokumentation wurde jeden Tag von der zuständigen Pflegekraft abgezeichnet, so daß vom Versicherungsträger, dem Pflegedienst und dem zuständigen Arzt nachgehalten werden

konnte, welche Pflegeleistungen durchgeführt worden sind. Weiterhin wurde für die folgende Pflegekraft vermerkt, wie die Pflege weitergeführt werden sollte.

Eine *regelmäßige Besprechung* aller Kunden zusammen mit allen Pflegekräften fand beim überwiegenden Teil der Dienste statt.

Die meisten Pflegedienste hatten keine schriftlich festgehaltenen *Pflegeziele*. Fast alle Dienste gaben aber an, Pflegeziele zu haben: Menschenwürdige Umstände, Erhalt und Unterstützung von Selbständigkeit, gute Pflege, zufriedene Kunden, Zielabstimmung mit den Kunden und Hilfe zur Selbsthilfe waren die häufigst genannten Ziele.

Um eine zu starke gegenseitige Abhängigkeit der Pflegekraft vom Kunden und umgekehrt zu vermeiden (*Bezugspflege*) sowie die Qualität der Pflege zu kontrollieren, wechselten Pflegekräfte häufiger ihre Kunden. In den meisten Diensten wurde von der Pflegedienstleitung wöchentlich oder zwei- bzw. vierwöchig eine andere Patiententour geplant. Die Tourenroute veränderte sich häufig so regelmäßig, daß Pflegekraft und Kunde sich rechtzeitig auf einen Wechsel einstellen konnten. Nur wenige Pflegedienste schickten immer eine Pflegekraft auf dieselbe Tour.

Als wichtigste Voraussetzung für gute Pflegequalität wurde auch von einigen Diensten *qualifiziertes Pflegepersonal* genannt.

#### **4.7      5.5      Kundenorientierung**

Bei *Aufnahmegesprächen mit Kunden*, sei es zu Hause oder noch im Krankenhaus, wurden die Kunden von allen Pflegediensten ausführlich beraten. Der Erstkontakt lief häufig über die Pflegedienstleitung. Sie stellte den Dienst vor und brachte bei Bedarf die Pflegeanträge mit. Anschließend klärte die Pflegedienstleistung den Kostenträger, die zu erwartenden Leistungen, die Pflegedokumentation und die individuellen Wünsche zusammen mit dem Kunden ab.

Auf *Angebote anderer Anbieter* wiesen bei Bedarf fast alle Dienste hin, es sei denn, der angesprochene Dienst bot die Leistungen selbst an. Diese Angebote umfaßten z.B. Pflegehilfsmittel, Fußpflege, Friseure, Therapeuten, Hausnotrufsysteme, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, Kurzzeit- und Tagespflege sowie Heimplätze. Regelrechte Vermittlungen von Dienstleistungen fanden jedoch nur bei Essen auf Rädern und Therapeuten statt.

Insbesondere während des Aufnahmegesprächs wurden Kunden ermuntert, sich zu *beschweren*, wenn sie mit der Pflege des Dienstes nicht zufrieden sein sollten. Die *Zufriedenheit* der Kunden wurde von 2/3 der Dienste regelmäßig überprüft: entweder gezielt oder regelmäßig bei jedem Kontakt der Pflegedienstleitung mit dem Kunden. Dabei wurde auch auf spezielle Wünsche eingegangen. Ein Dienst befragte z.B. seine Kunden, von welcher Pflegekraft er bevorzugt gepflegt werden möchte. Einem anderen Dienst war die eigenständige Rückmeldung der Kunden wichtiger als eine regelmäßige Befragung.

Alle Pflegedienste pflegten Ihre Kunden auch dann, wenn der *Kostenträger* noch strittig war. Diese Dienstleistungen wurden dann teilweise privat von den Kunden oder vom Pflegedienst vorfinanziert. Der *24-Stunden-Notruf* ist gesetzliche Vorschrift. Jeder Pflegedienst (in der

Regel einer der Inhaber) war spätestens nach 30 Minuten vor Ort oder schickte bei Bedarf sofort einen Notarztwagen.



## 4.8 5.6 Zusammenarbeit

Die *Zusammenarbeit* der Pflegedienste mit anderen Akteuren im Pflegebereich verlief in einigen Bereichen sehr gut; in anderen wieder weniger zufriedenstellend.

Mit *Apotheken* wurden sehr gute Erfahrungen gemacht. Viele Dienste hatten eine Stammapotheke, die täglich alle Medikamente für den Kundenstamm vorrätig hielt oder noch am gleichen Tag auf Bestellung besorgte. Zum Teil wurden bestellte Medikamente auch von der Apotheke angeliefert. Mit solchen Stammapotheken wurden manchmal Werbegeschenke ausgetauscht und Provisionen ausgehandelt. Apotheken, die keine Stammapotheken waren, agierten häufig unflexibel und konnten nicht immer am gleichen Tag notwendige Medikamente bereitstellen.

Seitdem Pflegehilfsmittel von den Kassen zur Verfügung gestellt werden, spielen *Sanitätsfachgeschäfte* für Pflegedienste nur noch eine marginale Rolle. Wenn in Sanitätsgeschäften eingekauft wurde, verlief der Kontakt jedoch gut. Zwei Pflegedienste kauften vorrangig über den Großhandel ein.

Mit der Zusammenarbeit von *Pflegekassen und Krankenkassen* waren nur zwei Dienste zufrieden. Die anderen Dienste beklagten sich z.B. lange Bearbeitungszeiten, das Ausbleiben von Außenständen seit Monaten, falsche Abrechnungen oder sogar das Verschwinden von Anträgen. Einige Pflegedienste waren daher dazu übergegangen, nur noch das Notwendigste über telefonischen und schriftlichen Kontakt mit den Kassen auszuhandeln. Oft hing die Qualität des Kontaktes auch von dem jeweiligen Sachbearbeiter oder der Kasse ab. Die Ansprechpartner für Pflegekassen und Krankenkassen waren häufig identisch. Mit größeren Kassen verlief die Zusammenarbeit zufriedenstellender. Kleinere Kassen arbeiteten detaillierter und stellten sich häufiger quer; dies galt insbesondere für Betriebskrankenkassen.

Der Kontakt zum *Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)* verlief begrenzt zufriedenstellend. Nur vier Dienste bezeichneten den Kontakt als gut. Diese Dienste hatten keine Schwierigkeiten, einen festen Termin bei einem Kunden mit dem MDK zu vereinbaren, wenn es um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit ging. Allerdings ging die Terminbitte dann vom Pflegedienst aus. Mit fest angestellten Ärzten des MDK wurden bessere Erfahrungen gemacht als mit freien Gutachtern. Die anderen sechs Dienste hatten keinen guten oder so gut wie keinen Kontakt zum MDK. Vereinbarte Termine wurden nach ihren Aussage nicht eingehalten.

Zu *Ärzten* bestand weitestgehend guter Kontakt. Nur ein Dienst hatte geringen Kontakt zu Ärzten, ein anderer Dienst berichtete über unterschiedliche Erfahrungen von miserabel bis sehr gut. Ein weiterer Dienst machte bei seiner Gründung einen Antrittsbesuch bei allen in Frage kommenden Ärzten und schickte bei besonderen Anlässen wie z.B. dem Angebot einer neuen Dienstleistung Informationsbriefe an die Kunden.

*Sonstige Zielgruppen:* Zwei Dienste hatten guten Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufgebaut. Die Selbsthilfegruppen konnten sich zum Teil in den Räumlichkeiten eines Pflegedienstes treffen. Häufiger wurde über schlechte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Sozialamt berichtet. Auch die Zusammenarbeit mit dem Amtsgericht gestaltete sich schwierig. Mit dem psychosozialen Dienst wurden unterschiedliche Erfahrungen gemacht,

während Kooperationen mit psychiatrischen Beratungsstellen und psychiatrischen Abteilungen „ganz gut“ liefen.

#### 4.9 5.7 Öffentlichkeitsarbeit / Werbung

Im Umgang mit der *Öffentlichkeit* hatten alle Pflegedienste eine unterschiedliche Herangehensweise. Die Palette reichte hier vom weitestgehenden Rückzug aus der Öffentlichkeitsarbeit bis hin zum Anbieten einer Pressekonferenz. Ein Grund für den schrittweisen Rückzug aus der Öffentlichkeitsarbeit lag für einige Dienste in dem Wunsch, nicht über ihren Stadtteil hinauszuwachsen. Ein weiterer Grund lag darin, daß ein hohes Mißtrauen gegenüber Werbeagenturen und Anzeigenvertretern bestand. Nicht zuletzt hatte für viele Dienste „gute Pflege“ oberste Priorität als Werbefaktor Nummer 1. So wurde auch dem Marketingfaktor „*Mundpropaganda*“ im eigenen Stadtteil von vielen Diensten ein großer Stellenwert beigemessen.

So gut wie alle Dienste führten ein einheitliches *Firmenlogo* auf ihren Dienstwagen und auf hauseigenen Werbeprospekten. Bei manchen Diensten erschien dieses Firmenlogo auch noch auf Werbemitteln wie Kugelschreibern, Feuerzeugen und Dienstkleidung.

Auf einheitliche *Dienstkleidung* (z.B. in Weiß oder mit Firmenlogo) legten einige Dienste großen Wert. Andere Dienste überließen es ihren Mitarbeitern, ob sie z. B. weiße Kleidung trugen oder ob sie in individueller Kleidung zum Dienst gingen.

Fast jeder Dienst hielt einen *Werbeprospekt* vor, mit dem der Dienst vorgestellt wurde. Diese Prospekte waren unterschiedlich aufwendig gestaltet: zum Teil als kleine Broschüre im Mehrfarbdruck; als mehrfarbige Hand- oder Faltkarte in verschiedenen Größen, als Schwarz-Weiß-Kopie oder als farbig gestaltete Visitenkarte.

Von der Hälfte der Dienste wurden gelegentlich oder auch regelmäßig *Anzeigen* in Zeitungen, Zeitschriften und Prospekten anderer Anbieter (z.B. der AOK) geschaltet. Einige Dienste gaben teilweise Citylight-, Bus- und Straßenbahnwerbung in Auftrag. Die anderen Dienste haben sich entweder weitestgehend aus dem Anzeigengeschäft zurückgezogen oder noch nie Anzeigen in Auftrag gegeben.

Direkter Kontakt mit der *Presse* bestand nur, wenn ein neuer Dienst oder eine neue Dienstleistung wie z.B. die Tagespflege eröffnet wurde. Ansonsten beteiligten sich einige Pflegedienste an Aktionen der „Arbeitsgemeinschaft Ambulante Krankenpflege e. V.“ (AAK) z.B. mit Radiowerbung und Teilnahmen an Messen wie der Gelsenschau.

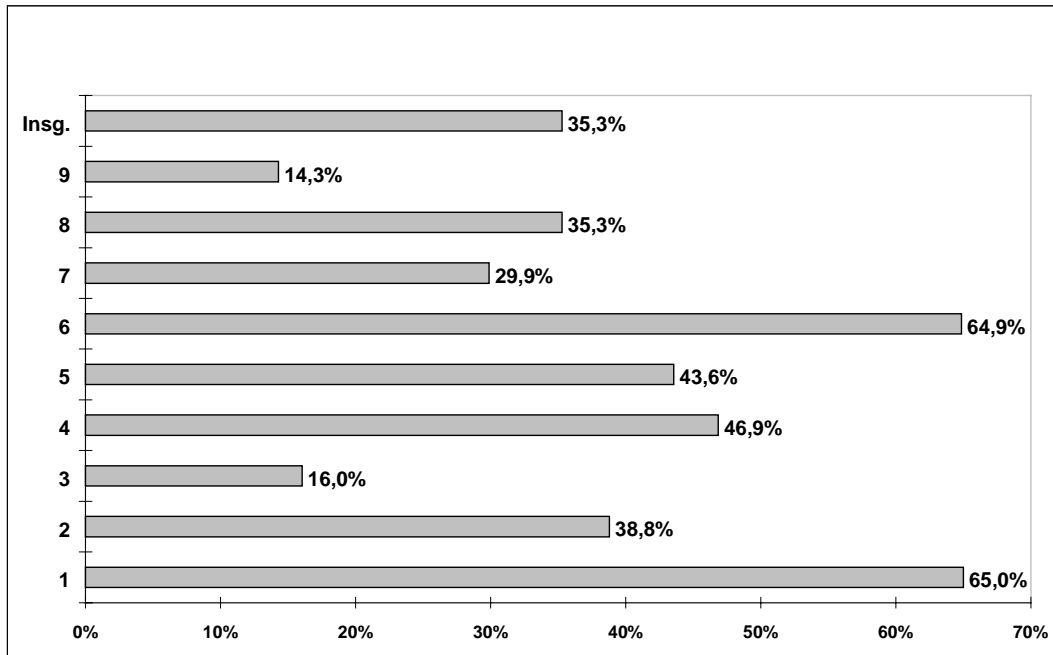
## **5      6 Ergebnisse der Kundenbefragung**

Zwischen Mai 1996 und Juli 1996 wurde eine Kundenbefragung als zweite große schriftliche Befragung des Pilotprojektes durchgeführt. Die Ergebnisse der Kundenbefragung sollten neben den nun vorliegenden Ergebnissen der Betriebsdatenerhebung eine weitere Grundlage für die gemeinsam von allen Projektteilnehmern zu entwickelnden Qualifizierungsmodule sein. Außerdem sollten sie verdeutlichen, an welchen Ansatzpunkten Dienstleistungen für Kunden verbesserungsfähig sowie effektiver zu erbringen sind. Mit den Ergebnissen der Kundenbefragung ist den Pflegediensten im Rahmen des Total Quality Mangement-Konzeptes eines der bedeutendsten Qualitätsmanagementinstrumente an die Hand gegeben worden: Je genauer ein Pflegedienst die Wünsche und Bedarfe seiner Kunden kennt, desto kundenorientierter kann er sie erfüllen (siehe Kapitel 3 und 4.4). Weiterhin wurde es jedem Betrieb ermöglicht, durch eine individuelle, betriebsbezogene Auswertung eine Standortbestimmung des eigenen Dienstes im Vergleich zum Durchschnitt der anderen Dienste vorzunehmen und einen weiteren Baustein zum Benchmarking im Rahmen des Qualitätsmanagements zu bilden. Dadurch konnten die teilnehmenden Betriebe - wie mit der Betriebsdatenerhebung - erstmalig ein Benchmarking im Bereich der Kundenbefragung durchführen (siehe auch Kapitel 4.4.1 u. 12).

### **5.1      6.1      Rahmendaten**

Von den am Projekt beteiligten Diensten haben neun an der Befragung teilgenommen. 271 Personen schickten einen Fragebogen zurück; dies ergab einen zufriedenstellenden Rücklauf von 35,3%, der eine repräsentative Auswertung ermöglichte (Abb.1).

#### **Abb. 1: Rücklaufquote nach Pflegediensten**

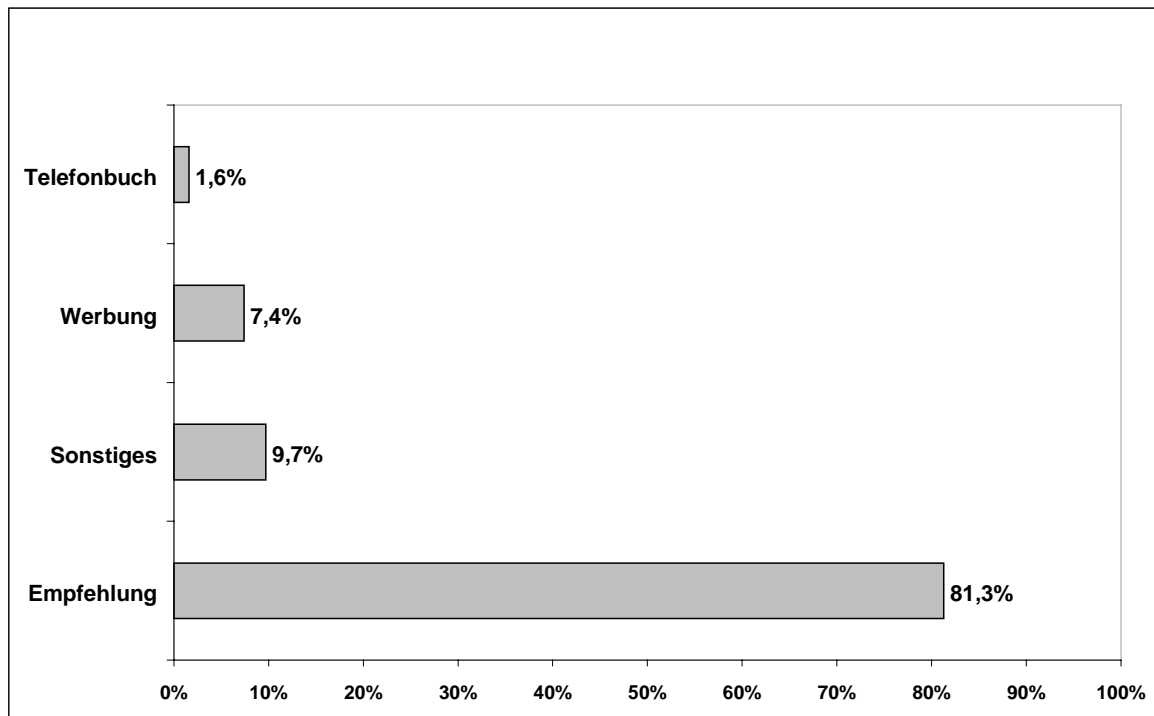


Die eingegangenen 271 Kundenantworten waren über neun Dienste sehr ungleich verteilt. Im Verhältnis zu ihrer Kundenzahl variierte die Rücklaufquote zwischen minimal 14,3% und maximal 65%. Hintergrund für die stark differierende Rücklaufquote könnte einerseits die unterschiedliche Kundenstruktur, aber auch die unterschiedliche Motivation der Mitarbeiter gewesen sein, den Fragebogen sachgerecht an die Kunden weiterzugeben.

Zwei Drittel der Kunden (66,3%) wurden erst seit 1995 von einem Pflegedienst betreut. Nur 3,1% der Kunden wurden schon seit 1992 von Pflegediensten versorgt. Dies kann damit zusammenhängen, daß die Dienste erst relativ kurz existierten oder daß Pflegekunden eine relativ geringe Verweildauer bei einem der Pflegedienste hatten. Bei Kunden, die angaben, schon vor 1992 betreut worden zu sein (2,8%), mußte es sich um Personen gehandelt haben, die vorher bereits andere Dienste in Anspruch nahmen, da die beteiligten Dienste zu dieser Zeit noch nicht gegründet waren.

Für Pflegedienste ist es aufschlußreich zu wissen, auf welchen Wegen Kunden akquiriert werden. Bei der Auswertung der Befragung stellte sich heraus, daß 81,3% der Kunden ihren Pflegedienst über persönliche Empfehlungen auswählten (Abb. 2).

### **Abb. 2: Auswahl des Pflegedienstes**

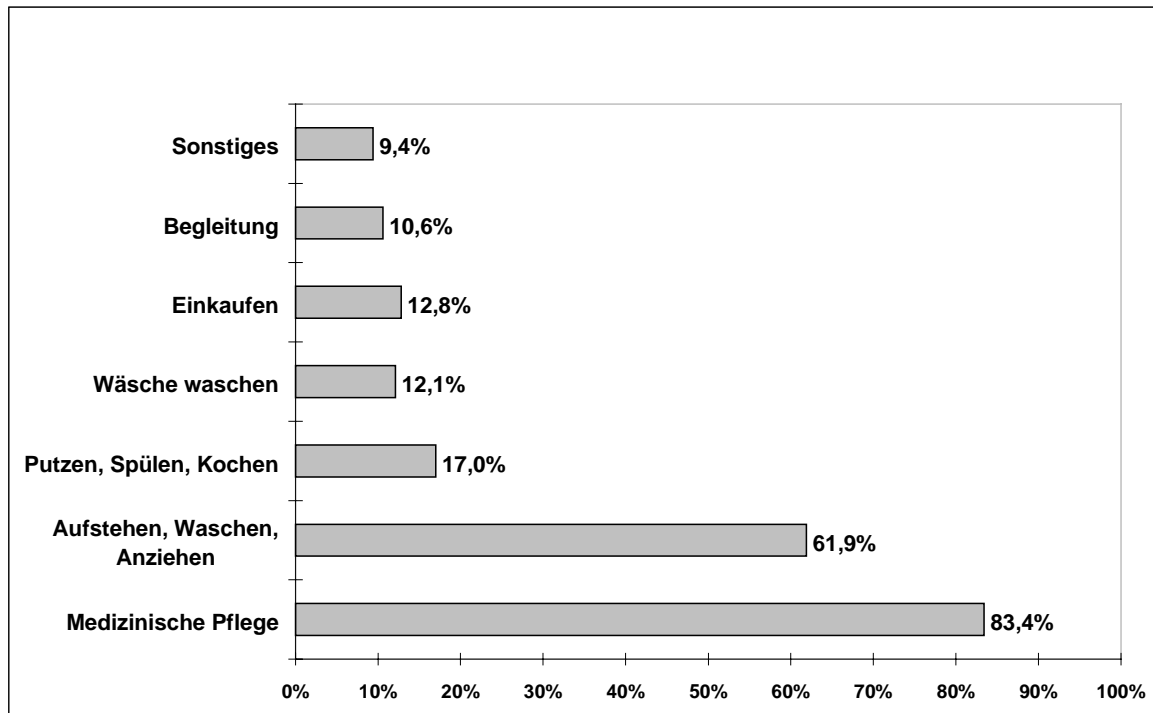


Durch Werbeaktionen wurden nur 7,4% aller Befragten auf den Pflegedienst aufmerksam. Kundenakquisition über Werbemaßnahmen schien nach diesen Zahlen die Ausnahme gewesen zu sein. 9,7% der Kunden gaben Sonstiges an. Hier wurden vor allem Vermittlungen durch Ärzte, Krankenhäuser, Angehörige sowie die unmittelbare Nachbarschaft des Pflegedienstes angegeben. Direkt aus dem Telefonbuch entnahmen nur 1,6% der Kunden die Adresse ihres Pflegedienstes.

Den hohen Anteil der persönlichen Empfehlungen kann man nicht nur als räumliche Orientierung auf den ortsnahen Stadtteil, sondern auch als Qualitätsindikator der Dienste interpretieren, da er auf eine hohe Kundenzufriedenheit schließen läßt. Interessant wäre in diesem Zusammenhang zu untersuchen, welche Multiplikatoren „persönliche Empfehlungen“ weitergegeben haben. Dies ist aus der Befragung jedoch nicht erkennbar und müßte noch einmal gesondert erhoben werden. Pflegedienste können über ihr ursprüngliches Aufgabengebiet hinweg vielfältige Dienstleistungen rund um die Pflege anbieten, vor allem auch im hauswirtschaftlichen Bereich. Daß bei ambulanten Pflegediensten jedoch noch vorrangig ausgesprochene Pflegeleistungen nachgefragt werden, zeigen folgende Zahlen. Von allen angebotenen Dienstleistungen wurde die medizinische Pflege mit 83,4% am häufigsten in Anspruch genommen (Abb. 3).

Mit 61,9% ebenfalls überdurchschnittlich waren tägliche Hilfen wie die Unterstützung beim Aufstehen, Waschen und Anziehen. Dagegen wurden hauswirtschaftliche Dienstleistungen wie Putzen, Spülen und Kochen sowie Begleitung nur bei einer kleinen Minderheit durchgeführt. Unter Sonstiges wurden neben medizinischer Pflege und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen noch Begleitung und Gespräche genannt.

