

Ute Carstens

**Nachtdienst und Rufbereitschaft als neue Dienstleistung für die
ambulante Pflege**

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades
einer Diplom-Pflegewirtin
an der
Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“
im Studiengang Pflege/Pflegemanagement

Eingereicht: im Wintersemester 2004/2005
am 17.12.2004

Projektseminar: „Ambulantisierung“ im Krankenhausbereich - welche Markt-
chancen bieten sich der Pflege?

Erstgutachter: Herr Marius Greuèl, MPH

Zweitgutachter: Herr Professor Jochen Brauns

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Problembeschreibung	4
2.1 Welche Gründe führen zu den Versorgungslücken in der „Rund um die Uhr Versorgung“ ?	5
2.2 Der Kunde oder der Patient, eine Begriffsbestimmung	7
2.3 Dienstleistung für Dienstleister	9
3. Die Untersuchung	12
3.1 Methodisches Vorgehen	12
3.2 Entwicklung des Fragebogens	13
3.3 Auswahl der Pflegedienste, Beschreibung des Samplings	15
3.4 Die Untersuchungsergebnisse	18
3.4.1 Diskussion der Ergebnisse	34
3.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Untersuchung	35
4. Fallbeispiele	37
4.1 Rufbereitschaft für Notfälle (NRB) aus Kiel	37
4.2 Ambulante Nachtpflege Daheim e.V. aus Heidelberg	37
5. Literaturverzeichnis	39
6. Abkürzungsverzeichnis	42
7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	43
8. Anlage: Fragebogen	44

1. Einleitung

„24 Stunden für Sie erreichbar“ oder „Ihre Versorgung rund um die Uhr“ das sind Botschaften, die gerne in den Gelben Seiten oder auf Autotüren von ambulanten Pflegeeinrichtungen stehen. Wie ist es nun mit der Versorgung „Rund um die Uhr“ durch ambulante Pflegedienste innerhalb von Berlin bestellt?

Dieser Frage soll in der Diplomarbeit nachgegangen werden. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt und an fast ein Drittel aller 378 ambulanten Pflegedienste verschickt, um aus der Sicht der ambulanten Pflegedienste eine Situations-einschätzung der nächtlichen Versorgung in Berlin zu erhalten.

Durch meine aktive Teilnahme an der Implementierung und Durchführung eines Rufbereitschafts- und Nachtdienstes in Flensburg, kurz nach der Einführung der Pflegeversicherung, hat mich das Thema sehr interessiert.

Nachtdienst und Rufbereitschaft sind Dienstleistungsangebote, die es in der ambulanten Pflege bereits gibt. Dennoch habe ich den Titel „Nachtdienst und Rufbereitschaft als *neue* Dienstleistung für die ambulante Pflege“ aus folgenden Gründen gewählt:

1. Einen Nachtpflegedienst, der u.a. als Kooperationspartner für andere Pflegedienste tätig ist und Pflegebedürftige nur in der Nacht versorgt, gibt es in Berlin nicht.
2. Die Idee, ein Call-Center für ambulante Pflegedienste einzurichten, wird von einigen der Trägerverbände bereits praktiziert. Das Novum an dieser Dienstleistung ist es, sie als Service für alle ambulanten Pflegedienste anzubieten und zu verkaufen. Das ist z.B. mit Abrechnungsfirmen zu vergleichen, die im Auftrag der Pflegedienste deren Abrechnung mit den Kranken- und Pflegekassen bis hin zur Lohnbuchhaltung durchführen.

Die Schwierigkeiten, Rufbereitschaft und Nachtdienst unter den derzeitigen Vergütungsbedingungen durchzuführen, verlangen nach kreativen Lösungen für die ambulanten Pflegedienste und die Pflegebedürftigen.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwende ich überwiegend die männliche Form, dieses ist keine geschlechtsspezifische Diskriminierung, sondern schließt natürlich beide Geschlechter ein.

2. Problembeschreibung

Die Literaturrecherche zum Thema *Nachtdienst und Rufbereitschaft in der ambulanten Pflege* hat unterschiedliche Ergebnisse gebracht.

Zum Nachtdienst direkt gibt es einen Artikel von Uschi Grieshaber (1996), in dem ein Nachtpflegedienst aus Heidelberg beschrieben wird. Die Recherche im Internet hat ergeben, dass er noch dort tätig ist, sich also offensichtlich etabliert hat.

Zum Thema *Rufbereitschaft* wurde in den Medien bisher mehr veröffentlicht. Thematisch setzen sich viele dieser Veröffentlichungen mit rechtlichen Fragen zu Arbeitszeitregelungen in der Rufbereitschaft auseinander. Andere Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Rufbereitschaft im Zusammenhang von Hausnotruf. Elisabeth Wetzel (2001) stellt in ihrem Artikel verschiedene Möglichkeiten vor, die Zusatzleistung Hausnotruf als Pflegedienst selbst oder in Kooperation mit einem Hausnotrufanbieter anzubieten.