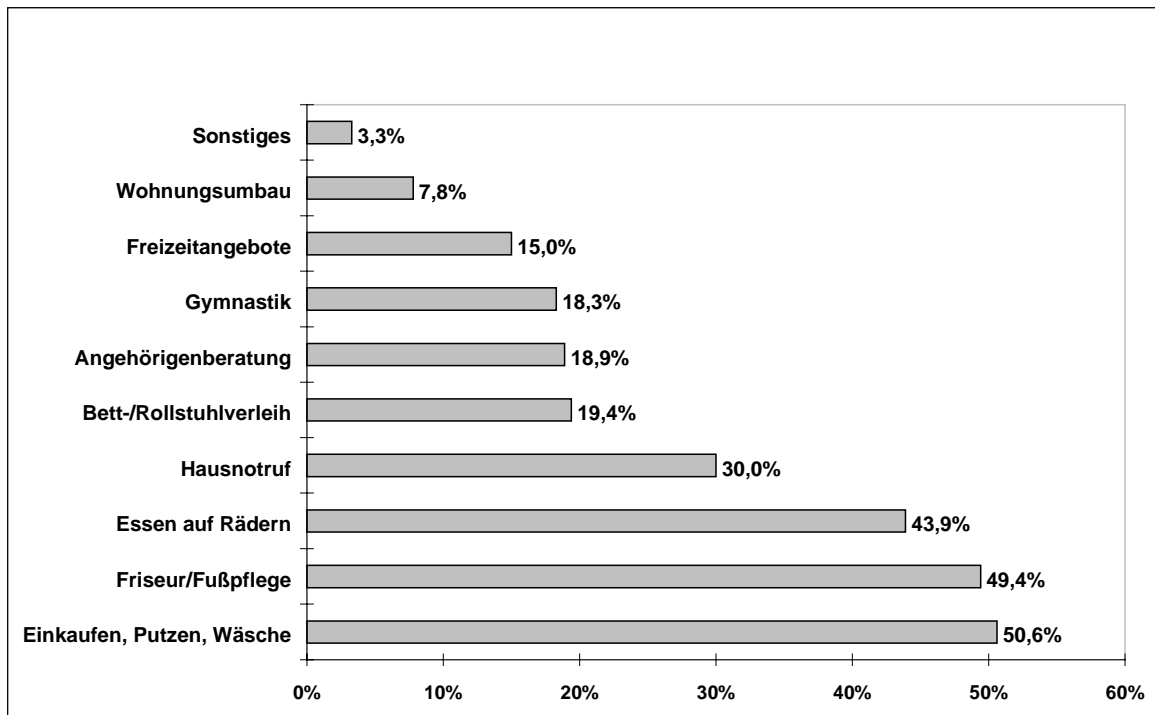
### **Abb. 3: Erbrachte Leistungen beim Patienten**



Wer auf Pflege angewiesen ist, benötigt häufig noch Dienstleistungen, die über reine Pflegeleistungen hinausgehen. Darum wurden die Kunden gefragt, welche zusätzlichen Angebote für sie noch wünschenswert wären. So gaben über die Hälfte aller Befragten an, noch hauswirtschaftliche Hilfen wie Einkaufen, Waschen und Putzen zu benötigen. Ähnliches gilt für Friseur und Fußpflege sowie Essen auf Rädern, die für knapp die Hälfte aller Kunden hilfreich wären. Immerhin 30% der Kunden benötigten noch einen Hausnotruf. Andere Angebote wie Gymnastik, Angehörigenarbeit, Bettverleih, Rollstuhlverleih und Freizeitangebote wurden nur von circa 15% bis 19% der Kunden gewünscht (Abb. 4).

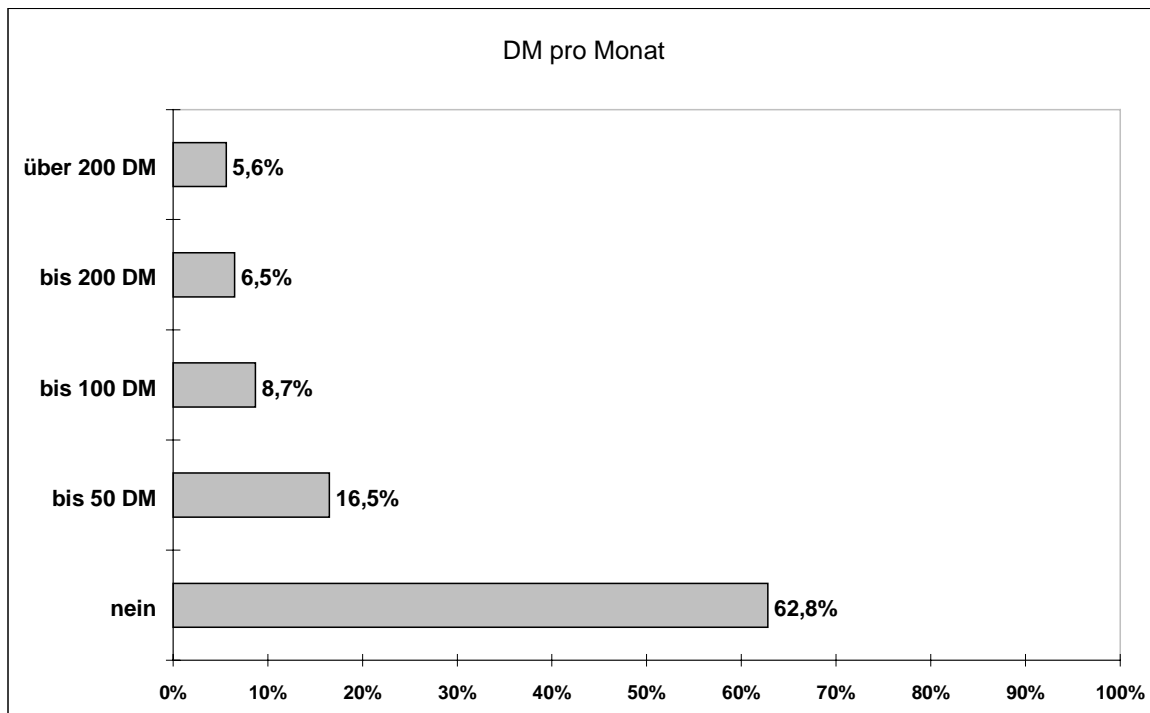
Vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich existierte bei den Kunden offensichtlich eine Dienstleistungslücke, die für ambulante Pflegedienste auch wirtschaftlich noch einen hohen Stellenwert einnehmen könnte. Sollte ein Dienst diese Tätigkeiten nicht selbst anbieten, können sie vermittelt oder gemeinsam mit anderen Diensten offeriert werden. Relativ wenig Kunden hatten den Wunsch nach einem Wohnungsumbau. Möglicherweise besteht bei Kunden, wie auch bei Pflegediensten, noch ein Informationsdefizit über die gesetzlichen Förderungsmöglichkeiten des altengerechten Wohnungsumbaus. Unter Sonstiges führten Kunden noch Bedarf bei Hilfen für Anträge, Fahrten zu Ärzten, Behörden und Apotheken sowie Massagen auf.

**Abb. 4: Zusätzliche Angebote erwünscht**



Da nicht alle Dienstleistungen über Sozialversicherungsträger abgerechnet werden können, ist es aufschlußreich zu wissen, ob Kunden bereit wären, Dienstleistungen selbst zu bezahlen. Dabei stellte sich heraus, daß 37,3% aller Kunden bereit wären, für zusätzliche Leistungen zu bezahlen. Hiervon wäre der größte Anteil (16,5%) in der Lage, bis zu 50 DM im Monat auszugeben. 8,7% der Kunden würden bis zu 100 DM, 6,5% bis zu 200 DM und immerhin 5,6% über 200 DM bezahlen. Diese Zahlen zeigen noch ein erhebliches erschließbares Marktpotential für Pflegedienste auf (Abb. 5).

**Abb. 5: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung**



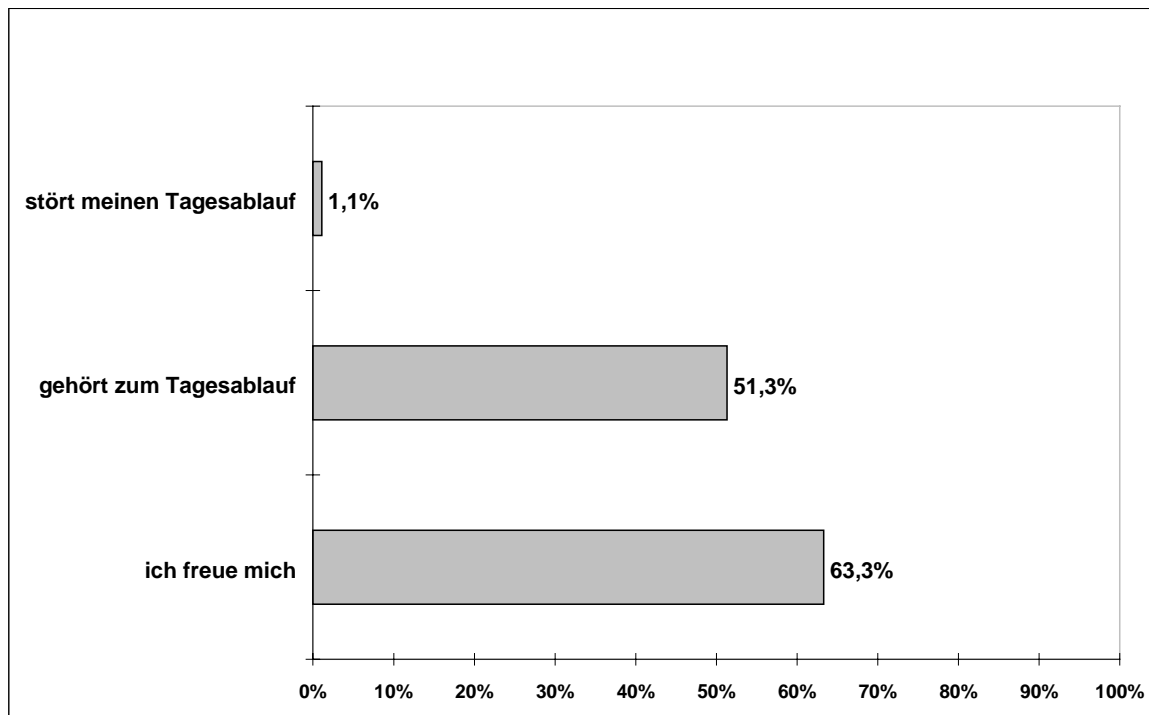
## 5.2 6.2 Kundenservice

Ein entscheidender Indikator für die Qualität der Dienstleistungen ist die Zufriedenheit der Kunden. Diese ist nicht nur für die Kunden selbst, sondern auch für die Wettbewerbsfähigkeit der Dienste wichtig. Da die persönliche Empfehlung die wichtigste Marketing- und Akquisitionsform für die Dienste ist, gewinnt die Zufriedenheit zusätzliche Bedeutung. Die Zufriedenheit wurde daher anhand mehrerer Indikatoren ermittelt.

Die Kunden empfanden den Hausbesuch des Pflegedienstes sehr unterschiedlich. Wie in Abbildung 6 ersichtlich, freuten sich 63,3% der Befragten, wenn das Personal des Dienstes kam. Für gut die Hälfte aller Befragten gehörte der Besuch des Pflegedienstes mindestens zum Tagesablauf (hier waren mehrere Antworten möglich). Nur eine absolute Minderheit gab an, daß sie den Besuch als störend empfindet. Diese Zahlen weisen darauf hin, daß das Pflegepersonal über seine Pflgetätigkeit hinaus, einen wichtigen sozialen und kommunikativen Bezugspunkt im Leben Pflegebedürftiger darstellt.

Allerdings nimmt die Freude über den Besuch des Pflegedienstes mit der Dauer der Pflegezeit ab. So gaben 75% der erst seit 1996 gepflegten Kunden an, positiv auf den Besuch zu reagieren, während die Langzeitkunden, die schon vor 1992/93 einen Pflegedienst in Anspruch nahmen, sich nur noch zu 46,7% auf den Besuch des Pflegedienstes freuen. Bei den Langzeitkunden überwiegt wohl im Laufe der Zeit die Gewöhnung an den Pflegedienst.



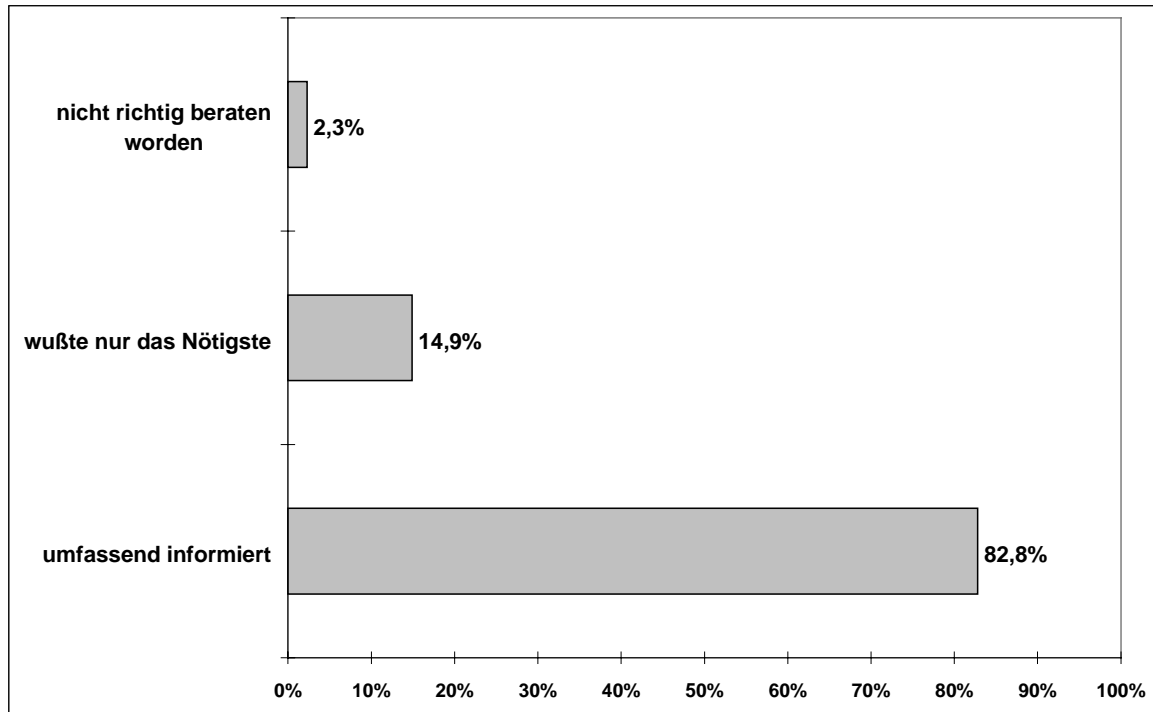
**Abb. 6: Wie fühlt sich der Patient, wenn der Pflegedienst kommt?**

Pflegekunden sind mitunter ständig auf Hilfe angewiesen. Tritt ein Notfall ein, kann eine schnelle Erreichbarkeit lebenswichtig sein. Mit der Erreichbarkeit des Dienstes in Notfällen waren 84,1% der Kunden zufrieden. Immerhin 14,6% der Kunden dauerte die Erreichbarkeit im Notfall zu lange. Nur eine Minderheit der Kunden war allerdings mit der Erreichbarkeit ganz unzufrieden.

Umfassende Kundenberatung ist einerseits ein wichtiger Service- und Marketingfaktor, andererseits auch für das Erkennen weiterer Kundenbedarfe erforderlich. Nicht zuletzt können beim Beratungsgespräch zusätzliche Dienstleistungen offeriert werden. So überrascht, daß sich - wie in Abbildung 7 ersichtlich - nur 82,8% der Kunden beim ersten Besuch des Pflegedienstes umfassend informiert gefühlt haben. Über das Nötigste beraten wurden 14,9% der Kunden. Allerdings gaben nur 2,3% an, bis heute nicht richtig beraten worden zu sein (Abb.7).

Zu einer umfassenden Erstberatung des Kunden gehört auch die Beratung darüber, welche Kosten der Pflege von den Kassen übernommen werden. Daß der Kampf durch den Finanzierungsdschungel weder für Kunden noch für Pflegedienste immer einfach ist, zeigen folgende Antworten. Nur 55,2% der Kunden gaben an, daß der Pflegedienst ihnen genau erklärt hat, welche Kosten übernommen werden. 14,7% der Kunden bekamen eine eher oberflächliche Erklärung und sogar 30% der Kunden sagten aus, daß ihnen die Kostenerstattung nicht erklärt wurde.

**Abb. 7: Wie wurde der Patient beraten?**

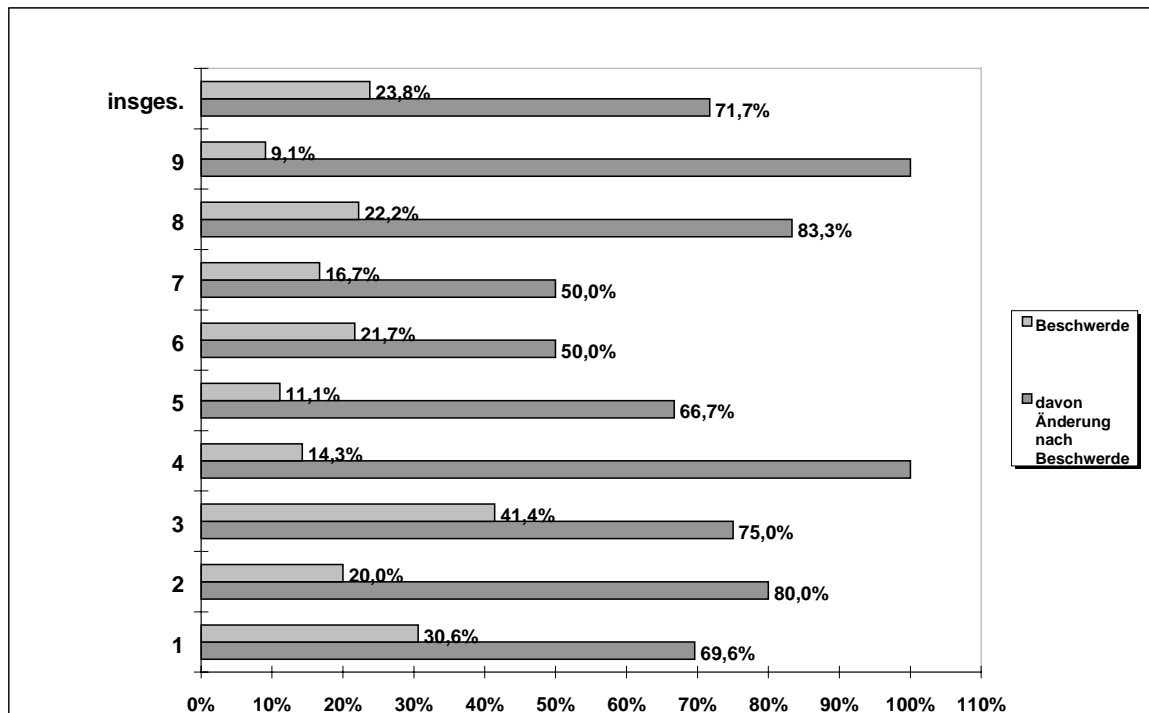


Auch mit der Hilfe beim Pflegeantrag waren nur 58,5% der Kunden zufrieden. Allerdings kann der Pflegeantrag und die Erklärung der Kostenerstattung schon im Vorfeld durch Ärzte oder Krankenhauspersonal erfolgt sein, so daß der Pflegedienst letztendlich nicht die alleinige Verantwortung für mangelnde Beratung trägt.

Ein wichtiger Indikator für Qualitätsorientierung der Dienste können auch Beschwerden von Kunden sein. Knapp ein Viertel der Kunden (23,8%) hat sich schon einmal bei seinem Pflegedienst beschwert. Die Anzahl der Beschwerden muß nicht unbedingt auf die Qualität des Pflegedienstes schließen. Auch eine besondere Ermunterung des Pflegedienstes beim Kunden, sich zu beschweren, wenn etwas nicht in Ordnung ist, kann zu einer höheren Anzahl von Beschwerden führen. Entscheidend ist vielmehr, ob sich nach der Beschwerde etwas ändert. Hier gaben 71,7% der Kunden an, daß sich etwas verändert hat. Während sich für 13,3% der Kunden manchmal etwas ändert, gaben 15% an, daß Beschwerden konsequenzlos geblieben seien (Abb. 8).

Zu einer qualifizierten Kundenbetreuung gehören Gespräche mit den Pflegekunden über deren Vorstellungen eines angenehmen und selbständigen Lebens. Es gaben allerdings nur 29,9% der Kunden an, oft über ihre Lebensgestaltung zu sprechen. Von allen Kunden sprachen 36,4% nur selten und sogar 33,8% nie über dieses Thema. Gespräche über Selbständigkeit und die Einrichtung eines angenehmeren Lebens dürfte bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen schwierig sein und auch seine Grenzen haben. Hier Möglichkeiten auszuschöpfen hängt entscheidend vom individuellen Kundenservice, Qualitätsbewußtsein und nicht zuletzt von der Qualifikation der Pflegekraft ab.

Abb. 8: Beschwerden von Patienten



In einer offenen Frage wurden Kunden aufgefordert, frei zu äußern, was sie an ihrem Pflegedienst besonders loben oder kritisieren wollen. Über  $\frac{3}{4}$  der Kunden äußerten sich in der freien Meinungsabfrage sehr positiv über den entsprechenden Pflegedienst. Die Pflegedienste und das Personal wurden als ausgesprochen kompetent, hilfsbereit, freundlich, mitfühlend, sauber und pünktlich bewertet. Knapp  $\frac{1}{4}$  der Kunden, und dies zieht sich über fast alle Dienste hinweg, äußerte Kritik. Diese Kritik bezog sich auf mangelnde Sauberkeit, unfreundliches, wenig kompetentes, unpünktliches oder häufig wechselndes Personal, mangelnde Beratung, hektische Pflege sowie schlechte Erreichbarkeit des Dienstes am Wochenende.

### 5.3 6.3 Stellenwert und Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen

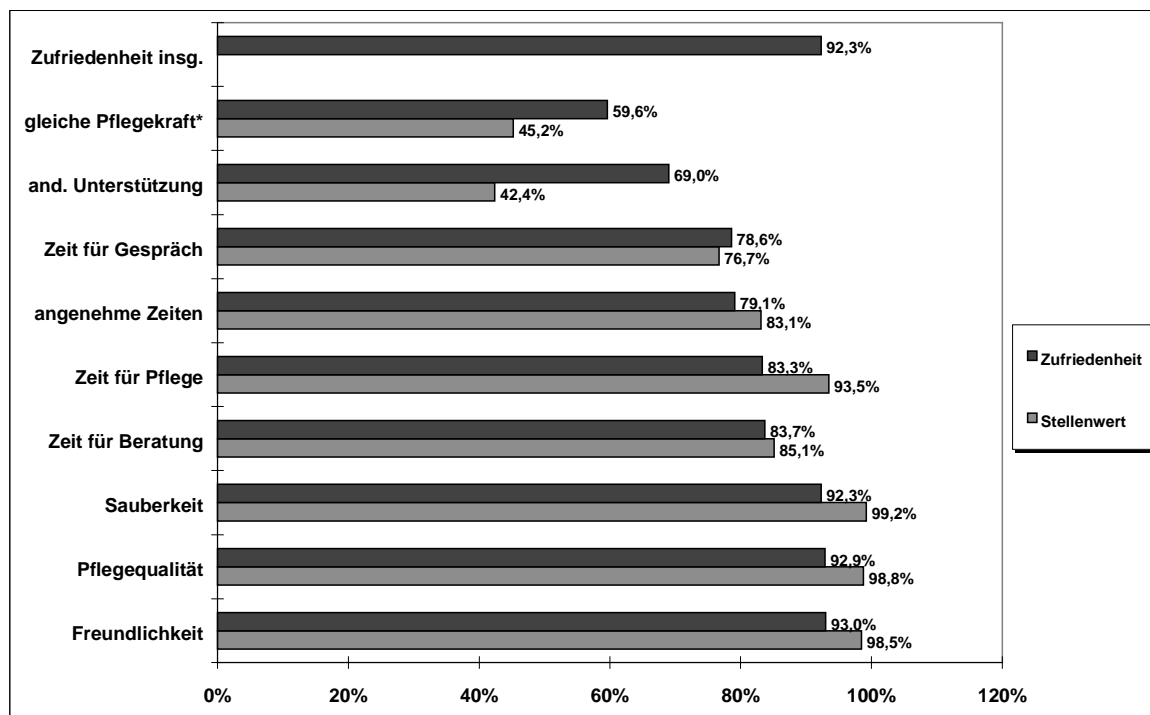
Um die Zufriedenheit der Kunden mit dem individuellen Stellenwert unterschiedlicher Leistungen zu vergleichen, wurden Pflegekunden gefragt, auf welche Leistungen sie in der Pflege besonderen Wert legen und wie zufrieden sie jeweils mit diesen Leistungen sind. Dabei stellte sich, wie in Abbildung 9 zu sehen ist, heraus, daß fast alle Kunden (92,3%) mit dem Pflegedienst insgesamt zufrieden waren. Diesem außerordentlich hohen Grad an Gesamtzufriedenheit stehen allerdings auch fast 8% weniger zufriedene Kunden gegenüber, die Anlaß für entsprechende Anstrengungen zur Steigerung der Kundenzufriedenheit sein müssen.

Eine wichtige Informationsgrundlage für solche Anstrengungen kann durch die Auswertung von Einzelzielen geschaffen werden. Den größten Wert legten die Kunden auf die Qualität der

Pflege sowie auf die Freundlichkeit und Sauberkeit der Pflegekräfte. Den geringsten Stellenwert bei den Kunden besaßen der Einsatz der gleichen Pflegekraft sowie Informationen über andere Unterstützungsmöglichkeiten.

Die Messung der Kundenzufriedenheit zeigte, daß die Pflegequalität sowie die Freundlichkeit und Sauberkeit des Personals die höchste Priorität besitzt. Allerdings liegen bei diesen Indikatoren die Werte für Zufriedenheit leicht unterhalb der Werte für den Stellenwert. Dagegen übersteigen die Werte für die Zufriedenheit der Kunden die Werte für den Stellenwert der Leistungen bei den Indikatoren gleiche Pflegekraft, andere Unterstützungsangebote und Zeit für Gespräche. Im Mittelfeld des Vergleiches von Stellenwert der Leistungen und Zufriedenheit liegen die Kategorien angenehme Zeiten, zu denen die Pflegekraft kommt, sowie die verfügbare Zeit für Pflege und Beratung. Gleichzeitig liegen bei diesen Kategorien die Werte für den Stellenwert der Leistungen über denen der Zufriedenheit (Abb. 9).

**Abb. 9: Leistungen: Stellenwert und Zufriedenheit**

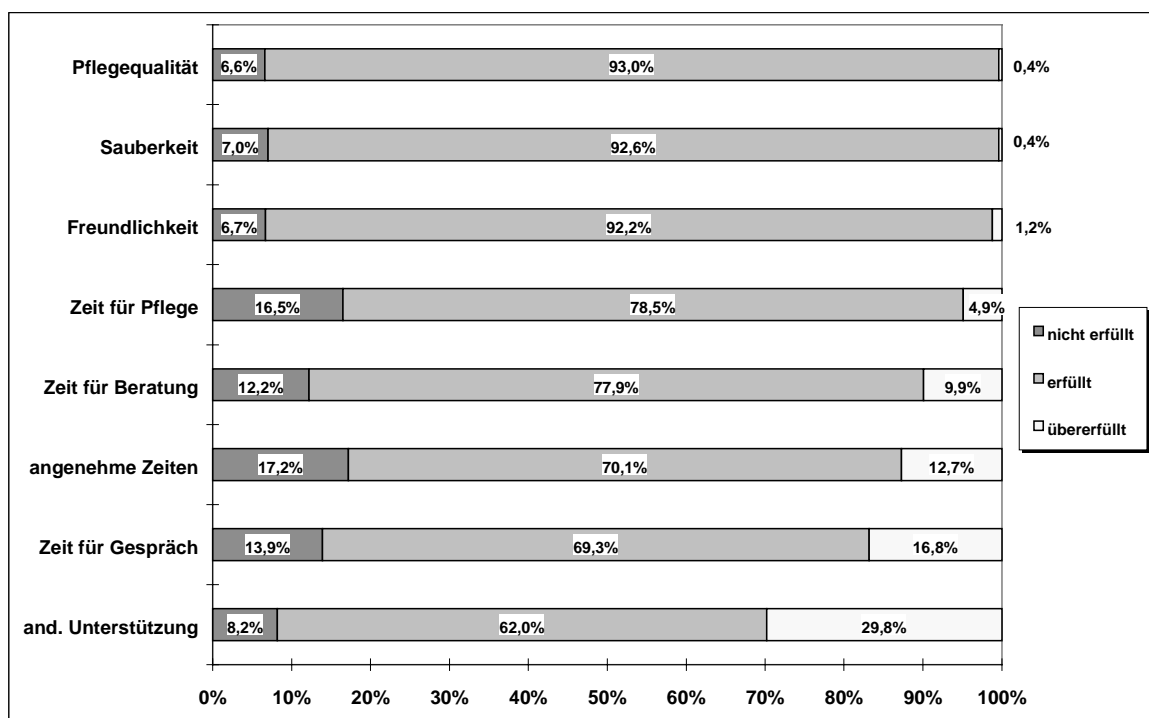


*\*(gemessen wurde der Stellenwert der Kunden darüber, daß immer die gleiche Pflegekraft kommt, und die Zufriedenheit damit, daß die Pflegekraft manchmal wechselt)*

Zusätzlich zu dieser Beschreibung wurde analysiert, in welchem Maße die einzelnen Indikatoren zur Gesamtzufriedenheit beitragen. Die Ergebnisse zeigen, das zwei Drittel der Gesamtzufriedenheit der Pflegekunden allein durch die Pflegequalität sowie die Freundlichkeit des Personals erklärt werden können. Alle anderen Kategorien nehmen einen deutlich untergeordneten Stellenwert für die Gesamtzufriedenheit ein, was gleichwohl nicht bedeuten muß, daß sie unwichtig wären.

Um die Einschätzung der Pflegedienste durch ihre Kunden noch etwas differenzierter zu bewerten, wurde in einer weiteren Berechnung die Leistungszufriedenheit mit dem entsprechenden individuellen Stellenwert verglichen. Dadurch wird sichtbar, inwieweit bestimmte Leistungen den Kundenerwartungen entsprechen bzw. ob diese nicht erfüllt oder gar übererfüllt wurden. War die Zufriedenheit größer als der Stellenwert, so liegt eine Übererfüllung der Erwartung vor, während eine Untererfüllung dann gegeben ist, wenn der Stellenwert größer als die Zufriedenheit war. Decken sich beide Angaben, so wurden die gesteckten Erwartungen genau erfüllt (Abb. 10).

**Abb. 10: Erwartungserfüllung der angebotenen Leistungen**



Wie bereits oben erwähnt, zeigt sich, daß die Pflegequalität, die Freundlichkeit und die Sauberkeit im großen und ganzen den Erwartungen entsprechen. Weniger als 7% der Kunde sahen ihre Erwartungen in diesen Kategorien als nicht erfüllt an. Allerdings wurden die Erwartungen auch kaum übertroffen.

Als besonders interessant erscheint auch die Bewertung der Kunden hinsichtlich der Zeit für Gespräche, die sich die Pflegedienste für sie nehmen. Knapp 17% der Kunden waren mehr als zufrieden mit der für Gespräche verfügbaren Zeit. Bei rund 70% wurden die Erwartungen genau erfüllt und lediglich 14% äußerten sich eher unzufrieden. Auch die Werte für die Zeit für Beratung oder Pflege zeichnen ein ähnliches Bild, wenngleich die Übererfüllung der Erwartungen hier etwas geringer ausfällt.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Kunden mit ihren Pflegediensten sehr zufrieden waren. Dies bestätigt den Eindruck, der bereits durch die hohe Zahl an Kunden, die aufgrund persönlicher Empfehlungen ihren Pflegedienst ausgewählt haben, entstanden ist.

Allerdings kann dies nicht dahingehend interpretiert werden, daß für die Pflegedienste kein Verbesserungsbedarf bestünde. Ein Anteil von insgesamt knapp 8% weniger zufriedener Kunden muß Anlaß für entsprechende Anstrengungen sein, die Kundenbindung zu erhöhen und die Zufriedenheit weiter zu steigern.

## 6 7 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Um eine Einschätzung über die Zufriedenheit und Innovationspotentiale der Mitarbeiter zu bekommen wurde im Februar/März 1997 eine schriftliche Befragung mit den Beschäftigten der Gelsenkirchener Pflegedienste durchgeführt. Die Befragung fand rund ein Jahr nach der Betriebsdatenerhebung und der Kundenbefragung statt (zum Prozeßablauf siehe Kapitel 4.4). Mit den Ergebnissen bestand die Möglichkeit, Verbesserungspotentiale der beteiligten Pflegebetriebe aus Beschäftigtensicht zu erkennen und diese für eine effektivere und für Beschäftigte positivere Gestaltung der Arbeitsprozesse zu nutzen. Weiterhin konnten die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung dokumentieren, wie die letzten Qualifizierungsmodule innerhalb des Pilotprojektes noch einmal deutlich auf die Bedarfe der Beschäftigten abgestimmt werden konnten. So stellte sich z. B. in Diskussionen heraus, daß im Bereich des Zeit- und Konfliktmanagements noch ein großes Interesse für Qualifizierungsmodule bestand.

Im Rahmen des Modellprojektes sollte mit der Mitarbeiterbefragung ein Beitrag geleistet werden, die Innovationspotentiale der Mitarbeiter zu erkennen, um sie umfassend in das Qualitätsmanagement der Pflegedienste einzubinden. Weiterhin wurde den Pflegediensten - wie bei der Betriebsdatenerhebung und der Kundenbefragung - eine Einzelauswertung der eigenen Daten im Vergleich zu den allgemeinen Durchschnittsdaten aller Dienste an die Hand gegeben. Damit bestand die Möglichkeit, ein Benchmarking im Bereich der Mitarbeiterorientierung aufzubauen (siehe auch Kapitel 12).

### 6.1 7.1 Rahmendaten

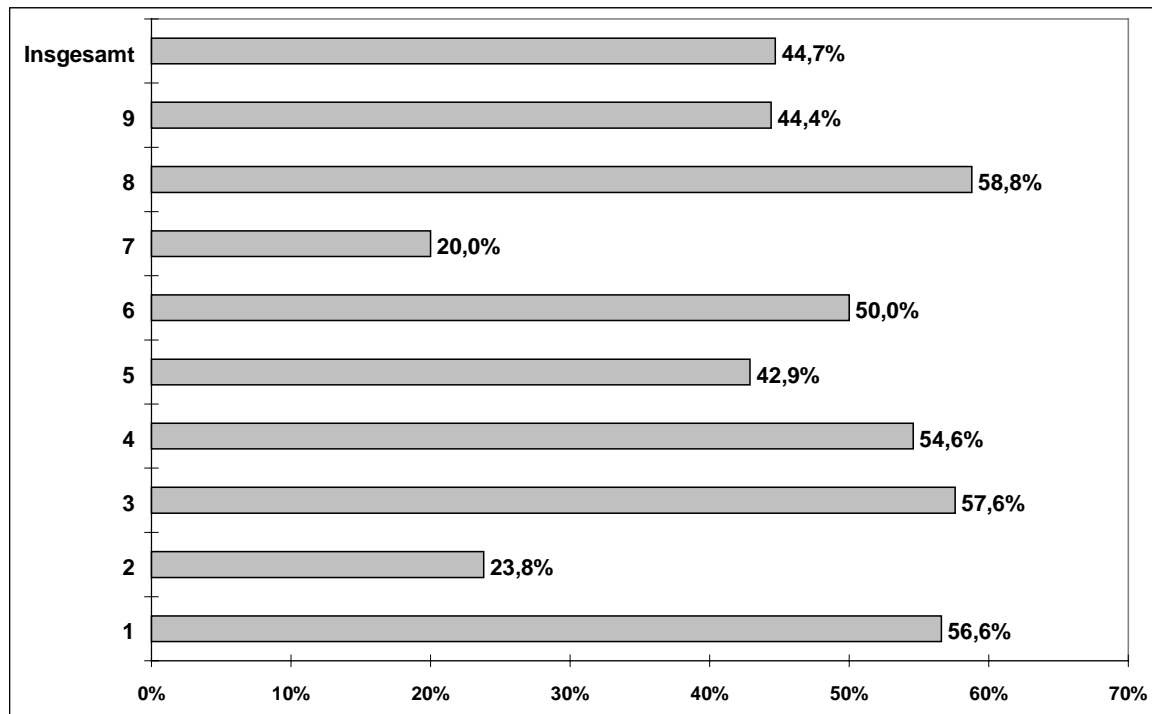
Wie in der Kundenbefragung haben neun von zehn der im Projekt beteiligten Dienste an der Befragung teilgenommen. (Abb. 1)<sup>5</sup>. Von den 272 Beschäftigten, die angeschrieben wurden, schickten 119 Mitarbeiter einen ausgefüllten Fragebogen zurück, so daß eine zufriedenstellende Rücklaufquote von 44,7% erreicht wurde. Die Rücklaufquote variierte bei den einzelnen Diensten jedoch zwischen 20% und 58,8%

Der überwiegende Teil der zurückgesendeten Fragebögen wurde von Vollzeitkräften ausgefüllt. So arbeiteten ca. 2/3 (63,9%) der Beschäftigten, die geantwortet haben, als Vollzeitkräfte; über 1/3 (36,1%) war als Teilzeitkräfte oder als Aushilfen/geringfügig Beschäftigte tätig. Diese Werte entsprechen nur zum Teil dem Zahlenverhältnis in der vor einem Jahr durchgeführten Betriebsdatenerhebung. In dieser Erhebung waren 43,1% der Beschäftigten als Vollzeitkräfte und 56,6% der Beschäftigten als Teilzeitkräfte/geringfügig Beschäftigte in den beteiligten Betrieben tätig. Setzt man diese Werte in Bezug, waren die Vollzeitbeschäftigten stärker motiviert, einen Fragebogen auszufüllen, als teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter.

---

<sup>5</sup> Die Codierung der Dienste von 1- 9 benutzte das IAT für die Auswertung der einzelnen Dienste und sie hat in dieser Darstellung keine weitere Bedeutung.

**Abb. 1: Rücklaufquote nach Pflegediensten**



Aufgeschlüsselt nach der Stellung im Pflegedienst wird das Profil der Beschäftigten, die sich an der Befragung beteiligt haben, noch deutlicher. So antworteten von allen Befragten rund 2/3 (56,3%) examinierte Pflegekräfte und ca. 1/4 (26,8%) angelernte Pflege- oder Hauswirtschaftskräfte. 16,7% waren Auszubildende, Praktikanten/Schüler, Verwaltungskräfte und Sonstige (z.B. Fahrer oder Hausmeister).

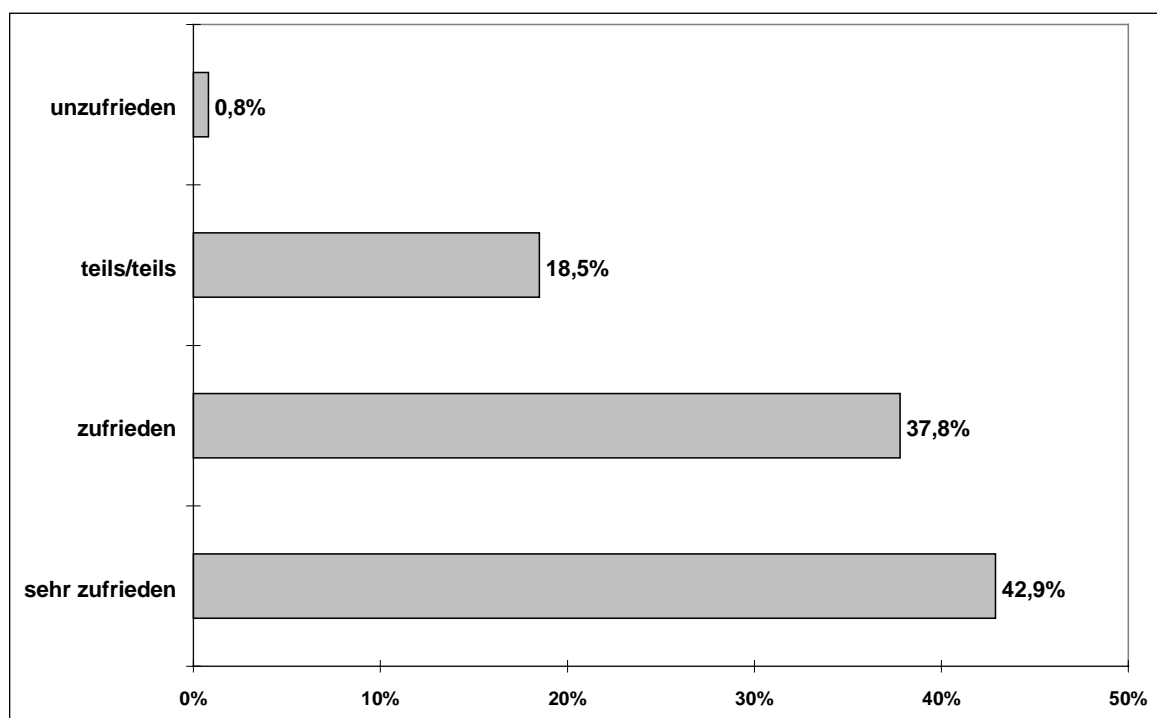
Bei diesen Zahlen zeigt sich ein ähnliches Bild wie in der Betriebsdatenerhebung. Danach waren 56% als examinierte Pflegekräfte beschäftigt, 23% als angelernte Pflege- oder Hauswirtschaftskräfte sowie 21% als Auszubildende, Praktikanten, Verwaltungskräfte und Sonstige tätig. Setzt man nun die Position im Dienst und die Anzahl der dort verbrachten Stunden in ein Verhältnis, so läßt sich eindeutig feststellen, daß Beschäftigte, die als examinierte Altenpfleger(in) oder Krankenschwester(pfleger) sowie als Vollzeitkraft im Dienst arbeiten, eher bereit sind, sich an der Befragung zu beteiligen, als wenn sie in Teilzeit und als nicht examinierte Kraft beschäftigt sind.



## 6.2 7.2 Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz

Die Qualität eines Pflegedienstes hängt auch von der Zufriedenheit seiner Beschäftigten ab. Sind Pflegende (dauerhaft) unzufrieden mit ihrem Arbeitsplatz, schlägt sich dies unmittelbar in der Leistungskraft, der Motivation und dem Interesse für den Betrieb nieder. In einer Frage zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Arbeit waren 4/5 der Befragten (80,7%) zufrieden bis sehr zufrieden. Obwohl dies ein sehr gutes Ergebnis für die Dienste darstellt, waren auch knapp 1/5 der Befragten (19,3%) nur teilweise zufrieden oder unzufrieden (Abb.2).

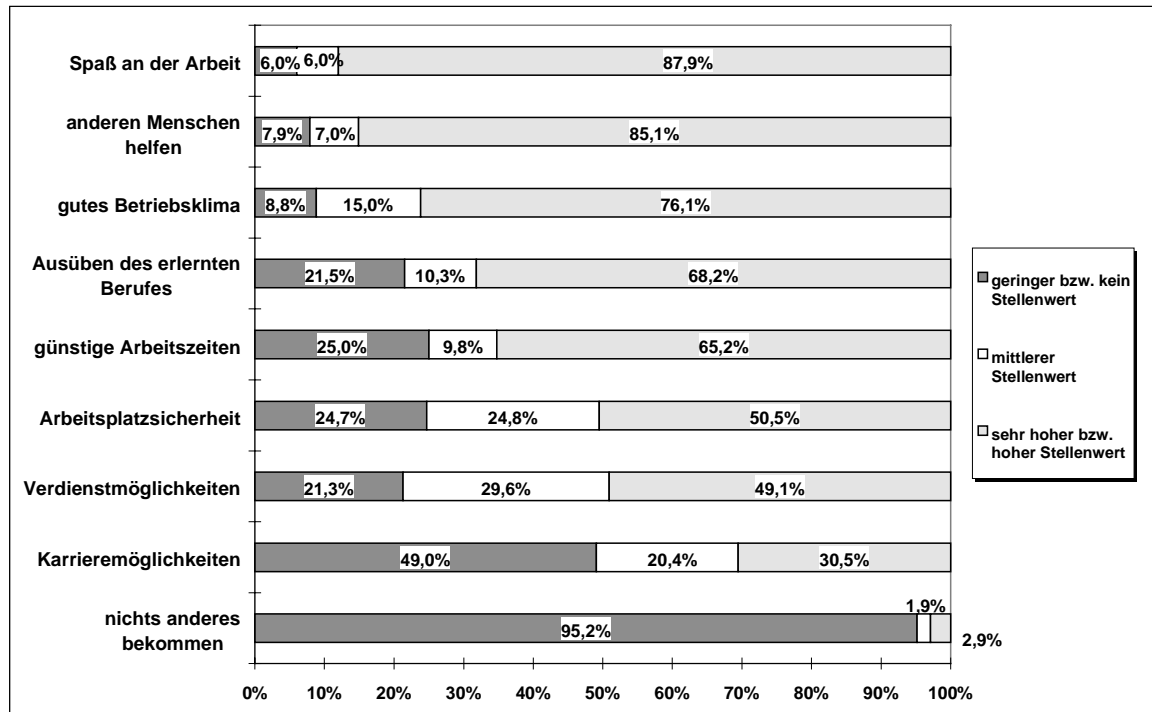
**Abb.2: Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz**



## 6.3 7.3 Erwartungen an den Arbeitsplatz

Um genauer zu untersuchen, wodurch Zufriedenheit- oder Unzufriedenheit verursacht sind, wurden Mitarbeiter gefragt, welche Erwartungen sie an die jetzige Stellung im Pflegedienst hatten. Bei den Fragen zur Erwartungshaltung einer Pflegekraft an ihren Arbeitsplatz zeigte sich, daß Pflegekräfte in einem hohen Maße dadurch motiviert waren, anderen Menschen helfen zu wollen. Mit über 85,1% waren dies zusammen mit Spaß an der Arbeit (87,9%) die am häufigsten genannten Gründe, warum Pflegekräfte ihre Stellung im Pflegedienst annahmen (Abb. 3).

**Abb. 3: Stellenwert unterschiedlicher Faktoren der Arbeit im Pflegedienst**



Einen hohen Stellenwert in der Erwartung hatte auch ein gutes Betriebsklima, auf das über 3/4 (76,1%) der Beschäftigten hofften.

Die Erwartung, den erlernten Berufes ausüben zu können, erfolgte erst an vierter Stelle aller gesetzten Erwartungen. Über 1/5 (21,5%) der Mitarbeiter erwarteten erst gar nicht, daß sie ihren erlernten Beruf im Pflegedienst ausüben können. Eine Erklärung dafür könnte darin liegen, daß sich das Profil der Mitarbeiter, die sich an der Befragung beteiligt haben, zu rund 43% aus nicht examinieren Beschäftigten zusammensetzte, die - obwohl im Pflegedienst tätig - einen anderen oder keinen Beruf erlernt haben.

2/3 (65,2%) der Mitarbeiter erwarteten in dem Pflegedienst günstige Arbeitszeiten. Da allein 1/3 der Mitarbeiter, die den Fragebogen beantwortet haben, als Teilzeitkraft oder Aushilfe/geringfügig Beschäftigte arbeitete, ist zu vermuten, daß unter günstige Arbeitszeiten nicht nur variable Arbeitszeiten (z.B. orientiert an den Öffnungszeiten von Kindergärten und Schulen), sondern auch generell Teilzeitbeschäftigungen verstanden wurde.

Arbeitsplatzsicherheit wurde nur von der Hälfte (50,5%) der Mitarbeiter voll erwartet. Fast 1/4 der Beschäftigten (24,7%) ging davon aus, keine Arbeitsplatzsicherheit zu haben. Diese Einstellung kann mit den verschärften Wettbewerbsbedingungen und geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen für ambulante Pflegedienste zusammenhängen, in denen Arbeitsplätze in der Pflege nicht mehr so sicher sind, wie es noch vor wenigen Jahren der Fall war. So formulierte eine Beschäftigte auf eine offene Frage, daß „seit der Gesundheitsreform die Arbeitsplätze nicht mehr so sicher sind“.

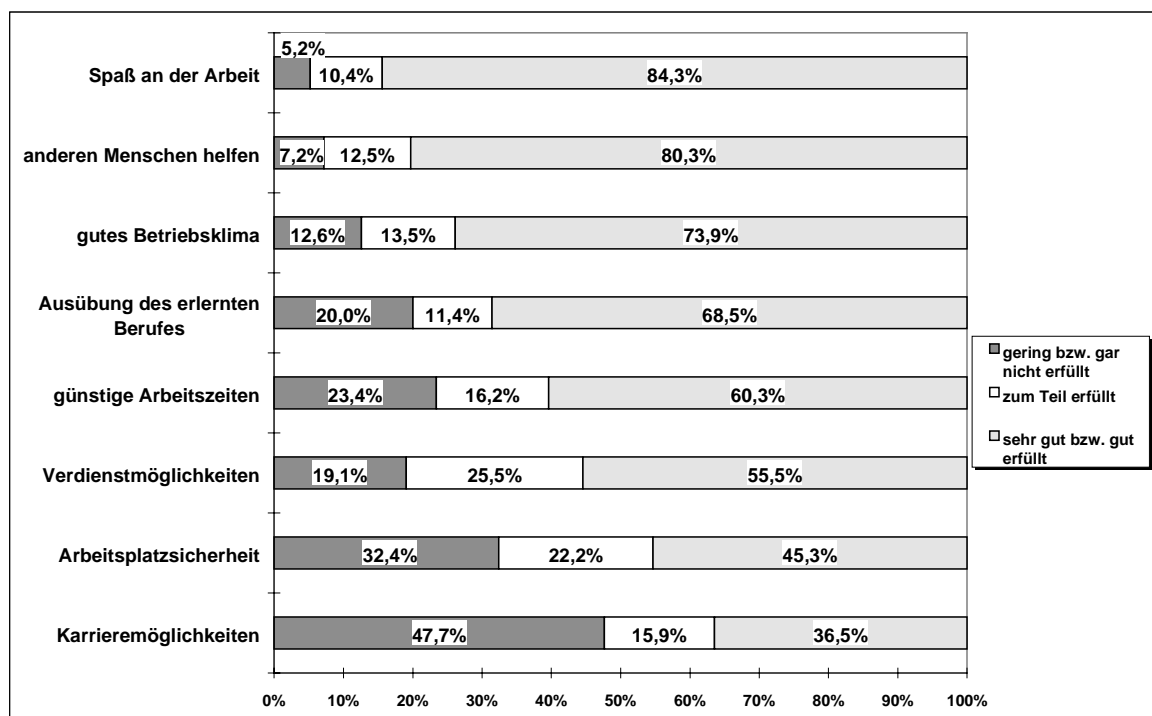
Obwohl die Erwartung an die Arbeitsplatzsicherheit bei einem Großteil der Beschäftigten also nicht besonders hoch war, verneinten wiederum auch so gut wie alle Beschäftigten (95%) die Frage, ob sie die Stellung deshalb angenommen haben, weil sie keinen anderen Arbeitsplatz bekommen hätten.

Gute Verdienst- und Karrieremöglichkeiten wurden von den Beschäftigten in diesem Berufsfeld nur von 30% bzw. 49% der Mitarbeiter voll erwartet. Dies liegt sicherlich v. a. daran, daß in klassischen Frauenberufen wie der Pflege die Durchschnittsgehälter nicht besonders hoch sind. Weiterhin können (besser bezahlte) Führungspositionen wie die der Pflegedienstleitung nur von ein bis zwei Personen mit der entsprechenden Fachbildung besetzt werden. Alleine aus diesen strukturellen Gründen ist daher ein beruflicher Aufstieg in einem Pflegedienst kaum möglich.

#### 6.4 7.4 Erfüllung der Erwartung an den Arbeitsplatz

Eine wichtige Information für Pflegedienste ist, wie die oben genannten Erwartungen an den neuen Arbeitsplatz für die Mitarbeiter in Erfüllung gegangen sind. Die Ergebnisse fallen für die Pflegedienste eher positiv aus. So stellte sich heraus, daß die gesteckten Erwartungen zum Großteil erfüllt wurden (Abb. 4).

**Abb. 4: Erwartungserfüllung an Arbeit im Pflegedienst**



Dies betrifft mit 80% bzw. 84% besonders den Spaß an der Arbeit und das Anliegen, anderen Menschen helfen zu können. In diese beiden Faktoren sind vorab auch schon die größten Erwartungen der Mitarbeiter gesteckt worden. Die Erwartungen an ein gutes Betriebsklima

wurden für fast 3/4 (73,9%) der Mitarbeiter erfüllt, für rund 12% wurden sie allerdings nicht erfüllt.

Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten sind, wie schon erläutert, allein aus strukturellen Gründen in einem Pflegedienst für die meisten Beschäftigten kaum gegeben. Hieran wurden vorab auch keine großen Erwartungen gestellt. Die Erwartungen an Karrieremöglichkeiten sind nur für gut 1/3 (36,5%) der Mitarbeiter erfüllt, für fast die Hälfte (47,7%) der Mitarbeiter sind die Erwartungen überhaupt nicht erfüllt worden.

Auch die Erwartungen an die Sicherheit des Arbeitsplatzes sind bei über einem Drittel (32,4%) der Mitarbeiter nicht erfüllt worden; nur bei knapp der Hälfte (45,3%) der Mitarbeiter wurden sie erfüllt. Auch hieran waren die Erwartungen der Mitarbeiter vorab nicht besonders hoch gewesen. Diese Ergebnisse bestätigten auch noch einmal die Bewertungen der Beschäftigten in einer allgemeinen Einschätzung zur Arbeitsplatzsicherheit (Abb.9). Dort gaben rund 13% der Mitarbeiter an, daß sie die Arbeitsplatzsicherheit als schlecht bewerten.

Um die Erwartungserfüllung der jetzigen Stellung im Pflegedienst noch etwas differenzierter zu bewerten, wurde in einer weiteren Berechnung die Erwartungen der Mitarbeiter der Zufriedenheit gegenübergestellt. Dadurch wird sichtbar, wo bestimmte Faktoren den Erwartungen entsprechen, bzw. diese nicht erfüllt oder gar übererfüllt wurden. War die Zufriedenheit größer als die Erwartung, so liegt eine Übererfüllung der Erwartung vor, während eine Untererfüllung dann vorliegt, wenn die Erwartung größer als die Zufriedenheit war. Decken sich die beiden Angaben, so wurden die gesteckten Erwartungen genau erfüllt (Abb. 5).

**Abb. 5: Vergleich von Stellenwert und Erwartungserfüllung**

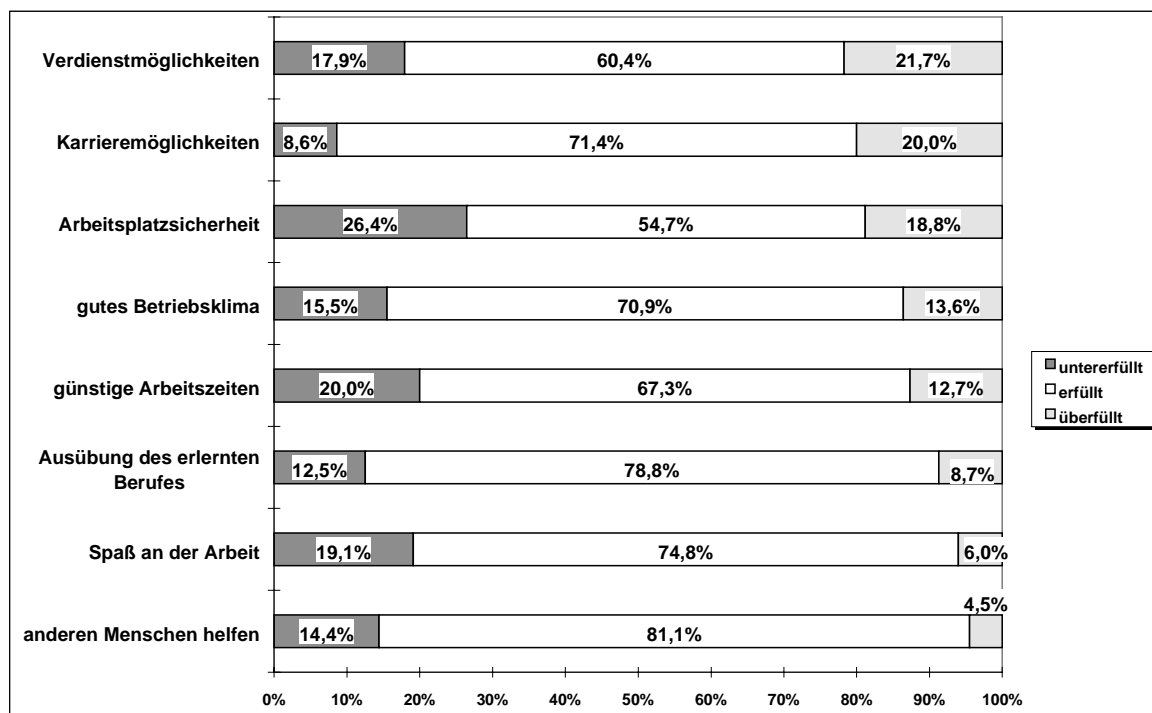


Abb. 5 verdeutlicht, daß die Faktoren, anderen Menschen helfen zu können, und die Ausübung des erlernten Berufes für Mitarbeiter noch am häufigsten erfüllt wurden. Hieran wurden von Beschäftigten vorab auch mit die größten Erwartungen gestellt. Auffällig ist auch, daß die Erwartungen an Karrieremöglichkeiten von fast 3/4 (71,4%) der Mitarbeiter erfüllt worden sind.

Allerdings sind beim Spaß an der Arbeit für fast 1/5 (19,1%) der Mitarbeiter die Erwartungen nicht erfüllt worden. Das gute Betriebsklima, das in der Erwartungshaltung einen hohen Stellenwert einnahm, wurde bei 15,5% der Mitarbeiter untererfüllt. Ein ähnlich großer Anteil (13,6%) sah das Betriebsklima wiederum als übererfüllt an. Dies kann ein Beleg dafür sein, daß das Betriebsklima in den einzelnen Diensten sehr stark variierte.

In Bezug auf Karriere, Verdienstmöglichkeiten sowie Arbeitsplatzsicherheit wurden die Erwartungen von rund 20% der Beschäftigten sogar übererfüllt. Danach hatte eine Minderheit der Mitarbeiter ein sehr sicheres Arbeitsplatzgefühl, eine besonders gute berufliche Förderung und eine sehr gute Bezahlung.

Die Erwartungen an günstige Arbeitszeiten sahen 2/3 der Mitarbeiter (67,3%) als erfüllt an; für 20% der Beschäftigten waren sie allerdings untererfüllt, und stellten damit einen relativ großen Anteil von nicht erfüllten Erwartungen dar. Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Erwartungen der Mitarbeiter und die Erfüllung der Erwartung begrenzt positiv ausfielen. Die Bereiche, in die vorab die meisten Erwartungen gesteckt wurden, sind für rund 3/4 der Mitarbeiter auch erfüllt worden. Allerdings gab es in der Hälfte der aufgeführten Faktoren jeweils rund 1/5 der Mitarbeiter, deren Erwartungen untererfüllt wurden.

## **6.5      7.5      Anforderungsprofil in der ambulanten Pflege**

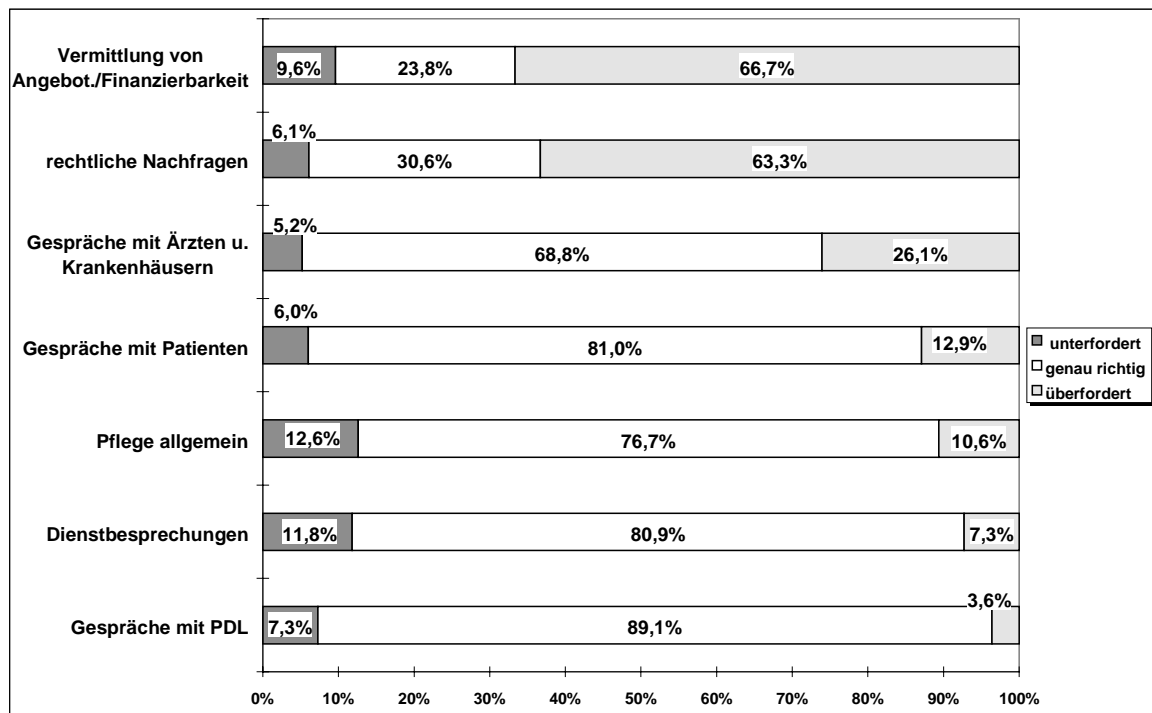
In verschiedenen pflegerischen Bereichen lassen sich fachliche und persönliche Schwerpunkte identifizieren, mit denen ambulant Pflegende täglich konfrontiert sind. Hierbei handelt es sich nicht nur um typische Anforderungen an die Pflege, sondern auch um Tätigkeiten, die weit über die rein pflegerischen Aufgaben hinausgehen. Das Aufgabenprofil von Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste kann z.B. auch die Vermittlung von neuen Angeboten oder die rechtliche und finanzielle Beratung der Kunden umfassen.

In einer Frage nach den persönlichen und fachlichen Anforderungen stellte sich heraus, daß Mitarbeiter gerade in diesen Feldern überproportional belastet sind. So gaben rund 2/3 (63,3%) der Befragten an, daß sie sich bei rechtlichen Nachfragen der Patienten sowie der Vermittlung von neuen Angeboten und der Klärung der Finanzierbarkeit (66,7%) überfordert fühlen (Abb. 6). Verschiedene Beschäftigte meinten hierzu, daß

*„sie mangelnde Informationen über rechtliche Fragen und die Finanzierbarkeit haben und weiterhin das Gefühl haben, nicht ernst genommen zu werden“,*

*“mehr fachliche und organisatorische Kenntnisse wünschen.“*

**Abb. 6: Persönliche und fachliche Anforderungen**



Über 1/4 (26,1%) der Beschäftigten gaben auch an, in Gesprächen mit Ärzten und Krankenhäusern Probleme zu haben. Für Pflegedienste ist das Wissen um diese Einschätzung ihrer Mitarbeiter besonders wichtig, da diese Berufsgruppen zu den wichtigsten Kooperationspartnern der Pflegedienste zählen. Für den einzelnen Pflegedienst können Kommunikationsprobleme in diesen Bereichen bedeuten, daß Absprachen zur Pflege nicht ausreichen, Kundenbedarfe nicht voll erkannt werden sowie Angebote des Pflegedienstes oder anderer Kooperationspartner nicht fachgerecht weitergegeben werden können.

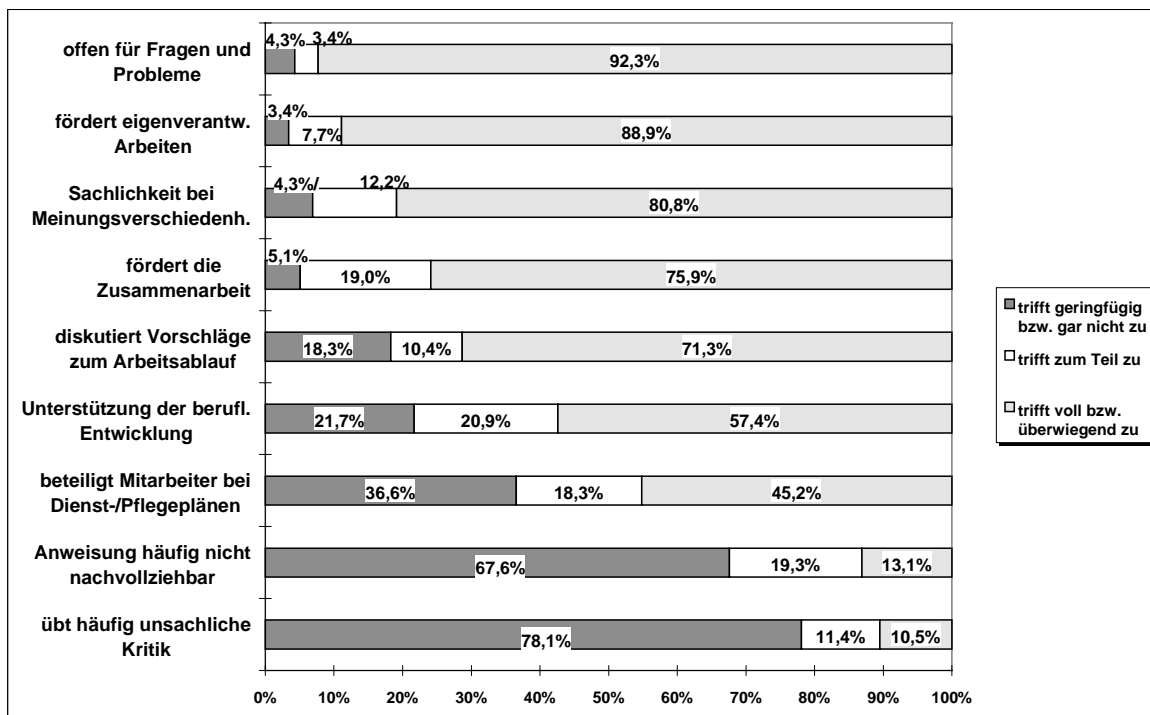
Aufgabenschwerpunkte, die wiederum aus dem klassischen Pflegeumfeld kommen, wie die allgemeine Pflege, Gespräche mit Patienten, Dienstbesprechungen und Gespräche mit der Pflegedienstleitung, stellten für einen Großteil der Mitarbeiter keine größeren Probleme dar. Eine überwiegende Mehrheit (76% - 89%) fühlte sich diesem Anforderungsprofil gut gewachsen. Allerdings gaben auch rund 12% der Mitarbeiter in der allgemeinen Pflege und Dienstbesprechungen Unterforderung an. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß ein Teil der Mitarbeiter bereit und in der Lage ist, die Verantwortung und den Handlungsspielraum in diesen Feldern deutlich zu erweitern.

## 6.6 7.6 Einschätzung der Leitung

In ambulanten Pflegediensten fällt der Leitung eines Pflegedienstes eine Sonderstellung zu. Bei der (Pflege-)dienstleitung laufen alle Informationen zusammen. Sie erstellt den Dienstplan und ist auch für die Mitarbeiterführung im Dienst verantwortlich. So liegt es auch in ihrer Hand, wieviel Verantwortung Mitarbeiter in der täglichen Arbeit übernehmen (können).

Die Möglichkeit, in einem ambulanten Pflegedienst eigenverantwortlich arbeiten zu können, scheint nach der Bewertung der Beschäftigten gut durch die Pflegedienstleitung unterstützt zu werden. So waren die Mehrheit der Beschäftigten (88,9%) zufrieden mit der Förderung des eigenverantwortlichen Arbeitens (Abb. 7).

**Abb. 7: Bewertung der Leitung**



Auch mit den Faktoren Sachlichkeit bei Meinungsverschiedenheiten und Offenheit bei Fragen und Problemen gaben 80% bis 90% der Beschäftigten an, mit der Leitung zufrieden zu sein. Bei diesen Eigenschaften handelt es sich schwerpunktmäßig um Führungsqualitäten, die im zwischenmenschlichen und kommunikativen Bereich liegen. Hier fühlt sich ein überwiegender Teil der Mitarbeiter offensichtlich gut aufgehoben. Hierzu schreibt eine Beschäftigte:

*„Die Organisation des Pflegedienstes ist ständig im Wandel und wird den aktuellen Erfordernissen angepasst. In Einzelgesprächen mit der Leitung besteht die Möglichkeit, diesen Wandlungsprozeß aufzuarbeiten.“*

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter verringert sich jedoch, wenn es um konkrete organisatorische und inhaltliche Mitgestaltungsmöglichkeiten im Betriebsablauf geht. So konnten sich an der Organisation der Dienst- und Pflegepläne nur knapp die Hälfte der Beschäftigten (45,2%) voll beteiligen. Über 1/3 (36,6%) der Beschäftigten wurden überhaupt nicht in die Organisation der Pläne einbezogen. Auch mit der Auseinandersetzung der Leitung mit Vorschlägen zu Arbeitsabläufen waren fast 1/5 (18,3%) der Mitarbeiter nicht zufrieden. Für rund 32% der Mitarbeiter waren Anweisungen der Leitung nur zum Teil oder gar nicht nachvollziehbar. Diese Einschätzungen der Mitarbeiter belegen eine gesetzte Trennlinie der Leitung zwischen allgemeinen, kommunikativen sowie organisatorischen Arbeitszusammenhängen. Je stärker die konkreten Arbeitsprozesse vom kommunikativen Bereich in die organisatorische Planung übergehen, desto weniger haben Mitarbeiter die Möglichkeit der Mitgestaltung.

Auch mit der Unterstützung der beruflichen Entwicklung war ein Teil der Beschäftigten nicht zufrieden. So fühlen sich zwar über die Hälfte (57,4%) aller Mitarbeiter in ihrer beruflichen Entwicklung gut unterstützt; rund 42% der Mitarbeiter fühlten sich jedoch nur zum Teil oder überhaupt nicht unterstützt. Die mangelnde Unterstützung bezieht sich vermutlich insbesondere auf angelernte Pflegekräfte, da diese traditionell in allen Branchen bei Fortbildungen weniger berücksichtigt werden. So wünschte auch eine Beschäftigte in der Befragung, daß

*„auch angelernte Kräfte an Weiterbildungsmöglichkeiten teilnehmen können“.*

Eine Mitarbeiterin war allerdings auch der Meinung, *„wer Interesse zeigt, wird auch gefördert“.*

Die letzte Aussage zeigt, daß die berufliche Förderung der Beschäftigten auch vom individuellen Verhalten der Inhaber geprägt ist. Die mangelnde Unterstützung der beruflichen Entwicklung hängt, wie schon weiter oben erläutert, sicherlich auch mit der stark arbeitsteiligen Struktur in einem Pflegedienst zusammen. Da nur die Möglichkeit für ein bis zwei Personen besteht, die Pflegedienstleitung innezuhaben, bleibt allen anderen Mitarbeitern ein beruflicher Aufstieg versperrt. Funktionen wie Gruppenleiterin oder Qualitätssicherheitsbeauftragte u. ä. sind in den meisten Pflegediensten nicht vorhanden.

Insgesamt gesehen überwog jedoch in der Einschätzung der Mitarbeiter eine eher positive Beurteilung der Leitung. Dies bestätigte auch eine abschließende allgemeine Bewertung, in der über 85% der Mitarbeiter ein gutes Verhältnis zur Pflegeleitung angaben (Abb. 9).

## **6.7 7.7 Bewertung der internen Organisation**

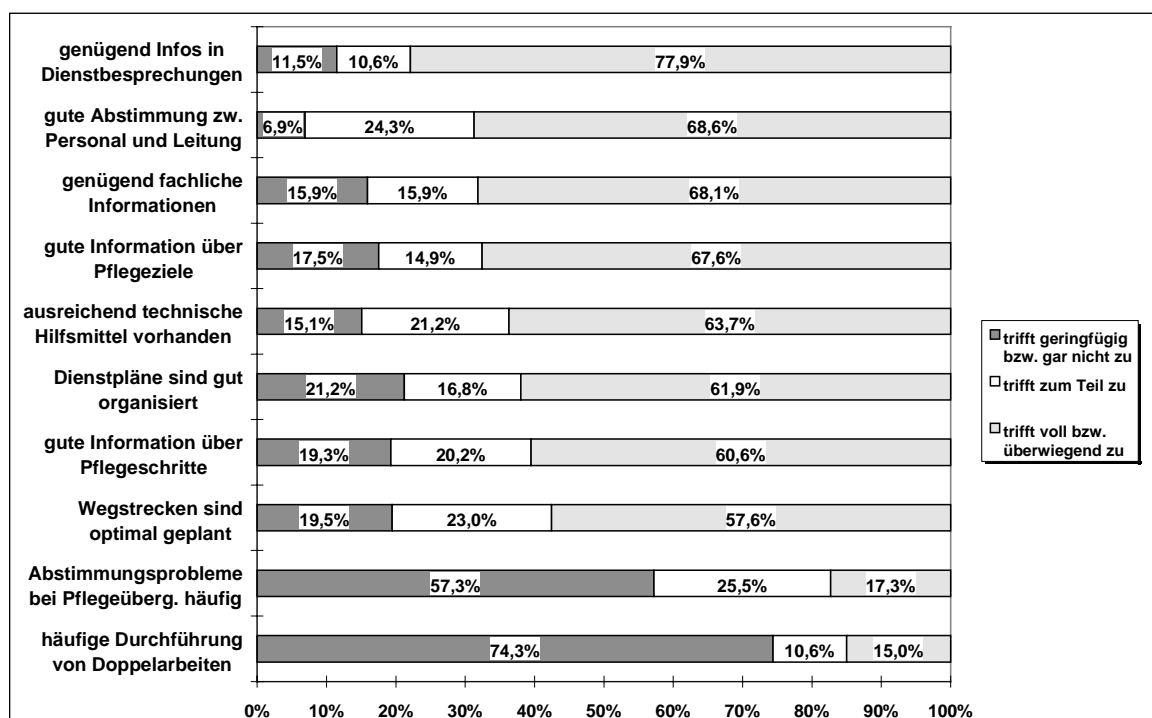
Ein Ziel der Mitarbeiterbefragung war, die Organisationsabläufe des Pflegebetriebes von Beschäftigten bewerten zu lassen. Weiterhin sollten die konkreten Mitgestaltungsmöglichkeiten und die Zufriedenheit mit der Einbindung in Betriebsabläufe eingeschätzt werden. Damit besteht für Betriebe die Möglichkeit, Stärken und Schwächen von Arbeitsprozessen aus Mitarbeitersicht zu erkennen. Das Mitarbeiterwissen um Schwachstellen im Betriebsablauf kann als wichtige Ressource für die Effizienz und Qualität der Pflegedienste genutzt werden.





Mehrheitlich wurden die internen Organisationsabläufe als gut bewertet. (Abb. 8). Insbesondere waren über 3/4 (77,9%) der Beschäftigten mit den Informationen in Dienstbesprechungen zufrieden. Dies ist, wie weiter oben schon aufgeführt, nicht ganz nachvollziehbar, da doch eine große Anzahl von Problemen, wie z.B. die Zusammenarbeit mit Ärzten, in Dienstbesprechungen offensichtlich nicht genügend geklärt werden konnten. Mitunter könnte dies ein deutlicher Hinweis darauf sein, daß Dienstbesprechungen nach einem bestimmten festgelegten Muster ablaufen, die weder von der Leitung, noch von den Beschäftigten angezweifelt werden.

**Abb. 8: Bewertung der internen Organisation**



Trotz dieser eingeschränkten Zufriedenheit kritisierte ein relativ großer Anteil der Beschäftigten verschiedene interne Prozeßabläufe. So bewerteten Mitarbeiter folgende Arbeitsprozesse schlecht oder teilweise schlecht: die häufige Durchführung von Doppelarbeiten (rund 25%), die Abstimmung bei der Pflegeübergabe (rund 42%) und die geplanten Wegestrecken (rund 42%).

Weiterhin unzufrieden war fast 1/5 der Mitarbeiter mit der Information über Pflegeschritte (19,3%) und der Organisation der Dienstpläne (21,2%). Dies belegen auch die folgenden Aussagen der Beschäftigten, die meinten, daß es

*„mangelnde Informationen über das Krankbild der Patienten gibt. Die Pflegedokumentation müßte verbessert werden.“*

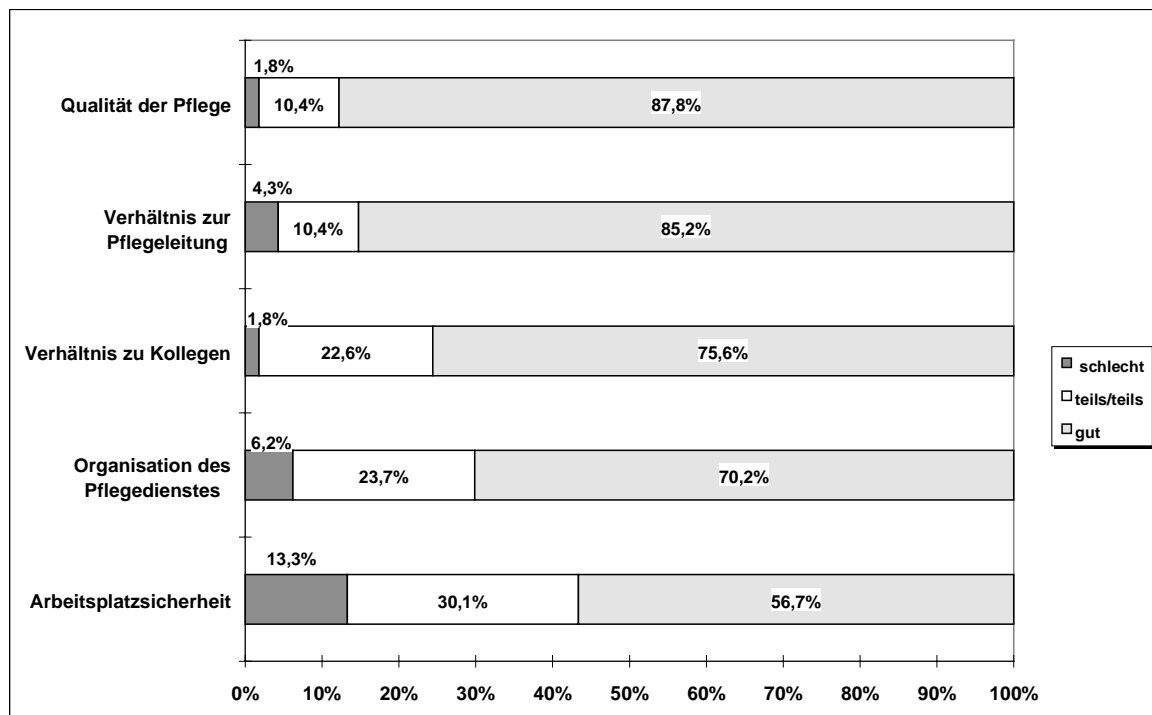
*„Dienstbesprechungen finden nur einmal wöchentlich statt, und es sind nicht alle Mitarbeiter anwesend.“*

„Die Wegstreckenplanung ist nicht gut organisiert, so daß unnötige Fahrzeiten entstehen. Das Problem wurde angesprochen und bessere Koordination wird in Angriff genommen.“

In den genannten Bereichen - häufige Durchführung von Doppelarbeiten, häufige Abstimmungsprobleme bei der Pflegeübergabe und nicht optimal geplante Wegstrecken - befindet sich nach der Mitarbeiterbewertung ein hohes betriebliches Produktivitätspotential, das noch lange nicht ausgeschöpft ist. Bei Pflegekräften scheint ein Interesse an der Mitgestaltung dieser Arbeitsabläufe zu bestehen, auch um die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz zu erhöhen. So stellte sich an anderer Stelle noch heraus, daß insbesondere die Verrichtung von Doppelarbeiten, mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten sowie die Arbeitsplatzsicherheit Auswirkungen auf den Grad der Arbeitszufriedenheit haben.

Trotz der relativen Unzufriedenheit von Mitarbeitern in Teilbereichen des Organisationsablaufs wird die interne Organisation der Pflegedienste überwiegend begrenzt positiv bewertet. Dies bestätigen auch die Aussagen einer abschließenden Frage, in der die Organisation von über 70% der Mitarbeiter positiv eingeschätzt wurde (Abb. 9).

**Abb. 9: Allgemeine Bewertung des Pflegedienstes**



In einem anderen Fragenkomplex wurden Beschäftigte noch zu ihrem Verhältnis zu Kollegen und der Qualität der Pflege befragt (Abb.9). Die Qualität der Pflege bewertete die Mehrheit der Pflegekräfte (87,8%) als gut. Weiterhin gaben 3/4 (75,6%) der Beschäftigten ein gutes Verhältnis zu ihren Kollegen an. Diese beiden eher positiven Bewertungen für bedeutende Merkmale des Arbeitsplatzes stimmen mit den insgesamt begrenzt positiven Bewertungen der Beschäftigten in der Mitarbeiterbefragung gut überein.

## 7 8 Curricula der Qualifizierungsmaßnahmen

Die Qualifizierungsinhalte wurden in enger Zusammenarbeit mit Inhabern und Mitarbeitern der beteiligten Pflegedienste über die gesamte Projektlaufzeit kooperativ entwickelt und durchgeführt. Grundlage hierfür waren die Erkenntnisse aus der Betriebsdatenerhebung und der Kunden- und Mitarbeiterbefragung. Die Qualifizierungsinhalte wurden deshalb bewußt nicht in einem starren Curriculaprogramm festgelegt, sondern sukzessive in Arbeitsgruppen auf der Basis der empirischen Ergebnisse nach den Bedarfen der Beschäftigten fortentwickelt (siehe auch Kapitel 4.3).

Durch diese zwar aufwendige, aber konsequent prozeßorientierte Vorgehensweise konnten die Qualifizierungsbedarfe der Teilnehmer sukzessive entwickelt, revidiert und an Änderungen der Rahmenbedingungen permanent angepaßt werden. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt generell darin, daß kostenträchtige Fortbildungen für Beschäftigte den Betrieben reelleren Nutzen bringen und die Teilnehmer motivierter bleiben, das neu erworbene Wissen in die Betriebe einfließen zu lassen. In diesem Sinne können Mitarbeiterfortbildungen als langfristige Qualitätsmanagementinstrumente eingesetzt werden, die nicht nur dazu beitragen, die Kosten fehlgeplanter Fortbildungen zu vermeiden, sondern auch umsetzungsorientiertes Wissen zu erwerben.

Im folgenden werden die Qualifizierungsinhalte, die während des Pilotprojektes durchgeführt wurden, in chronologischer Folge aufgelistet. Kontext und die Ziele der Seminare sind hier nur schlagwortartig dargestellt.

### 7.1 8.1 Titel: Kostenträgerstrukturen I

#### *Kontext*

Während des Aufbaus der Qualifizierungsinhalte kristallisierte sich heraus, daß vielen Pflegediensten die vielfältigen Abrechnungsverfahren mit den Kostenträgern nicht durchgängig transparent waren. Die Betriebsdatenerhebung zeigte dabei erhebliche Differenzen zwischen den Diensten bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Kostenträger. Beschäftigte wurden von verunsicherten Kunden auf die möglichen Konsequenzen von gesetzlichen Änderungen angesprochen und konnten häufig keine befriedigenden Auskünfte geben. Aus diesem Grund wurden für die Leitungsebene und Mitarbeiter Qualifizierungen abgestimmt auf Kostenträgerstrukturen angeboten.

#### *Zielgruppe*

Inhaber, Geschäftsführer (GF), Pflegedienstleitungen (PDL)

#### *Ziele*

Ziel des Seminars war das Erkennen der Probleme und Risiken, aber auch der Perspektiven und Möglichkeiten, die die neue Kostenträgerstruktur für bestehende Unternehmen mit sich bringt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernten die wichtigsten Inhalte des BSHG, SGB V und SGB XI kennen und diskutierten gemeinsam die Gestaltungs- und Problembereiche.

*Inhalte*

SGB V: Rahmenvereinbarungen

SGB XI: Rahmenvereinbarungen

SGB XI: Qualitätssicherung

BSHG: Überblick über Veränderungen und deren Folgen

BSHG: Umgang mit Beamten und Angestellten, konkrete Regelungen in Gelsenkirchen

Landesregelungen

Umgang mit Leistungskomplexen

aktives „Verkaufen“ von (Zusatz-)Leistungen

Erstellen von Kundeninfos

Umgang mit der Investitionskostenförderung

(Informations-)Transfer an die Mitarbeiter

*Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

*Umfang/Dauer*

2 x 1 Tag

**7.2      8.2      Titel: Kostenträgerstrukturen II**

*Zielgruppe*

PDL, Mitarbeiter

*Ziele*

Das Seminar zielte auf eine Qualifizierung von Mitarbeitern im sicheren Umgang mit Kunden. Für Pflegekräfte ist es unumgänglich, daß sie Kunden die Grundzüge des Finanzierungs- und Regelungssystems erklären können, in dessen Rahmen sie ihre Leistungen erbringen. Damit sollen sie auch Sicherheit bei der Abwicklung von Arbeitsaufträgen erhalten.

*Inhalte*

SGB XI

SGB V

BSHG

Landesregelungen

Privatzahler

Kundenbegriff

Öffentlichkeit

Firmenpräsentation

*Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

*Umfang/Dauer*

1 x 3 Stunden

### 7.3 8.3 Titel: Marktübersicht

#### *Kontext*

Die Analyse der Befragungen zeigte, daß bei Pflegediensten eine erhebliche Verunsicherung hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Zukunftsperspektive besteht. Von den Diensten wird seit der Einführung der Pflegeversicherung mehr unternehmerisches Denken und Handeln erwartet. Diese "neue" Denkhaltung läßt sich nicht "von oben" in die Dienste hineinreden. Neue Zielfaktoren müssen gemeinsam ermittelt und umgesetzt werden.

#### *Zielgruppen*

Inhaber, GF, PDL

#### *Ziele*

Ziel der Qualifizierung war, daß Beschäftigte Instrumente kennenlernen, um ihre strategischen Positionen festzulegen. Ausgehend von den zentralen Anforderungen aus dem SGB XI und den Turbulenzen um die Kostenträger Krankenkassen und Sozialhilfeträger wurden aktuelle Gestaltungs- und Problembereiche für die Pflegeunternehmen diskutiert.

#### *Inhalte*

Arbeitsmarktüberblick (Mitarbeitergewinnung)  
 Mitbewerber (Konkurrenzlage)  
 Kunden (welche Gruppen lassen sich identifizieren?)  
 Entwicklungschancen  
 Öffentlichkeitsarbeit

#### *Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

#### *Umfang/Dauer*

1 Tag (10.00 - 16.00 Uhr)

### 7.4 8.4 Titel: Leitbild in ambulanten Diensten - private Pflege braucht präsentable Identität -

#### *Kontext*

Diskussionen mit den Pflegediensten zeigten, daß vor allem auch im Kontext mit der Pflegeversicherung erhebliche Verunsicherung besteht, wo die Entwicklungschancen des eigenen Dienstes liegen. Um zu verhindern, daß Pflegedienste zu einem Gemischtwarenladen für pflegerische Dienstleistungen werden, ist ein deutlich erkennbarer „roter Faden“, ein sog. Leitbild, ein wichtiges Element für jedes Unternehmen.

#### *Zielgruppen*

Inhaber, GF, PDL, interessierte Mitarbeiter

#### *Ziele*

Das Seminar zielte auf die Vermittlung eines Verständnisses von Leitbildern und Unternehmenskonzepten. Es sollte die Unternehmen befähigen, eine interne Positionierung und langfristige Strategie für die Außendarstellung zu entwickeln.

*Inhalte*

wozu ein Leitbild?  
woraus setzt sich ein Leitbild zusammen?  
wie entwickle ich es?  
wie setze ich es ein (nach innen & außen)

*Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, Einzelarbeit, moderierte Diskussionen

*Umfang/Dauer*

1 Tag

**7.5      8.5      Titel: Einführung in das Bundessozialhilfegesetz (BSHG)  
- Sozialhilfe in der Pflege; Kunden besser beraten -**

*Kontext*

Anhand der Betriebsdatenerhebung stellte sich heraus, daß Leistungen des BSHG nicht voll ausgeschöpft werden. Für Mitarbeiter und Kunden ist das Dickicht der Paragraphen, die Ansprüche und Voraussetzungen zur Inanspruchnahme regeln, nicht (mehr?) überschaubar. Es herrscht große Verunsicherung, und deshalb werden die aus dem BSHG bestehenden Ansprüche nicht ausreichend ausgeschöpft.

*Zielgruppen*

Mitarbeiter

*Ziele*

Die Mitarbeiter sollten über die Grundstruktur des BSHG informiert werden. Sie sollten die für Pflegeunternehmen wichtigsten Leistungen und relevanten Zugangs- sowie Erweiterungsvoraussetzungen (Einkommensgrenzen, Zugriff auf Eigentum etc.) kennenlernen.

*Inhalte*

BSHG-Grundsätze  
Hilfe in besonderen Lebenslagen  
Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes  
Blindenhilfe  
Einkommensgrenzen  
Grundbeträge

*Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

*Umfang/Dauer*

1 Tag

## **7.6      8.6      Titel: Bundessozialhilfegesetz für Fortgeschrittene - Sozialhilfe im Interesse der Kunden nutzen -**

### *Kontext*

Von älteren Menschen wird häufig als Schande erlebt, sich um Unterstützung an das Sozialamt zu wenden. Oft ist damit die Sorge verbunden, daß Angehörige zur Zahlung der Sozialhilfeleistungen herangezogen werden, oder das vom Sozialamt auf lebenslang aufgebautes Eigentum zurückgegriffen wird. In den meisten Fällen sind die Bedenken und Ängste unbegründet.

### *Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL

### *Ziele*

Die Leitungskräfte und Inhaber sollten über die wichtigsten Grundsätze und Regelungen des BSHG und deren Änderungen der letzten Monate informiert werden. Sie lernen anhand konkreter Beispiele die Berechnung von Leistungsansprüchen für ihre Kunden.

### *Inhalte*

Novellierung des BSHG  
Verhältnis BSHG und andere Kostenträger  
Berechnung von Leistungsansprüchen  
Aktuelle Regelungen im Umgang mit:  
- Hilfen in besonderen Lebenslagen  
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts  
Sozialhilfeleitfaden für Pflegebedürftige

### *Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

### *Umfang/Dauer*

1 Tag

## **7.7      8.7      Titel: Kostenträgerstrukturen III**

### *Kontext*

Neben den Kranken- und Pflegekassen sowie den Trägern der Sozialhilfe spielen die Bundesländer und Kommunen bei der Organisation sowie Finanzierung der Pflege eine herausragende Rolle. Da Bereitstellung und Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur Aufgaben der Länder sind, hat das Land NRW Regelungen zur Investitionskostenvergütung und Beteiligung der Pflegeunternehmen an der lokalen bzw. regionalen Versorgungsplanung getroffen.



*Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL

*Ziele*

Abschließende Gesamtübersicht aller Kostenträger und deren Regelungen sollten den leitenden Mitarbeitern vermittelt werden. Anhand von Beispielen wurden die geeigneten Versorgungsmodelle für einige typische Kundengruppen ambulanter Dienste durchgespielt.

*Inhalte*

SGB V

SGB XI

BSHG

Landespfleugesetz NRW

Aufgaben der Pflegekoordination und Pflegekonferenzen

*Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

*Umfang/Dauer*

1 Tag

**7.8      8.8      Titel: Kooperation und Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten***Kontext*

Von einigen Pflegediensten wurde die zum Teil schwierige Zusammenarbeit mit Ärzten angesprochen. Neben Krankenhäusern gehören niedergelassene Ärzte für ambulante Pflegedienste zu den wichtigsten Kooperationspartnern. Sie vermitteln neue Kunden, prägen aber auch stark das Bild und den Ruf der Pflegeunternehmen bei Patienten sowie deren Angehörigen.

*Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL

*Ziele*

Das Seminar zielte auf die Erstellung eines Erfahrungsbildes der Pflegeunternehmen zum Umgang mit niedergelassenen Ärzten. Die Zusammenarbeit mit diesen wichtigen Kooperationspartnern ist für Pflegedienste unentbehrlich. Dazu ist es erforderlich, die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten und den Partnern die Notwendigkeit von Kooperation im Interesse der gemeinsamen Kunden zu verdeutlichen.

*Inhalte*

Erfahrungsaustausch über Zusammenarbeit mit Ärzten

Ideen für und Anforderungen an die Verbesserung der Kooperation mit Ärzten

Vorbereitung des Meinungsaustausches mit der Kassenärztlichen Vereinigung

*Methoden*

Metaplantechniken zur Sammlung relevanter Themen, Kleingruppen, Plenumsinput

*Umfang/Dauer*

1 Tag

## **7.9      8.9      Titel: Zeitmanagement**

### *Kontext*

„Ich habe keine Zeit!“ So oder ähnlich schallt es aus allen Bereichen der Pflegeunternehmen. Erfolgreiches Zeitmanagement soll Wege aufzeigen, Zeit und Energie effektiver einzusetzen. Es ist Ansatzpunkt für ein persönliches Qualitätsmanagement, das Methoden der Qualitätssicherung auf der Organisationsebene sinnvoll ergänzen kann.

### *Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL/Mitarbeiter

### *Ziele*

Die Beschäftigten sollten umfassende Informationen zu Zeitmanagement und modernen Arbeitstechnik erhalten. Daneben thematisierte das Seminar den eigenen Umgang mit der Zeit und befähigte zu kritischer Selbstbeurteilung.

### *Inhalte*

Zeitfresser/Zeitdiebe  
 Zeitplanung/Terminplanung  
 Persönliche Zielsetzung  
 Prioritätensetzung  
 Persönlicher Arbeitsstil  
 Selbstveränderung  
 Arbeitstechniken  
 Selbstmanagement  
 Leitung und Führung

### *Methoden*

Bearbeitung ausgewählter und mitgebrachter Fallbeispiele in Kleingruppen, Lehrgespräche, moderierte Plenumsdiskussionen, Einzelarbeiten, Selbsteinschätzungstests

### *Umfang/Dauer*

2 Tage

## **7.10      8.10      Titel: Betriebswirtschaftliche Grundlagen und Controlling**

### *Kontext*

Zur erfolgreichen Leitung einer Pflegeeinrichtung gehört heute die Erweiterung und verbesserte Nutzung kaufmännischer Kenntnisse. Das SGB XI verlangt von den Einrichtungen Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung der Leistungen und die Pflegebuchführungsverordnung sieht die Pflicht zur doppelten Buchführung für die meisten Sozialstationen vor.

### *Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL

### *Ziele*

Es wurden betriebswirtschaftliche Grundlagen vermittelt, welche die Beschäftigten dabei unterstützen, die Finanzbuchführung und das sich daraus ergebende betriebswirtschaftliche Instrumentarium zu verstehen und anzuwenden. Das Seminar sollte die Sensibilität für den Zusammenhang von Wirtschaftlichkeit und Qualität erhöhen und bei der Auswahl der Maßstäbe zur Bewertung der Unternehmensleistungen helfen.

*Inhalte*

Pflegebuchführungsverordnung  
Externes/Internes Rechnungswesen  
Controlling statt Kontrolle

*Methoden*

Inputs im Plenum, Kleingruppenarbeit an ausgewählten Beispielen

*Umfang/Dauer*

3 Tage

**7.11      8.11      Titel: Beschwerdemanagement und Konflikttraining**

*Kontext*

Kundenorientierung muß täglich für Kunden und Mitarbeiter erlebbar sein. Die aktive Bearbeitung von Beschwerden gehört daher zum notwendigen Tagesgeschäft. Erhebungen in anderen Branchen haben ergeben, daß nur rund 4% aller Beschwerden bei den Unternehmen ankommen. 96% landen bei Angehörigen, Freunden oder sogar der Konkurrenz, die dann auf die Bedarfe zielgerichtet reagieren und damit den Kunden langfristig für sich gewinnen kann.

*Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL

*Ziele*

Die Beschäftigten sollten umfassende Kenntnisse über Systeme zur Bearbeitung von Beschwerden erlangen. Dazu gehören Grundhaltungen und Prinzipien, aber auch konkrete Handlungsanweisungen und Prozeßabläufe für den Arbeitsalltag.

*Inhalte*

Aufbau eines Beschwerdemanagements  
Aufnahme von Beschwerden  
Kommunikation mit Kunden  
Konflikte aushalten und gestalten

*Methoden*

In diesem Seminar wurde neben den Inputs im Plenum u.a. mit Fallbesprechungen und der Methode des pädagogischen Rollenspiels gearbeitet.

*Umfang/Dauer*

2 Tage

**7.12 8.12 Titel: Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) - Probleme und Möglichkeiten der Einflußnahme durch Pflegedienste -**

*Kontext*

In Diskussionen mit den Pflegediensten kristallisierte sich der Bedarf einer inhaltlichen Beschäftigung mit dem MDK heraus. Die Begutachtung Pflegebedürftiger durch den MDK hat weitreichende Bedeutung, denn in dieser kurzen Zeit entscheidet sich für den Pflegebedürftigen, wie gut er in Zukunft versorgt wird, und für die Mitarbeiter der Pflegedienste, wie realistisch die Notwendigkeiten der Pflege und ihre Finanzierung verbunden sind.

*Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL/Mitarbeiter

*Ziele*

Den Beschäftigten sollten die Kriterien der Begutachtung bekannt gemacht werden. Dabei sollten die wichtigsten „Knackpunkte“ für die Begutachtung vor Ort herausgearbeitet werden, um dann gemeinsam Handlungsstrategien abzuleiten.

*Inhalte*

Der Fragebogen des MDK und seine Auswertung

Umgang mit der Autorität des Gutachters

Bearbeitung eigener Erlebnisse bei Begutachtungen

Den eigenen Standort im Prozeß der Begutachtungen herausfinden und definieren

Vorbereitung auf den MDK-Termin für den Pflegenden, den Patienten u. seinen Angehörigen

Umgang mit Grenzen der Einflußnahme

Rolle und Funktion des Gutachters (Sachzwänge, Möglichkeiten und Grenzen)

Handlungsspielräume für Pflegerinnen und Pfleger (fachlich und persönlich)

Arbeiten am effektiven eigenen Auftreten und entwickeln von Verhaltensalternativen

*Methoden*

Inputs im Plenum u.a. mit Fallbesprechungen, pädagogische Rollenspiele

*Umfang/Dauer*

2 Tage

**7.13 8.13 Titel: Lernen von besten Ideen und Lösungen  
- Benchmarking in der Altenhilfe -**

*Kontext*

Benchmarking ist ein Konzept, das durch den Vergleich von Einrichtungen „beste Lösungen“ zur Erledigung von Aufgaben und Bewältigung von neuen Anforderungen identifizieren helfen soll. Die Betriebsdatenerhebung sowie die Kunden- und Mitarbeiterbefragung innerhalb des Projektes hatten praxisnah gezeigt, daß durch den Vergleich der Unternehmen neue Ideen und Initiativen bei den Pflegediensten entstehen können.

*Zielgruppen*

Inhaber/Geschäftsführer/PDL/Mitarbeiter

*Ziele*

Dieser Tag sollte umfassend über die Möglichkeiten von Benchmarking im Altenhilfebereich informieren. Ausgehend von Erfahrungen in anderen Branchen sollten die Übertragungs- und Lernmöglichkeiten für die Altenhilfeeinrichtungen herausgearbeitet werden.

*Inhalte*

Begriffsklärungen

Ausgangspunkte und Voraussetzung für Benchmarkingprozesse

Benchmarkingsysteme

Organisation/Einführung von Benchmarking

*Methoden*

Referate, Kleingruppenarbeit, Fallbesprechungen, moderierte Plenumsdiskussionen

*Umfang/Dauer*

1 Tag

## **8 9 Ergebnisse der Erfolgsbefragungen**

Die Erfolgsbefragungen des Pilotprojektes sollten überprüfen, wie effektiv die teilnehmenden Pflegedienste bei der Durchführung von Qualifizierungsmodulen und Befragungen unterstützt wurden und wie sie die daraus resultierenden Ergebnisse in ihren Arbeitsalltag einbinden konnten. Daher wurden die Beschäftigten nicht nur zum Projektabschluß schriftlich befragt, sondern auch nach den ersten Qualifizierungsmodulen zu Beginn der Projektlaufzeit. Die mündlichen Erfolgsbefragungen fanden unabhängig davon unmittelbar nach jedem Qualifizierungsmodul statt, die schriftlichen Befragungen wurden separat erhoben. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen werden weiter unten dargestellt.

Durch die über die gesamte Projektlaufzeit durchgeführte Erfolgskontrolle seitens des Projektleitungsteams bestand permanent die Möglichkeit, neue Anregungen und Kritik der Beschäftigten in den nächsten Qualifizierungsmodulen und Befragungen zu berücksichtigen und einzubeziehen.

### **8.1 9.1 Teilnehmerbefragung**

Unmittelbar nach den ersten sechs Qualifizierungsmodulen wurden Ende 1996 die ersten schriftlichen Befragungen noch im Seminarraum mit den Teilnehmern durchgeführt (Vorgehen siehe Kapitel 4.5).

#### **8.1.1 9.1.1 Rahmendaten**

Wie in der Pflegebranche zu erwarten, waren mit 64,4% am stärksten Frauen in den Qualifizierungsmodulen vertreten. Die Anzahl der Männer war mit 35,6% jedoch relativ hoch. Dies lag vor allem daran, daß die Inhaber und Leiter der Pflegedienste, die an dem Modellprojekt teilnahmen, vorrangig männlich waren. 2/3 der Teilnehmer gaben als Berufsabschluß examinierte Krankenschwestern(pfleger), Kinderkrankenschwestern(pfleger) oder Altenpflegekräfte an; 1/3 der Teilnehmer kam aus anderen Berufen wie kaufmännische Berufe, Arzthelferin oder sie hatten keine Berufsausbildung. Das Alter der Teilnehmer bewegte sich vor allem in der Altersgruppe zwischen 21 und 40 Jahren.

Rund 70 % der Teilnehmer hatte schon an einer oder mehreren Fortbildungen teilgenommen. Allerdings gaben circa 30% an, noch nie eine Fortbildung besucht zu haben. Über die Hälfte aller Teilnehmer erläuterten ihre früheren Fortbildungen. Diese bezogen sich überwiegend auf pflegerische Fachweiterbildungen wie Diabetes mellitus, AIDS, Geriatrie oder Dekubitus. Nur eine Minderheit besuchte bislang eine betriebswirtschaftlich orientierte Fortbildung z. B. für Buchführungsverordnung, Mitarbeiterführung oder Schnittstellenmanagement.

#### **8.1.2 9.1.2 Umsetzung der Qualifizierung**

Über 3/4 der Teilnehmer gaben an, zu versuchen, die Inhalte der Fortbildung in ihrem Arbeitsalltag umzusetzen. Knapp 19% aller Teilnehmer waren sich allerdings darüber unschlüssig, ob und wie sie die Fortbildung umsetzen können. 93% aller Teilnehmer wollten



das in der Fortbildung erworbene Wissen Kollegen weitervermitteln. Nur 3% wollten das Wissen ausschließlich für sich nutzen, weitere 3% wußten nicht, wie sie es weitervermitteln sollten.

Weiter wurden die Teilnehmer gefragt, in welchen Bereichen sie von dem neuerworbenen Wissen Gebrauch machen wollen. Hier kristallisierten sich insbesondere drei Schwerpunkte heraus:

### *I. Kundenorientierung*

Das Dienstleistungsangebot des Pflegedienstes soll beim Kunden besser präsentiert werden; sowohl bei den Aufnahmegesprächen, aber auch als ständige begleitende Beratung. Bei Neuaufnahmen wird künftig immer geprüft, ob Sozialhilfe zur Finanzierung in Betracht kommen könnte. Damit kann Kunden die Angst einer nicht mehr bezahlbaren Pflege genommen werden. Auf Wunsch des Kunden sollen ausführliche Beratungsgespräche geführt werden. Angehörige sind stärker in die Beratungsgespräche miteinzubeziehen. Um neue Argumente bei den Kunden zu präsentieren, werden einige Mitarbeiter in Teamwork eine Kundenbedürfnisliste erstellen.

### *II. Mitarbeiterqualifizierung*

Alle Mitarbeiter sollen umfassend über die Angebote des Pflegedienstes informiert werden. Weiterhin werden Mitarbeiter geschult und qualifiziert. Insgesamt sollen Mitarbeiter im Team mehr Möglichkeiten zu Austausch und Mitgestaltung erhalten. Dabei werden teambezogene Möglichkeiten identifiziert und mehr Reflexion über die Arbeit, wie z. B. wirtschaftliches Arbeiten, diskutiert.

### *III. Umstrukturierung des Betriebes*

Insgesamt soll die gesamte Arbeitsweise, der Arbeitsablauf und die Betriebsführung neu bewertet werden. Um die Kostenstellenstruktur genau zu untersuchen, wird eine Checkliste eingeführt. Als weitere Maßnahmen soll die Pflegedokumentation neu überdacht, der Marketingbereich ausgeweitet, ein Qualitätsmanagement eingeführt und der Zusammenschluß in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft gestärkt werden.

## **8.2 9.2 Projektabschließende Erfolgsbefragung**

Zum Projektende 1997 wurden alle Beschäftigten der Pflegedienste befragt, wie sie die Effektivität des durchgeführten Modellprojekts beurteilen (Vorgehen siehe Kapitel 4.5).

### **8.2.1 9.2.1 Rahmendaten**

Von zehn angeschriebenen Pflegediensten nahmen sechs Dienste an der Befragung teil; dies ergab einen Rücklauf von 25,4%. Knapp die Hälfte der Beschäftigten, die geantwortet hatten, setzte sich aus examinierten Krankenschwestern(pflegern) und Altenpflegerinnen(pflegern) zusammen. Die andere Hälfte der Antworten kam vorrangig von angelernten Pflegekräften und Verwaltungsbeschäftigten. Rund 2/3 der Befragten hatte an keiner Qualifizierung des Modellprojektes teilgenommen. Von diesen nannten mehr als 1/3 der Personen als Gründe für die Nichtteilnahme, daß sie über die Qualifizierung nicht informiert wurden; 40% der Antwortenden meinten, daß andere Teilnehmer ausgewählt wurden. Von den Beschäftigten,

die an einer Qualifizierung teilnahmen, wurden am häufigsten Seminare zu *Kostenträgerstrukturen*, zum *Bundessozialhilfegesetz* und *Konflikttraining* besucht.

### **8.2.2 9.2.2 Umsetzung der Qualifizierungsinhalte und Befragungsergebnisse**

Von allen durchgeführten Qualifizierungen wurden besonders die Inhalte der Qualifizierungsmodule: *Kostenträgerstrukturen*, *Bundessozialhilfegesetz*, *Marktentwicklung*, *Zeitmanagement* und *Pflegebuchführungsverordnung* größtenteils oder ganz umgesetzt. Knapp die Hälfte der Befragten gab allerdings an, Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Qualifizierungsinhalten im Betrieb zu haben.

Die Informationen der Beschäftigten über die Ergebnisse der während der Projektlaufzeit durchgeführten betrieblichen Befragungen fielen begrenzt positiv aus. Während nur rund 25% der Antwortenden über die Betriebsdatenerhebung informiert waren, gaben über die Hälfte der Beschäftigten an, die Ergebnisse der Kundenbefragung zu kennen. Ähnliche Zahlenwerte liegen bei der Mitarbeiterbefragung und der Teilnehmerbefragung vor. Während die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung bei über 50% der Befragten bekannt waren, kannten 1/4 der Befragten die Ergebnisse der Teilnehmerbefragung. Insgesamt gesehen sind also nur rund 25% bis 50% aller Beschäftigten, die an der Abschlußbefragung teilgenommen haben, über die vorher durchgeführten Befragungen und deren Ergebnisse informiert worden.

Diesen Ergebnissen entsprechen die Kenntnisse der Befragten darüber, ob es betriebliche Veränderungen aufgrund der Befragungsergebnisse gegeben hat. So wußten nur knapp 1/5 der Befragten, daß es Veränderungen aufgrund der Betriebsdatenerhebung, und über 1/3 der Befragten, daß es Veränderungen aufgrund der Kunden- und Mitarbeiterbefragung gab.

Die Bereiche, in denen betriebliche Veränderungen aufgrund der Teilnahme am Modellprojekt durchgeführt wurden, korrelieren stark mit den Inhalten der durchgeführten Qualifizierungsmodule und den Befragungsergebnissen. Insbesondere wurden hier umfassende Änderungen in den Bereichen der Pflegedokumentation, der Pflegeziele und der Organisation der Wegestrecken durchgeführt. Die Schwierigkeiten, die bei der Umsetzung der Projektinhalte auftraten, bewegten sich vor allem im Bereich der Informationsweitergabe. So wußte die Hälfte der Beschäftigten nicht, ob es Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Inhalten gab.

## **9 10 Überblick der wesentlichen Befragungsergebnisse**

Bei der Konzeptionalisierung und Durchführung der Befragungen, wurde jeder am Modellprojekt teilnehmende Pflegedienst aufgefordert und motiviert, sein Wissen in die unterschiedlichen über zwei Jahre laufenden Befragungen miteinzubringen. Die Bereitschaft der Beschäftigten der einzelnen Dienste, sich an den Fragebogenaktionen aktiv zu beteiligen, war mehr als zufriedenstellend. So konnten aufgrund des allgemeinen hohen Rücklaufs ausgefüllter Fragebögen einige Faktoren ausgemacht werden, die als Befragungsergebnisse besonders prägnant waren. Für einen besseren Überblick werden diese Faktoren in den folgenden zehn Punkten zusammengefaßt.

### *I. Dienstleistungsangebot*

Die teilnehmenden Pflegedienste deckten in ihrem Dienstleistungsangebot noch weitestgehend traditionelle Dienstleistungen rund um die Pflege ab. Erweiterte Dienstleistungen, die über die klassischen Kernkompetenzen hinausgingen (z. B. im Bereich der Freizeitgestaltung) und mitunter auch privat vom Kunden/Patienten zu finanzieren sind, wurden bislang nur vereinzelt gezielt angestrebt.

### *II. Kooperationen*

Die Vernetzung und Zusammenarbeit der Pflegedienste mit anderen Dienstleistungsanbietern bewegte sich vorrangig im klassischen Pflegeumfeld. Kooperationsverträge wurden erstrangig mit traditionellen Dienstleistungspartnern eingegangen, wie z. B. mit Anbietern für Essen auf Rädern, Fußpflegern oder Therapeuten. Eine Zusammenarbeit mit Dienstleistern, mit denen ein größeres Dienstleistungsspektrum (z. B. im Touristikbereich) angeboten werden könnte, war selten oder fehlte ganz.

### *III. Teamarbeit*

Beschäftigte in der Pflege wurden in der Regel nur im Pflegebereich eingesetzt und hatten keinen oder nur wenig Einblick und Mitsprachemöglichkeiten in den Bereichen der Geschäftsführung, der Organisation und der Verwaltung. Bereichsübergreifende Teamarbeit wurde nur vereinzelt von der Leitung gefördert, wichtige Entscheidungen fast ausschließlich auf Führungsebene besprochen und gefällt.

### *IV. Kundenorientierung*

Die Beschäftigung mit den Wünschen und den Anforderungen der Kunden/Patienten mittels der Befragung hatte gezeigt, daß die Orientierung an Kundenwünschen eines der bedeutendsten Instrumente des Qualitätsmanagements von Pflegediensten darstellt. Pflegekunden oder ihre Angehörigen waren in der Kundenbefragung durchaus in der Lage, ihre genauen Wünsche und Bedürfnisse schriftlich zu formulieren.



#### V. *Klassische Fortbildung*

Die Beschäftigten der Pflegedienste nahmen in ihrer Berufslaufbahn vorrangig an Fachweiterbildungen aus dem pflegerischen Umfeld wie Dekubituspflege teil. Fachübergreifende Weiterbildungen, z. B. im Bereich der Kundenorientierung, der betriebswirtschaftlichen Führung oder des Kommunikationstrainings wurden nicht oder nur selten besucht. Gerade diese Weiterbildungen sind jedoch ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements in Pflegediensten.

#### VI. *Fortbildungsbedarf*

Die am häufigsten besuchten Qualifizierungen innerhalb des Modellprojektes waren Module zu *Kostenträgerstrukturen*, zum *Bundessozialhilfegesetz* und zum *Konflikttraining*. In diesen Bereichen schien demnach - im Rahmen der im Modellprojekt angebotenen Fortbildungen - der größte Qualifizierungsbedarf bei den teilnehmenden Pflegediensten zu bestehen.

#### VII. *Umsetzungsziele*

Über 3/4 der Teilnehmer, die an den ersten Qualifizierungen teilnahmen, wollten das neu erworbene Wissen in den Betrieben umsetzen. Als Bereiche, die verändert werden sollten, kristallisierten sich insbesondere die Schwerpunkte *Kundenorientierung*, *Mitarbeiterqualifizierung* und *Umstrukturierung des Betriebes* heraus.

#### VIII. *Mitarbeiterorientierung*

Ein gängiges Vorurteil - Pflegekräfte interessieren sich nicht für überbetriebliche Abläufe - wurde durch die Mitarbeiterbefragung widerlegt. Sie machte deutlich, daß sich Beschäftigte insbesondere mehr Information und Mitsprache in den verschiedenen Bereichen wünschen und auch in der Lage sind, einzelne betriebliche Abläufe zu beurteilen und verbessern.

#### IX. *Die Rolle der Leitung*

Die Bereitschaft der Beschäftigten, sich für betriebliche Abläufe zu engagieren, die über den ursprünglichen Arbeitszusammenhang hinaus gehen, hing auch vom Engagement der Leitung für den Betrieb und für seine Beschäftigten ab. Das Verhalten der Führung gegenüber allen Beschäftigten hatte für Mitarbeiter eine nicht zu unterschätzende Vorbildfunktion.

#### X. *Umgesetzte Qualifizierungsinhalte*

Von allen durchgeführten Qualifizierungen wurden am häufigsten die Inhalte der Module *Kostenträgerstrukturen*, *Bundessozialhilfegesetz*, *Marktentwicklung*, *Zeitmanagement* und *Pflegebuchführungsverordnung* umgesetzt. In diesen Bereichen bestanden demnach das größte Interesse und die geringsten Schwierigkeiten bei der Umsetzung in den Pflegediensten.

## 10 11 Erfahrungen eines Pflegedienstes mit dem Modellprojekt

### *Der Anfang! Umgang mit Offenheit und Mißtrauen*

Zu Projektbeginn wurde man als individualistischer sowie mit eigener Philosophie behafteter Unternehmer und Verantwortlicher mit anderen Menschen zusammengeführt, die dem eigenen Betrieb neue Perspektiven eröffneten. Es war schon ein sehr wechselhaftes Gefühl einem Institut die internen Daten, Beschäftigungszahlen usw. (für die Betriebsdatenerhebung) an die Hand zu geben, obwohl den teilnehmenden Betrieben versichert wurde, daß diese Informationen nicht in falsche Hände gerieten.

### *Das Vertrauen! Erfahrungen und Probleme*

Als das Institut die Auswertung der einzelnen teilnehmenden Betriebe bekannt gab, konnte man feststellen, daß viele Probleme bei der Mehrzahl der Unternehmen gleicher Natur waren. Sie konnten im Laufe der Zeit von den teilnehmenden Betrieben gelöst werden. Allerdings konnte man bei der Bekanntgabe der Zahlen und Daten nicht erkennen, um welche Betriebe es sich bei den Zahlenwerten handelte. Diese Erfahrung gab unserem Unternehmen den Anlaß, beim zweijährig angesetzten Modellprojekt intensiv und vertrauensvoll mitzuwirken.

### *Die Zusammenarbeit! Probleme erkennen und lösen*

Bei der Betriebsanalyse wurden Probleme sichtbar und allen Teilnehmern wurde bewußt, daß man sich diesen Anforderungen und Gegebenheiten stellen muß, wenn man in Zukunft qualitativ und wirtschaftlich am Markt bestehen will:

- Wirtschaftliches Angebot - Dienstleistung in höchster Qualität
- Kundenorientiertes Angebot und Arbeiten
- Mitarbeiterorientierte Unternehmensführung
- Vertrags- und Verhandlungsstärken mit Vertragspartnern entwickeln, usw.

Eine ganze Litanei von Fragen und Problemen, mit denen man im täglichen Unternehmensleben konfrontiert war, wurde von den teilnehmenden Unternehmen in einen Topf gegeben. Die wichtigsten wählten die Unternehmen, die Mitarbeiter, die Kunden und die Projektleiter aus und nahmen sie gemeinsam unter die Lupe, bis eine für uns akzeptable Lösung gefunden wurde, mit der alle gut leben konnten.

Für unser Unternehmen war das Projekt insofern erfolgreich, als wir vom Einstieg in das Projekt bis zum Abschluß das Unternehmen so steuerten, daß es doppelt so groß wurde,

kundenorientierter, mitarbeiterorientierter sowie qualitativ hochwertiger und wirtschaftlicher arbeiten konnte. Die Probleme beim Einstieg und während der Projektphase sind heute gelöst.

Dienstleistungsunternehmen unserer Art, die sowohl personal- als auch kundenintensiv immer mit menschlichen Einflüssen, gesellschaftlichen und sogar kulturellen Veränderungen konfrontiert werden, haben ständig mit neuen Problemen zu kämpfen. Unternehmen dieser Art müssen sich daher kontinuierlich verbessern.

Da der Pflegeberuf, den wir versuchen, qualitativ hochwertig auszuüben, in die intimsten Bereiche des Menschen dringt, muß das Unternehmen in allen wichtigen schon genannten Dingen lebenswert gestaltet und menschlich mit Personal, Kunden und Kooperationspartnern umgegangen werden.

Unser Fazit aus dem Modellprojekt und die wichtigste Erkenntnis heißt: Nur wenn wir ständig menschlich Unternehmenspflege betreiben und uns kontinuierlich verbessern, werden wir auch in Zukunft bei der Pflege von Menschen bleiben.



## 11      12      Perspektiven

Das Gelsenkirchener Modellprojekt sollte ein Anstoß für Pflegedienste sein, Qualitätsmanagementinstrumente, bezogen auf die Bedürfnisse des eigenen Betriebes, in einem Kooperationsprojekt mit anderen Betrieben zu entwickeln, um diesen Prozeß auch nach Abschluß des Projektes kontinuierlich fortzuführen. Wie schon insbesondere in den Kapiteln 3 und 4 angeführt, orientierte sich das Modellprojekt dabei an dem Konzept des Total Quality Managements (TQM) der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM).

Im Rahmen der gemeinsam entwickelten und durchgeführten Qualifizierungsmodule sowie mittels der Betriebsdatenerhebung und Kunden-/Mitarbeiterbefragung wurde während der Projektlaufzeit in Gelsenkirchen versucht, einen ersten Ansatz des Benchmarkings in den Pflegediensten umzusetzen. Hierauf aufbauend ist als nächster Schritt ein systematisches Benchmarking möglich. Wie Benchmarking im Rahmen des EFQM einzuordnen ist und wie Pflegedienste dieses Qualitätsmanagementinstrument für ihren eigenen Betrieb perspektivisch systematisch nutzen können, wird im folgenden Abschlußkapitel noch einmal ausführlich erläutert.

### 11.1      12.1      Lernen von besten Lösungen - umfassendes Benchmarking unterstützt 11.2      Pflegedienste

Benchmarking ist ein Managementkonzept, das Lern- und Innovationsformen aufgreift, die fast alle Menschen und Unternehmen schon immer verfolgt haben: Es unterstützt das voneinander Lernen, indem Vergleiche angestellt werden. Das Instrument Benchmarking zielt jedoch darauf, diese Vergleiche sehr systematisch anstelle von zufällig und anekdotisch vorzunehmen, und überprüft genau die Übertragbarkeit der identifizierten Lösungen. Es handelt sich damit weniger um eine neue Managementmode als um die konsequente Anwendung und Umsetzung bekannter Lern- und Verbesserungsmethoden. Benchmarking bedeutet Lernen von „besten Lösungen“. Wie viele andere Management- und Steuerungsinstrumente entspringt das Benchmarking industriellen bzw. privatwirtschaftlichen Konzepten. Firmen wie der Kopierer-Hersteller Xerox oder die Kreditkartenfirma American Express gehören zu den Pionieren dieses Instruments, das darauf setzt, durch Vergleiche zwischen Einrichtungen herauszufinden, an welchen Stellen innerhalb der eigenen Organisation Verbesserungspotentiale bestehen und wie diese ausgeschöpft werden können. Mittlerweile gehört Benchmarking in der Privatwirtschaft zu einem der wichtigsten Instrumente der Standortbestimmung und der Optimierung von Unternehmen. Zu fragen bleibt dabei, wie sich ein solch komplexes Instrument in den zumeist eher *kleinen Betrieben der ambulanten Pflege* nutzen läßt, ohne dabei den Anspruch auf die Systematik und damit den zusätzlichen Nutzen zu verlieren.

### 11.3 12.2 Vom Vergleich zur Handlungsorientierung

Die grundlegenden Anforderungen an das Benchmarking - *systematischer Vergleich, Überprüfung der Übertragbarkeit und Handlungsorientierung* (Abb. 1) - erfordern ein Gesamtkonzept, das dazu beiträgt, die unterschiedlichen betrieblichen Anforderungen zu gliedern und zu strukturieren, um die erforderliche Orientierung zu schaffen. Sporadisch durchgeführte vergleichende Kunden- oder Mitarbeiterbefragung, der Vergleich betriebswirtschaftlicher Kennziffern oder die Übertragung von detailliert beschriebenen Prozessen sind nur dann sinnvoll, wenn sich die Informationen aufeinander beziehen lassen. Unternehmen können trotz zufriedener Kunden in Schwierigkeiten geraten, wenn ihnen das betriebswirtschaftliche know how fehlt. Es wird für einen Pflegedienst aber auch kaum ausreichen, ein Kosten- und Leistungsrechnungssystem aufzubauen, wenn die pflegerische Kompetenz nicht hinreichend vorhanden ist.

#### Abb.1: Was bedeutet Benchmarking

- Definition: Benchmarking bedeutet „Lernen von besten Ideen und Lösungen“
- „Beste Ideen und Lösungen“ werden durch Vergleiche ermittelt
  - ⇒ Der Vergleich ist nicht anekdotisch, sondern systematisch
  - ⇒ „Lernen“ erfolgt durch die Prüfung der Übertragbarkeit
  - ⇒ Der Vergleich dient nicht dem bloßen Erkenntnisgewinn, sondern Veränderungen und Verbesserungen (Handlungsorientierung)

### 11.4 12.3 Ansatzpunkte für das Benchmarking

Als Ausgangspunkt des Benchmarkings ist die Frage zu beantworten, wer und was miteinander verglichen werden soll. Dabei ist es zunächst hilfreich zu klären, ob der Vergleich innerhalb von oder zwischen unterschiedlichen Organisationen und Einrichtungen erfolgen soll. Neben diesen Ansatzpunkten des internen und externen Benchmarkings kann unterschieden werden, ob quantitative Vergleiche anhand von bestimmten Kennzahlen oder qualitative Vergleiche von Prozessen und Wirkungsmechanismen erfolgen sollen. Je nach Kombination dieser Ansatzpunkte ergeben sich unterschiedliche Stärken und Schwächen des Benchmarkings und der resultierenden Potentiale. Abbildung 2 faßt Zielsetzungen, Instrumente, Perspektiven, Vor- und Nachteile der jeweiligen Kombination der Ansatzpunkte schematisch zusammen.

#### *Extern-quantitatives Benchmarking*

Beim extern-quantitativen Benchmarking werden bestimmte Kennzahlen unterschiedlicher Einrichtungen miteinander verglichen. So können beispielsweise die Wegezeiten von ambulanten Pflegediensten ebenso verglichen werden wie Erwartungen und Zufriedenheit der

Kunden und die Kosten für Beschwerdebearbeitung (Angehörigengespräch, Nacharbeit, Doppelarbeit etc.) pro Beschäftigtem unterschiedlicher Pflegedienste.

Ziel eines solchen extern- quantitativen Benchmarkings ist die Ermittlung von Verbesserungspotentialen, also Ansatzpunkte zu identifizieren, wo es sich aufgrund des Vergleichs zu lohnen scheint, genauer hinzusehen. Mit dem Vergleich existierender Kennzahlen läßt sich daher ein Maßstab zur ersten Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit bilden. Eine solche Standortbestimmung kann allerdings noch nichts darüber aussagen, welche Gründe für die Leistungen verantwortlich sind, wie Leistungen anders organisiert werden könnten oder welche Ansatzpunkte für grundsätzliche Veränderungen und Verbesserungen existieren.

**Abb. 2: Lernen von „besten Lösungen“: Benchmarkingmatrix**

	<b>Extern</b>	<b>Intern</b>
<b>Quantitativ</b>	<p><b>Zielsetzung:</b> Identifizierung von Verbesserungspotentialen</p> <p><b>Instrumente:</b> Vergleich von Kennzahlen mit ähnlichen Organisationen</p> <p><b>Perspektive:</b> Zurückblickend</p> <p><b>Vorteile:</b> Externer Maßstab erweitert Perspektive für Verbesserungspotentiale</p> <p><b>Nachteile:</b> Vergleichbarkeit oft problematisch; Ermittlung der Kennzahlen sehr aufwendig oder fehlerträchtig</p>	<p><b>Zielsetzung:</b> Identifizierung von Verbesserungspotentialen, Ist-Analyse</p> <p><b>Instrumente:</b> Vergleich von Kennzahlen innerhalb der Einrichtung</p> <p><b>Perspektive:</b> Zurückblickend</p> <p><b>Vorteile:</b> Gute Vergleichbarkeit; interner Wettbewerb</p> <p><b>Nachteile:</b> Vernachlässigung von „besseren Lösungen“</p>
<b>Qualitativ</b>	<p><b>Zielsetzung:</b> Lernen von „besten Lösungen“</p> <p><b>Instrumente:</b> vergleichende Geschäftsprozeßanalyse</p> <p><b>Perspektive:</b> Vorausschauend</p> <p><b>Vorteile:</b> Sehr innovativ</p> <p><b>Nachteile:</b> Hoher Aufwand, hohe Anforderungen an Identifizierung von Benchmarkingpartnern und -bereichen</p>	<p><b>Zielsetzung:</b> Lernen von „besten Ideen“ (kvP);</p> <p><b>Instrumente:</b> Qualitätszirkel, Vergleich von Verbesserungsvorschlägen und -erfahrungen</p> <p><b>Perspektive:</b> Vorausschauend</p> <p><b>Vorteile:</b> Identifizierung und Erprobung von Verbesserungsmöglichkeiten; partizipativ</p> <p><b>Nachteile:</b> Geringe externe Anregungen</p>

Während der Vorteil des extern quantitativen Benchmarkings in der Bereitstellung eines Maßstabes zur Beurteilung der erbrachten Leistungen liegt, bestehen Nachteile auf Seiten der Bildung aussagefähiger Hinweise auf Prozesse und Bedingungen, die die Unterschiede auslösen.

Allerdings bergen rein quantitative Vergleiche auch entsprechende Risiken. Im Sinne des Lernens kann ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Organisationen eine sinnvolle Rolle spielen, indem Anreize geschaffen werden, sich mehr anzustrengen. Wenn der Vergleich jedoch eher der Aufstellung von Ranglisten als der Identifizierung von Verbesserungspotentialen dient, ist kaum mit zählbaren Erfolgen zu rechnen. Vorschnelle, insbesondere öffentliche Urteile, die die unterschiedlichen Bedingungen der Leistungen nicht berücksichtigen, bieten genügend Angriffspunkte zur Infragestellung und Zurückweisung des Instrumentariums. Gleichermäßen problematisch ist, wenn sich Organisationen von der Aufstellung von Ranglisten lediglich bestätigt fühlen. Häufig ist der „Erfolg“ nur aus der notwendigen Oberflächlichkeit quantitativ externer Vergleiche zu erklären und beruht darauf,

daß man nicht den richtigen Vergleichspartner gewählt oder nicht gründlich genug hingeschaut hat. Denn es kann kaum angenommen werden, daß Organisationen in allen Belangen „weltbeste Leistungen“ erreichen. Ziel des Benchmarkings soll aber das Lernen und nicht die Bestätigung sein.

#### *Intern-quantitatives Benchmarking*

Intern-quantitative Vergleiche können einen Teil dieser Schwierigkeiten vermeiden, bringen dafür aber andere Nachteile mit sich. Solche internen Vergleiche können sich beispielsweise auf den Anteil von Überstunden von Pflegegruppen, den Grad der Privatfinanzierung oder die Zahl von Kunden und Pflegestufen je Mitarbeiter beziehen. Der Vorteil der internen Vergleiche liegt darin, daß die Einrichtungen oder Organisationseinheiten in der Regel über im wesentlichen gleiche Aufgaben, Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen verfügen. Dadurch wird die Auswahl der Kennziffern und deren Vergleichbarkeit deutlich erleichtert. Das intern-quantitative Benchmarking eignet sich dabei insbesondere als Instrument zur Leitungs- und Führungsinformation. Wie beim extern-quantitativen Benchmarking werden zwar keine Ursachen für Leistungsunterschiede erkennbar, aber immerhin Hinweise darauf geliefert, wo gegebenenfalls Interventions- und Verbesserungsbedarf besteht. Insofern kann ein wichtiger Beitrag zum Controlling geleistet werden.

Der entscheidende Nachteil des intern-quantitativen Benchmarkings besteht darin, daß keine externen Hinweise und Anregungen geliefert werden können. Dies birgt das Risiko, daß Schwachstellen, die insgesamt für eine entsprechende Einrichtung bestehen, nicht aufgedeckt werden können. Mit anderen Worten wird lediglich die operative Steuerung verbessert; Ansätze einer strategischen Steuerung, die grundsätzliche Verbesserungspotentiale im Blick haben würde, bleiben dagegen beim intern-quantitativen Benchmarking vernachlässigt.

#### *Extern-qualitatives Benchmarking*

Beim extern-qualitativen Benchmarking werden Geschäftsprozesse und Wirkungszusammenhänge analysiert und verglichen. Damit können auch weiterreichende Aussagen über „beste Lösungen“ getroffen werden. Aufgrund des damit verbundenen vergleichsweise hohen Aufwandes orientiert man sich in der Regel beim extern-qualitativen Benchmarking lediglich an einem oder zumindest wenigen Vergleichspartnern, die für den zu untersuchenden Bereich als besonders innovativ und erfolgreich gelten.

Ausgangspunkt hierfür können einerseits Einrichtungen aus ähnlichen Sektoren sein. So haben stationäre Altenhilfeeinrichtungen gelegentlich zumindest anekdotisch von den Erfahrungen guter Hotels profitiert. Bei dem Bestreben zur Senkung von Verwaltungskosten könnte auch von den Praktiken in Krankenhäusern gelernt werden. Dabei kommt es darauf an, Kernelemente einer innovativen Einrichtung oder eines Unternehmens zu identifizieren, ihre Übertragbarkeit und Anpaßbarkeit auf die jeweils eigenen Verhältnisse zu überprüfen und entsprechende Organisationsentwicklungen voranzutreiben. Probleme bei solchen Vergleichen ganzer Organisationen resultieren allerdings häufig daraus, daß komplexe Systeme wie eine ganze Altenhilfeeinrichtungen nicht ohne weiteres kopier- und übertragbar sind. Historisch gewachsene Strukturen, Zusammenhänge und Wechselwirkungen müssen berücksichtigt werden, da es außerordentlich schwierig ist, eine existierende Einrichtung

quasi auf der grünen Wiese neu zu konzipieren (vgl. Ansätze wie „Reengineering“). Trotz der damit verbundenen Probleme der Übertragbarkeit ganzer Systeme und deren Umsetzung können derartige Vergleiche jedoch ganz wesentliche Anregungen liefern.

Entscheidend ist bei diesem Ansatz, daß Vergleichspartner gefunden werden, die zumindest in einigen Geschäftsprozessen besser sind als die eigene Einrichtung. Hat man diese Partner und Geschäftsprozesse identifiziert und analysiert, so kommt es darauf an, die vorgefundenen Lösungen für die eigene Organisation anzupassen und einzuführen. Im Gegensatz zu den quantitativen Verfahren werden also nicht nur Verbesserungspotentiale identifiziert, sondern gleich innovative Lösungsstrategien mitgeliefert. Damit ist dieses extern-qualitative Benchmarking wesentlich anspruchsvoller und detaillierter, erfordert aber auch einigen Aufwand bei der Partnersuche, der Analyse der Geschäftsprozesse und der Anpassung und Umsetzung in der eigenen Organisation. Widerstände entstehen häufig, wenn die Beschäftigten der eigenen Organisation die Lösungen präsentiert bekommen, die Übertragbarkeit in Frage stellen und für die eigene Arbeit eher Nachteile befürchten.

#### *Intern-qualitatives Benchmarking*

Diesem Risiko entgeht das intern-qualitative Benchmarking. Es setzt auf das Qualitätsmanagement, indem nach entsprechenden gemeinsamen Leitlinien Verbesserungsprozesse entwickelt werden. Dieses Qualitätsmanagement wird zusätzlich dadurch angereichert, daß die Analysen, wie die entwickelten Verbesserungsvorschläge sowie die Umsetzungserfahrungen zwischen den beteiligten Organisationsentwicklungsgruppen systematisch ausgetauscht werden. Das Benchmarking setzt in diesem Fall einen konstruktiven Wettbewerb um beste Lösungen in der eigenen Organisation in Gang.

Der Vorteil dieses Ansatzes ist seine partizipative Ausrichtung, der auf die Kompetenzen und guten Ideen der Beschäftigten setzt und Widerstände von vornherein minimiert. Durch den Vergleich werden nicht nur Erfahrungen systematisch ausgetauscht, sondern auch entsprechende Anreize geschaffen, die individuelle Kreativität zu nützen und die Infragestellung bisheriger Verhaltensweisen vorzunehmen. Auf diese Weise können Selbststeuerungsmechanismen für Organisationsentwicklungsprozesse etabliert werden, die häufig erfolgsversprechender sind als die hierarchische Durchsetzung extern identifizierter bester Lösungen. Allerdings ist ein derartiges intern-qualitatives Benchmarking auch mit entsprechendem Aufwand an Zeit verbunden, und es besteht die Gefahr, daß potentiell bessere Lösungen anderer Organisationen vernachlässigt werden.

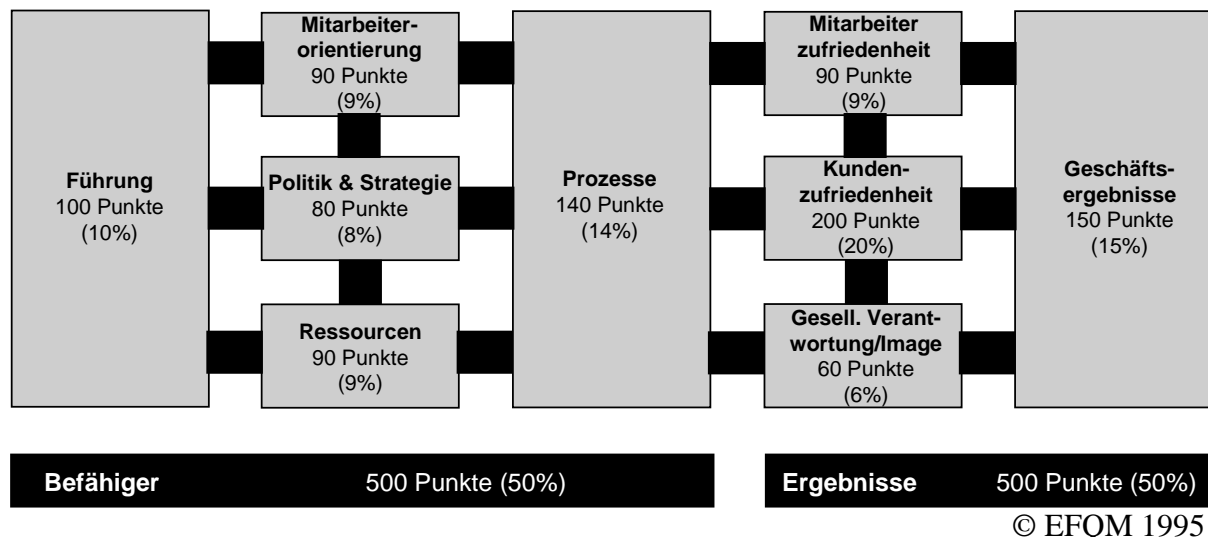
**Insbesondere der intern-qualitative Ansatz des Benchmarkings setzt gegenüber der bisherigen Steuerung stärker auf die Kreativität und Individualität der Beschäftigten und ihrer Einrichtungen. Damit verbunden ist eine deutliche Flexibilisierung und Dezentralisierung der Steuerung, die eine zielgerichtete Anpassung an die jeweiligen Bedingungen vor Ort besser ermöglicht als einheitliche Verfahrensvorschriften**

dies könnten. In der praktischen Umsetzung werden sich dabei die Grenzen der hier skizzierten Ansätze eher verwischen, und es wird zu Überschneidungen kommen. Der Nutzen gegenüber einer einseitigen Regelsteuerung ist dabei erheblich, auch wenn der Initialisierungsaufwand nicht zu vernachlässigen ist. Um diesen Aufwand zu beherrschen und den Einstieg in Benchmarkingprojekte zu erleichtern, werden im folgenden Abschnitt beispielhaft Verfahren angesprochen, die bei den ersten Schritten helfen können.

## 11.5 12.4 Qualitätsmanagement bildet Grundlage

Ein Gesamtkonzept, das den Anforderungen der Systematik und Integration unterschiedlicher Ansatzpunkte gerecht wird, sollte alle Dimensionen von Pflegeeinrichtungen berücksichtigen. Innerhalb des Projektes konnten die beteiligten Akteure die Nutzung solcher komplexer Systeme testen. Als eine gemeinsame Plattform hat sich dabei ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem herauskristallisiert, das am Modell der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement (EFQM) ausgerichtet ist. Dieses System ist geeignet, mit insgesamt 9 Kriterien, die in Unterkriterien operationalisiert und für deren Analyse konkrete Ansatzpunkte benannt werden, eine Struktur bereitzustellen, die die Leistungen von Unternehmen vollständig zu erfassen in der Lage ist (siehe auch Kapitel 3).

**Abb. 3: Umfassendes Qualitätsmanagementsystem der Europäischen Stiftung für Qualitätsmanagement**



Eine solche Struktur bringt eine Reihe von Vorteilen mit sich:

- Sie bietet eine betriebs- und branchenübergreifendes Konzept, das systematische Vergleiche von Unternehmen ermöglicht;
- sie erfaßt alle für den Unternehmenserfolg wichtigen Dimensionen, so daß unterschiedliche Handlungsstränge aufeinander bezogen werden können;
- sie berücksichtigt Erfolgsfaktoren (Befähigerkriterien) wie Ergebnisse, so daß sich aus der Analyse konkrete Handlungsmöglichkeiten ableiten lassen;
- sie ermöglicht die Integration einer Vielzahl von Instrumenten, so daß sie für spezifische betriebliche Bedürfnisse offen ist;
- sie erfaßt die Erfolgsfaktoren und Ergebnisse, ohne materielle Vorgaben zu machen, so daß sich alle Unternehmen, unabhängig von ihrem Entwicklungsstand daran messen und die eigene Position bestimmen können.

## 12      13      Weiterführende Literatur

- Backhaus, Klaus/Erichson, Bernd/Plinke, Wulff/Weiber, Rolf, 1990: Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung, Berlin.
- Badura, Bernhard/Evers, Adalbert, 1996: Dienstleistung 2000plus - Schlußbericht des Arbeitskreises 11: Sozial- und Gesundheitsdienste - Solidarität, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit - Zukunftsperspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen, Verf. Ms., Bielefeld.
- Bäcker, Gerhard/Heinze, Rolf G./Naegele, Gerhard, 1995: Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Band 1), Münster.
- Bandemer, Stephan von, 1997: König Kunde kennenlernen. Ergebnisse einer anonymen Befragung von 271 Kunden ambulanter Pflegedienste in Gelsenkirchen, Häusliche Pflege 1, 10-16.
- Bandemer, Stephan von/Weigel, Roland, 1998: Lernen von besten Ideen und Lösungen: Ein neues Benchmarkingzentrum initiiert Betriebsvergleiche für ambulante Pflegedienste, Häusliche Pflege 7, 22-27
- Bandemer, Stephan von/Born, Andreas/Bußmann, Ulrike, 1998: Daten, die Strukturen verändern können. Beschäftigte in Pflegediensten beurteilen ihren Arbeitsplatz, Häusliche Pflege 1, 39-44.
- Bandemer, Stephan von/Born, Andreas/Bußmann, Ulrike/Hilbert, Josef/Scharfenorth, Karin, 1995: Technik und Dienstleistung für mehr Lebensqualität im Alter: eine empirische Untersuchung bei Anbietern technischer Hilfsmittel für Senioren und Behinderte, ambulanten Diensten und stationären Alteneinrichtungen, IAT 95/4, Gelsenkirchen.
- Bandemer, Stephan von/Hilbert, Josef, 1996: Soziale Dienste und Gesundheit als Wachstumsbranche - Chance und Gestaltungsherausforderungen, Zeitschrift für Sozialreform 11/12, 763-776.
- Bandemer, Stephan von/Hilbert, Josef/Schulz, Erika, 1998: Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales. Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten. In: Bosch, Gerhard (Hrsg.): Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt, Frankfurt/Main, New York:, 412-435
- Bandemer, Stephan von/Weigel, Roland, 1998: Das Altern als wirtschaftliche Chance begreifen, Häusliche Pflege 3, 33-36.
- Bullinger, Hans J., 1998: Dienstleistung 2000plus - Zukunftsreport Dienstleistungen in Deutschland, Stuttgart.
- Friedrichs, Jürgen, 1990: Methoden empirischer Sozialforschung, Opladen.



- Gabanyi, Monika, 1995: Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Augsburg.
- Garg, Heinrich, 1995: Pflegebedürftigkeit als Gegenstand ökonomischer Sicherungspolitik, Frankfurt/Main.
- European Foundation for Quality Management Brüssel (Hrsg.), 1996: Selbstbewertung 1997. Richtlinien für Unternehmen. Selbstbewertung anhand des EFQM-Modells für Business Excellence 1997, Tilburg.
- Heinze, Rolf G./Olk, Thomas/Hilbert, Josef, 1988: Der neue Sozialstaat. Analyse und Reformperspektiven, Freiburg im Breisgau.
- Kaiser, Gert/Siegrist, Johannes/Rosenfeld, Eva/Wetzel-Vandai, Katharina (Hrsg.), 1996: Die Zukunft der Medizin - Neue Wege zur Gesundheit? (Schriftenreihe des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, Band 4), Frankfurt/Main, New York.
- Knappe, Eckhard/Winkler, Albrecht (Hrsg.), 1997: Sozialstaat im Umbruch - Herausforderungen an die deutsche Sozialpolitik, Frankfurt/Main, New York.
- Klose, Hans Ulrich (Hrsg.), 1993: Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demographischen Wandel, Köln.
- Klose, Hans Ulrich (Hrsg.), 1993: Altern hat Zukunft. Bevölkerungsentwicklung und dynamische Wirtschaft, Opladen.
- Knauf, Jürgen T., 1997: Benchmarking - das Lernen vom Besten. Ergebnisse eines interkommunalen Informations- und Erfahrungsaustausches, Verwaltungsführung, Organisation, Personalwesen (VOP) 1-2, 23-25.
- Mertins, Kai/Siebert, Gunnar/Kempf, Stefan (Hrsg.), 1995: Benchmarking: Praxis in deutschen Unternehmen, Berlin, Heidelberg, New York.
- Meyer, Claudia, 1996: Die Veränderung der Arbeitssituation in der Krankenpflege: Interesse und Bereitschaft Pflegender zur Mitgestaltung, Frankfurt.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen, 1995: Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen: Bestandsaufnahmen in typischen Regionen, Düsseldorf.
- Nefiodow, Leo A., 1996: Der sechste Kondratieff - Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin.
- Reiss, Hans-Christoph, 1993: Controlling und Soziale Arbeit. Ein Beispiel aus der Freien Wohlfahrtspflege, Berlin.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997: Gesundheitswesen in Deutschland - Kostenfaktor und Zukunftsbranche (Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung), Bonn.

- Schnell, Rainer/Hill, Paul B./Esser Elke, 1995: Methoden der empirischen Sozialforschung, München, Wien.
- Schönfeld, Michael/Pott-Langemeyer, Martin, 1997: Zukunft der Weiterbildung in der Holzverarbeitung. Dokumentation des Projekts „Entwicklung eines branchenspezifischen Weiterbildungskonzepts am Beispiel der Holzverarbeitenden Industrie in Nordrhein-Westfalen“ im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Projektbericht des Instituts Arbeit und Technik, 97-15, Gelsenkirchen.
- Statistisches Bundesamt, 1997: Ausgaben für Gesundheit 1995, Mitteilung an die Presse vom 10.12.1997.
- Verheugen, Günter (Hrsg.), 1994: 60 plus. Die wachsende Macht der Älteren, Köln.
- Wolf-Doettinden, Lorenz, 1994: Erbschaften. Eine Marginalie. Riesige Vermögenswerte werden an die nächste Generation weitergereicht. Wird Deutschland eine Gesellschaft von Rentiers? Wirtschaftswoche 47/Jahrgang 48, 41-50.

**Anhang 1:** Fragebogen der Betriebsdatenerhebung: Interviewleitfaden

**Qualifizierung von Beschäftigten  
in der ambulanten Pflege**

**Interviewleitfaden  
mit Inhabern/Geschäftsführern/  
Pflegedienstleitungen**

**1. Bitte schildern Sie uns den typischen Tagesablauf ihrer Pflegekräfte**

**2. Wie organisieren Sie den Betriebsablauf?**

Gibt es eine regelmäßige interne Pflegeübergabe, wenn ja wie verläuft sie?

Finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt?

Bevorzugen Sie eine strikte Arbeitsteilung zwischen einzelnen fachlichen Bereichen?

In welchen Bereichen fördern Sie Teamarbeit?

Wie oft und wie werden die tatsächlich abgegebenen Leistungen erfaßt?

Rechnen Sie direkt mit den Kassen ab oder mit einem Abrechnungszentrum?

Wie organisieren Sie Ihre Buchführung?

Welche EDV-Ausstattung benutzen Sie?

**3. Wie verläuft die Zusammenarbeit mit**

- Ärzten
- Apotheken
- Sanitätsfachgeschäften
- Pflegekassen
- Krankenkassen
- Medizinischem Dienst
- Sozialamt
- Therapeuten
- Sonstigen, und zwar

#### **4. Wie verläuft die externe Pflegeübergabe (z.B. mit Krankenhäusern oder Ärzten)?**

- bei der Übergabe der Pflegedokumentation
- bei der Besprechung über den Patienten/Kunden
- bei der längerfristigen gemeinsamen Betreuung der Patienten/Kunden

#### **5. Wie wird der Patient/Kunde beraten?**

Wie verläuft die Beratung beim 1. Besuch der Patienten/Kunden?

Halten Sie Pflegeanträge für Kunden bereit?

Beraten Sie Ihre Kunden regelmäßig über neue (Förderungs-) Angebote, z.B. Hilfen für Wohnungsumbau?

Informieren Sie Ihre Kunden über Angebote anderer Anbieter, wie z.B. Friseure oder Fußpfleger?

Ermuntern Sie Kunden, sich zu beschweren, wenn Sie unzufrieden sind?

Befragen Sie regelmäßig Ihre Patienten/Kunden über Ihre Zufriedenheit?

Pflegen Sie auch Patienten/Kunden, wenn der Kostenträger noch strittig ist?

Wie schnell sind Sie in einem Notfall erreichbar?

#### **6. Personalentwicklung**

Wie führen Sie Personalentwicklung durch?

Wie verlaufen Einstellungsgespräche?

Haben Sie ein Bewertungssystem für Personal?

Besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung für Beschäftigte?

**7. Was tun Sie, um die Qualität Ihres Pflegedienstes zu sichern?**

Fragen Sie nach Ideen Ihrer Beschäftigten?

Fördern Sie Verbesserungsvorschläge?

Beziehen Sie Beschäftigte in wichtige Entscheidungen ein?

Haben Sie definierte Pflegeziele?

Wie führen Sie Controlling durch?

Sonstiges?

**8. Wie führen Sie Öffentlichkeitsarbeit durch?**

- über Anzeigen (Zeitungen/Zeitschriften)

- Taxiwerbung

- Dienstwagenwerbung

- großflächige Werbeflächen

- Pressearbeit

- Prospekte

- Haben Sie ein einheitliches Erscheinungsbild  
(Kleidung/Auto/Briefpapier/Sonstiges)?

- Sonstiges?

**Anhang 2: Fragebogen der Betriebsdatenerhebung: Betriebsdatenerhebung**



**Qualifizierung von Beschäftigten  
in der ambulanten Pflege**

**Betriebsdatenerhebung**

## **Hinweise zum Fragebogen**

Wir möchten Sie darum bitten, die jeweils zutreffenden Antworten in den dafür vorgesehenen kleinen Kästchen  anzukreuzen oder einzutragen.

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, bei der Mehrzahl der Fragestellungen unter der Kategorie Sonstiges Ihre eigenen Angaben zu machen.

## **Was mit Ihren Angaben geschieht**

Alle Angaben werden vertraulich nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt und ausschließlich in zusammengefaßter Form ausgewertet. Ein Rückschluß auf einzelne Personen oder Dienste ist nicht möglich. Die Angaben werden den Pflegediensten nur in zusammengefaßter Form zur Verfügung gestellt.

1. Wann wurde Ihr Dienst gegründet ?.....

2. Welche Rechtsform hat der Dienst?.....

3. Wieviel Beschäftigte haben Sie insgesamt? .....

davon weiblich .....

davon männlich.....

**4. Welche Dienstleistungen bieten Sie an?**

• medizinisch-pflegerische Betreuung .....

• gerontopsychiatrische Betreuung .....

• hauswirtschaftliche Hilfen .....

• Essen auf Rädern .....

• therapeutische Maßnahmen .....

• zeitintensive Pflegeleistungen.....   
(z. B. Sitzwachen)

• Vermittlung zu sozialen Initiativen  
z. B. zu Selbsthilfegruppen .....

• Beratungsangebote .....

• Angehörigenarbeit .....

• Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

**5. Wo sind die Einsatzbereiche Ihres Dienstes?****(Bitte geschätzt in Prozent angeben)**

- Privathaushalte .....  %
- Altenwohnungen .....  %
- Betreutes Wohnen .....  %
- Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_  %

Summe = 100 %

**6. Welche der folgenden Personengruppen betreut Ihr Dienst?****(Bitte geschätzt in Prozent angeben)**

- Senioren .....  %
- Behinderte .....  %
- Kinder .....  %
- Sonstige Gruppen, und zwar \_\_\_\_\_  %

Summe = 100 %

**7. Wie alt sind Ihre Kunden/Patienten durchschnittlich? .....** **8. Wieviele Kunden haben Sie durchschnittlich pro Monat? .....**

**9. Wieviele Einsätze rechnen Sie (geschätzt in Prozent) ab über**

• **SGB V (Häusliche Krankenpflege)**

• (Grund- und Behandlungspflege nach § 37,1) .....  %

• (Behandlungspflege nach § 37,2) .....  %

• **über SGB XI (Pflegeversicherung)**

• Pflegestufe 1 .....  %

• Pflegestufe 2 .....  %

• Pflegestufe 3 .....  %

• **BSGH** .....  %

• **Privat (Zuzahlung)** .....  %

• **Sonstiges, und zwar** \_\_\_\_\_  %

**10. Wieviele Pflegeeinsätze haben Sie im Monat? .....**

**11. Wie verteilt sich die Finanzierung Ihres Dienstes im letzten Kalenderjahr?  
(Bitte geschätzt in Prozent angeben)**

- Krankenkassen .....  %
- Pflegekassen .....  %
- Rentenversicherung.....  %
- Sozialhilfeträger .....  %
- Selbstzahler .....  %
- Öffentliche Förderung .....  %
- Sonstige, und zwar \_\_\_\_\_  %

Summe = 100 %

**12. Wieviel Beschäftigte haben...  
(Bitte Anzahl angeben)**

- eine Vollzeitstelle .....
- eine Teilzeitstelle .....
- ein versicherungsfreies Beschäftigungsverhältnis .....
- eine andere Stelle, und zwar \_\_\_\_\_

**13. Welche Qualifikation haben Ihre Beschäftigten?****(Bitte Anzahl angeben)**

- examinierte Krankenschwestern/Pfleger.....
- examinierte Altenpfleger/innen .....
- angelernte Pflegekräfte.....
- angelernte Hauswirtschaftskräfte.....
- Sozialarbeiter/innen .....
- Auszubildende .....
- Praktikanten und Schüler.....
- Verwaltungskräfte .....
- Sonstige, und zwar \_\_\_\_\_

**13a. Wieviel Beschäftigte arbeiten überwiegend in der Pflege?.....** **13b. Wieviel Beschäftigte arbeiten überwiegend im  
hauswirtschaftlichen Bereich?.....**

13c. Wieviel Beschäftigte arbeiten überwiegend in der Verwaltung?

14. Haben Ihre Beschäftigten zu folgenden Themen Fort- und Weiterbildungen besucht?

	Ja	Nein
• Marketing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rechnungswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Personalentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Controlling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pflegestandards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schnittstellenmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstiges, und zwar _____		

1.1 Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit



**Anhang 3:** Kundenfragebogen

**Qualifizierung von Beschäftigten  
in der ambulanten Pflege**

**Kundenfragebogen**

**Eine Befragung der  
Patienten/Kunden ambulanter  
Pflegedienste**

### **Hinweise zum Fragebogen**

Wir möchten Sie darum bitten, die jeweils zutreffenden Antworten in den dafür vorgesehenen kleinen Kästchen  anzukreuzen .

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, bei einigen Fragen Ihre persönliche Meinung (Anregungen, Kritik oder Erläuterungen) zu den jeweiligen Fragen in den großen Kasten einzutragen.

### **Was mit Ihren Angaben geschieht**

Alle Angaben werden vertraulich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt und ausschließlich in zusammengefaßter Form ausgewertet. Ein Rückschluß auf einzelne Personen ist nicht möglich.

### 1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Pflegedienst?

- sehr zufrieden.....
- zufrieden.....
- teils, teils.....
- unzufrieden.....
- sehr unzufrieden....

### 2. Wie fühlen Sie sich, wenn der Pflegedienst zu Ihnen ins Haus kommt?

- Meistens freue ich mich.....
- Es gehört zu meinem Tagesablauf.....
- Es stört meinen Tagesablauf.....

### 3. Wobei hilft Ihnen der Pflegedienst?

- Der Dienst hilft mir beim Aufstehen, Waschen und Anziehen.....
- Der Dienst hilft mir bei der medizinischen Pflege.....
- Der Dienst hilft mir beim Putzen, Spülen und Kochen.....
- Der Dienst hilft mir bei der Wäsche.....
- Der Dienst hilft mir beim Einkauf.....
- Der Dienst begleitet mich auf der Straße.....
- Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

### 4. Können Sie im Notfall den Pflegedienst jederzeit erreichen?

- Ja, der Pflegedienst kümmert sich sofort um mich .....
- Ja, aber es dauert einige Zeit, bis der Pflegedienst Zeit für mich hat.....
- Es dauert mir zu lange, bis der Pflegedienst sich Zeit für mich nimmt.....

**5. Seit wann kommt der Pflegedienst, von dem Sie momentan betreut werden, zu Ihnen?**

- Der Pflegedienst kommt seit...

Monat	<input type="text"/>
Jahr	<input type="text"/>

**6. Wie wurden Sie beim ersten Besuch des Pflegedienstes beraten ?**

- Ich habe mich umfassend informiert gefühlt.....
- Ich wußte nach dem ersten Besuch nur das Nötigste.....
- Ich bin bis heute nicht richtig beraten worden.....

**7. Hat der Pflegedienst Ihnen geholfen, einen Pflegeantrag zu stellen?**

- Ja.....
- Nein.....

**8. Wurde Ihnen vom Pflegedienst genau erklärt, welche Kosten der Pflege von der Kasse übernommen werden?**

- Ja.....
- Ungefähr.....
- Nein.....

### 9. Wie haben Sie den Pflegedienst, der Sie betreut, ausgewählt?

- Der Pflegedienst ist mir empfohlen worden durch...
  - Ärzte.....
  - Krankenhäuser.....
  - Angehörige.....
  - Freunde/Bekannte.....
  - Nachbarn.....
  - Sonstige.....
- Ich habe den Pflegedienst aus dem Telefonbuch herausgesucht.....
- Ich bin durch Werbung auf den Pflegedienst aufmerksam geworden.....
- Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

### 10. Haben Sie sich schon einmal beim Pflegedienst beschwert?

- Ja ich habe mich schon beim Pflegedienst beschwert.....
- Nein, ich traue mich nicht.....
- Ich habe bislang keinen Grund gehabt, mich zu beschweren.....
- Ich weiß nicht so richtig, bei welcher Stelle ich mich beschweren soll.....

### 11. Falls Sie sich schon einmal beschwert haben, änderte sich anschließend etwas?

- Ja.....
- Nein.....
- Manchmal.....

**12. Im folgenden möchten wir gerne wissen, auf welche Leistungen des Pflegedienstes Sie besonderen Wert legen?**

- |  | <b>ja</b>                | <b>teilweise</b>         | <b>nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Ich lege Wert auf eine gute <u>Qualität der Pflege</u> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß der Pflegedienst sich genügend <u>Zeit für die Pflege</u> nimmt.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß sich der Pflegedienst <u>Zeit für Beratung</u> nimmt, wenn ich einen besonderen Wunsch habe.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß <u>meistens/immer die gleiche Pflegekraft</u> kommt.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß der Pflegedienst zu <u>angenehmen Zeiten</u> kommt.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß die Pflegekraft sich <u>Zeit für ein Gespräch</u> mit mir nimmt.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß der Pflegedienst mir Adressen gibt, bei denen ich noch <u>andere Unterstützungsmöglichkeiten</u> bekomme, (z. B. durch den Besuch eines Friseurs)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß die Pflegekraft <u>freundlich</u> ist.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich lege Wert darauf, daß die Pflegekraft <u>sauber</u> arbeitet.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13. Wir möchten gerne von Ihnen wissen, wie zufrieden Sie mit den Leistungen Ihres Pflegedienstes sind.**

- |   | <b>ja</b>                | <b>teilweise</b>         | <b>nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Ich bin zufrieden mit der <u>Qualität der Pflege</u> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin zufrieden mit der <u>Zeit</u> ,<br>die sich der Pflegedienst <u>für die Pflege</u> nimmt.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin zufrieden mit der <u>Zeit für Beratung</u> ,<br>wenn ich einen besonderen Wunsch habe.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Meistens/immer kommt die <u>gleiche Pflegekraft</u> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin <u>zufrieden</u> mit den <u>Zeiten</u> ,<br>in denen der Pflegedienst kommt.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin zufrieden mit der <u>Zeit für Gespräche</u> ,<br>die sich die Pflegekraft nimmt.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin zufrieden damit, daß ich noch andere<br>Adressen für <u>Unterstützungsmöglichkeiten</u> bekomme<br>(z. B. von einem Friseur)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin zufrieden mit der <u>Freundlichkeit</u> der Pflegekraft..   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin zufrieden mit der <u>Sauberkeit</u> der Pflegekraft.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**14. Welche der folgenden Hilfen kommen für Sie noch in Betracht?**

(Kreuzen Sie bitte die Leistungen an, die für Ihr tägliches Leben noch erforderlich sind!)

- Hilfe beim Putzen, Spülen und Kochen.....
- Hilfe bei der Wäsche.....
- Hilfe beim Einkaufen.....
- Essen auf Rädern.....
- Begleitung auf der Straße.....
- Gymnastikangebot.....
- Angehörigenberatung.....
- Hausnotruf.....
- Verleih von Krankenbetten oder Rollstühlen.....
- Friseur- oder Fußpflege.....
- Unterstützung/Beratung beim Wohnungsumbau.....
- Freizeitangebote.....
- Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

**15. Wären Sie bereit, auch privat zu bezahlen, falls Sie zusätzliche Hilfe zur Pflege brauchen?**

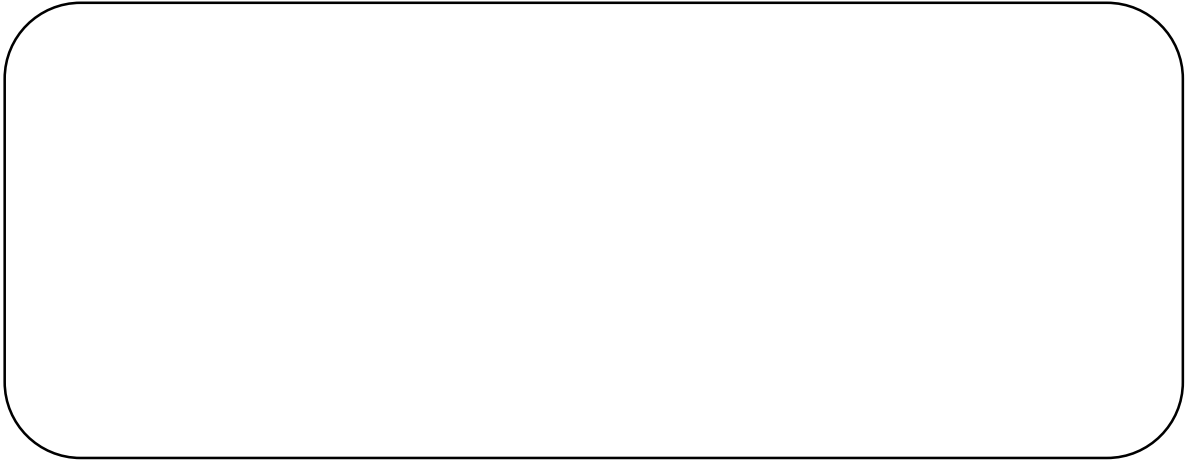
- Ja, bis zu 50 DM im Monat.....
- Ja, bis zu 100 DM im Monat.....
- Ja, bis zu 200 DM im Monat.....
- Ja, über 200 DM im Monat.....
- Nein, das kann ich nicht bezahlen.....

**16. Reden Sie mit der Pflegekraft darüber, wie Sie Ihr Leben selbständiger und angenehmer einrichten können?**

- Ja, oft.....
- Ja, aber selten.....
- Nein, nie.....

**17. Gibt es etwas, daß Sie an Ihrem Pflegedienst besonders loben oder kritisieren wollen?**

(Bitte hier aufschreiben!)



**12.1 Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit**



**Anhang 4:** Mitarbeiterfragebogen

**Qualifizierung von Beschäftigten  
in der ambulanten Pflege**

**Mitarbeiterfragebogen**

**Eine Befragung der Mitarbeiterinnen  
und Mitarbeiter ambulanter  
Pflegedienste**

## Hinweise zum Fragebogen

Wir möchten Sie darum bitten, die jeweils zutreffenden Antworten in den dafür vorgesehenen kleinen Kästchen  anzukreuzen.

Bei den Fragen 4 bis 8 füllen Sie bitte auf der 5er Skala jede Zeile aus.

### Beispiel Frage 4:

Wie stark sind Ihre persönlichen, fachlichen Anforderungen auf den folgenden Gebieten?

	stark überfordert	+1	genau richtig 0	-1	stark unterfordert -2	trifft für mich nicht zu
in der Pflege fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie sich mit der Pflege von Patienten/Kunden stark überfordert fühlen, kreuzen Sie bitte **+2** (stark überfordert) an. Fühlen Sie sich leicht überfordert, so kreuzen Sie **+1** an. Sind die Anforderungen genau richtig, so kreuzen Sie bitte **0** an, usw.

Wenn Sie dagegen keine pflegerischen Tätigkeiten in Ihrem Dienst übernehmen, weil Sie z.B. in der Verwaltung arbeiten, so kreuzen Sie bitte "trifft für mich nicht zu" an.

Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, bei den Fragen 4 bis 7 Ihre persönliche Meinung (Anregungen, Kritik oder Erläuterungen) zu den jeweiligen Fragen in den großen Kasten einzutragen.

### Was mit Ihren Angaben geschieht

Alle Angaben werden vertraulich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt und ausschließlich in zusammengefaßter Form ausgewertet. Ein Rückschluß auf einzelne Personen ist nicht möglich. Die Angaben werden den Pflegediensten nur in zusammengefaßter Form zur Verfügung gestellt.

**1. Arbeiten Sie in Ihrem Dienst als...**

- Vollzeitkraft.....
- Teilzeitkraft.....
- Aushilfe/geringfügig Beschäftigte(r).....

**2. Welche Ausbildung besitzen Sie bzw. welche Position üben Sie im Pflegedienst aus ?**

- ex. Altenpfleger(in) / ex. Krankenschwester(pfleger).....
- angelernte Pflegekraft .....
- angelernte Hauswirtschaftskraft .....
- Auszubildende(r) .....
- Praktikant(in) /Schüler(in).....
- Verwaltungskraft .....
- Sonstiges .....

**3. Wie zufrieden sind Sie, insgesamt gesehen, mit der Arbeit in Ihrem Pflegedienst ?**

- sehr zufrieden .....
- zufrieden .....
- teils/teils .....
- unzufrieden .....
- sehr unzufrieden .....

**4. Die Arbeit in Ihrem Pflegedienst setzt sich in der Regel aus mehreren Tätigkeiten zusammen. Wie stark sind Ihre persönlichen, fachlichen Anforderungen auf den folgenden Gebieten?**

	stark überfordert		genau richtig	stark unterfordert		trifft für mich nicht zu
	+2	+1	0	-1	-2	
• in der Pflege fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei Gesprächen mit Patienten über ihre persönliche Situation fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei rechtlichen Nachfragen der Patienten fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei Gesprächen mit der Pflegedienstleitung fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei Gesprächen/Diskussionen in den Dienstbesprechungen fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei fachlichen Gesprächen mit Ärzten/ Krankenhäusern fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei Vermittlung von neuen Angeboten bei Patienten und Erklärung der Finanzierbarkeit fühle ich mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie zu diesem Themenblock noch Anregungen, Verbesserungen oder Kritik haben, tragen Sie diese bitte in den nachstehenden Kasten ein.**





**5a. Was waren Ihre persönlichen Gründe, die Stellung bei Ihrem jetzigen Pflegedienst anzunehmen?**

	trifft voll zu				trifft gar nicht zu
	5	4	3	2	1
• Ausüben des erlernten Berufes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spaß an der Arbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• anderen Menschen helfen zu können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verdienstmöglichkeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Karriere-/Aufstiegsmöglichkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arbeitsplatzsicherheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• günstige Arbeitszeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• gutes Betriebsklima.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich habe nichts anderes bekommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5b. Wie sind die oben genannten Gründe in Erfüllung gegangen?**

	voll und ganz				überhaupt nicht
	5	4	3	2	1
• Ausüben des erlernten Berufes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spaß an der Arbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• anderen Menschen helfen zu können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verdienstmöglichkeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Karriere-/Aufstiegsmöglichkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arbeitsplatzsicherheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• günstige Arbeitszeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• gutes Betriebsklima .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie zu diesem Themenblock noch Anregungen, Verbesserungen oder Kritik haben, tragen Sie diese bitte in den nachstehenden Kasten ein.**



**6. Wie würden Sie die Leitung ihres Pflegedienstes in der täglichen Zusammenarbeit beschreiben ?**

	trifft voll zu				trifft gar nicht zu
	5	4	3	2	1
• die Leitung fördert eigenverantwortliches Arbeiten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Leitung fördert die Zusammenarbeit innerhalb des Pflegedienstes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Anweisung der Leitung ist häufig nicht nachvollziehbar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bei Meinungsverschiedenheiten kann ich mit der Leitung sachlich darüber reden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• an der Organisation der Dienst-/Pflegepläne kann ich mich beteiligen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wenn ich Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsabläufe mache, setzt sich die Leitung damit auseinander.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wenn ich Fragen/Probleme habe, kann ich mich jederzeit an die Leitung wenden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Leitung übt häufig unsachliche Kritik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Leitung unterstützt mich in meiner beruflichen Entwicklung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie zu diesem Themenblock noch Anregungen, Verbesserungen oder Kritik haben, tragen Sie diese bitte in den nachstehenden Kasten ein.**

**7. Im folgenden möchten wir Sie bitten, die interne Organisation Ihres Pflegedienstes zu bewerten.**

	trifft voll zu		trifft gar nicht zu		
	5	4	3	2	1
• es gibt häufig Abstimmungsprobleme/ Mißverständnisse bei der Pflegeübergabe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aufgrund mangelnder Abstimmung werden häufig Doppelarbeiten durchgeführt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ich bin über alle Pflegeschritte bei meinen Patienten (Pflegeplanung, Ausführung, Pflegedokumentation) gut informiert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Abstimmung zwischen dem Pflege- personal und der Leitung funktioniert gut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Dienstpläne sind gut organisiert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in den Dienstbesprechungen erhalte ich genügend Informationen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• über die Pflegeziele meiner Patienten bin ich gut informiert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Wegestrecken zwischen den einzelnen Patienten sind optimal geplant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• es gibt genügend fachliche Informationsmöglichkeiten im Dienst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• es stehen genügend technische Hilfsmittel zur Arbeitserleichterung zur Verfügung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie zu diesem Themenblock noch Anregungen, Verbesserungen oder Kritik haben, tragen Sie diese bitte in den nachstehenden Kasten ein.**

**8. Wie würden Sie Ihren Pflegedienst hinsichtlich folgender Faktoren bewerten?**

	<b>sehr gut</b>		<b>teils, teils</b>		<b>sehr schlecht</b>
	<b>+2</b>	<b>+1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
• die Qualität der Pflege ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Organisation des Pflegedienstes ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• die Arbeitsplatzsicherheit ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• das Verhältnis zur Pflegeleitung ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• das Verhältnis zu den Kollegen ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!**