In den Printmedien finden sich Artikel, die über die Nachfrage nach 24-Stunden-Pflege berichten. In diesem Zusammenhang berichtet Eva Richter (2004) von Schwarzarbeit in der Pflege. Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland bereits eine geschätzte Anzahl von 50.000 bis 60.000 illegalen Pflegekräften. Diese leisten pro Arbeitskraft eine 24-Stunden-Betreuung für durchschnittlich ca. 500 bis 800 Euro monatlich, hinzukommen noch Kost und Logis. Für eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ durch einen Pflegedienst muss ein Pflegebedürftiger im Durchschnitt 3.000 bis 5.000 Euro monatlich bezahlen. Es gibt vereinzelt Anbieter, die sich auf die 24-Stunden-Betreuung spezialisiert haben, aber ihre Zahl ist überschaubar. Obschon die Kosten sehr hoch sind, dürften die Anfragen beständig steigen. Dieser Bedarf entsteht durch die steigende Anzahl der Demenzerkrankungen, die demografische Entwicklung und durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (G-DRGs) mit den sich daraus ergebenden früheren Entlassungen aus den Krankenhäusern.

Die genannten Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass es einen Bedarf an 24-Stunden-Pflege gibt.

2.1 Welche Gründe führen zu den Versorgungslücken in der „Rund um die Uhr Versorgung“?

Gründe für die Versorgungslücken der nächtlichen Betreuung, die sich unter anderem durch die hohe Anzahl illegaler Pflegekräfte vermuten lassen und von Experten¹ in Interviews geäußert wurden, können in finanziellen und organisatorischen Bereichen zu finden sein. Hier muss nach Nachfrager- und Anbieterseite unterschieden werden. Zum einen können die Kosten für die Pflegebedürftigen eine Rolle spielen, so dass ein flächendeckendes Angebot nicht nachgefragt wird. Es können aber ebenfalls Informationsdefizite bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu einer relativ geringeren Nachfrage in der Nacht als am Tag führen. Hierbei kann es sich u. U. um mangelndes Fachwissen handeln, zum Beispiel die Maßnahme des regelmäßigen zweistündlichen Lagerns der Dekubitusprophylaxe betreffend. Oft handelt es sich aber nicht um mangelndes Fachwissen, sondern den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist nicht bekannt, dass sie auch nächtliche Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst bekommen können.

Die Anbieterseite hat andere Probleme, solange die Nachfrage in der Nacht nicht vergleichbar so hoch ist wie am Tag. Die Vergütung der Pflegedienste ist nicht kostendeckend, so dass einzelne Nachteinsätze den Pflegediensten mehr Ausgaben als Einnahmen bereiten. Im Bereich der Pflegeversicherung werden die Vergütungssätze nach den Leistungskomplexen bezahlt. Lediglich die Einsatzpauschale ist zwischen 22.00 und 06:00 Uhr doppelt so hoch wie am Tag, also 5,22 € statt 2,61 €. Im Bereich der Krankenversicherung werden die nächtlichen Einsätze wie am Tag vergütet. Die Vergütung bei Notfall- oder Rufbereitschaftseinsätzen ist nicht vereinbart, demzufolge zahlen die Krankenkassen für diese Einsätze nicht. Bei Beziehern von Sozialhilfe kann das so genannte Notfallmodul Nr. 36 (24,00 € für einen Notfalleinsatz) über das Bezirksamt abgerechnet werden. Das träfe zum Beispiel bei Notfällen zu, wenn die Pflegekraft auf den Rettungswagen wartet. Bei Pflegeversicherungsleistungsempfängern können auch Module aus der Pflegeversicherung, zum Beispiel ein zusätzlicher Einsatz mit dem Leistungskomplex Darm- und Blasenentleerung, abgerechnet werden, wenn die Leistungskomplexe noch nicht über die Sachleistungen

¹ Als Experten wurden für das „Forschungsprojekt Häusliche Nachtpflege“ in Bremen Vertreter aus vorhandenen Angeboten nächtlicher Dienstleistungen, wie beispielsweise Hausnotruf, Hospizarbeit und Vertreter aus dem Versorgungssystem Behinderter, angegeben.

verplant sind. Ansonsten werden die Einsätze zu den Modulsätzen als Selbstzahler abgerechnet. Die Möglichkeit, den Kunden diese Einsätze als privat zu zahlende Leistungen in Rechnung zu stellen, ist gegeben.

Zu den organisatorischen Hindernissen kann Personalrekrutierung für die ambulante Pflege in der Nacht gehören. Weniger die Arbeitszeit als vielmehr die Arbeitsbedingungen nachts in der ambulanten Pflege könnten zu Personalengpässen führen. Das Problematische an den Arbeitsbedingungen sind die Wege, zum Beispiel in abgelegene Wohngegenden, was Ängste bei den Pflegekräften hervorrufen kann.

Bei dem Bremer Forschungsprojekt *Häusliche Nachtpflege* wurde festgestellt, dass es kein gesichertes flächendeckendes Angebot an häuslicher Nachtpflege zwischen 22.00 und 06.00 Uhr gibt. Das Forschungsprojekt mit dem Titel „*Häusliche Nachtpflege. Zur Realisierung Häuslicher Nachtpflegeangebote unter Bedingungen der Pflegeversicherung in Deutschland, dargestellt am Beispiel der Stadt Bremen*“ lief vom Februar 2000 bis zum April 2001 unter der Leitung von Prof. Dr. Johanna Taubert. Zunächst wurde mit einem halbstandardisierten Fragebogen der Bedarf an häuslicher Nachtpflege und deren Bedingungen der Realisierung in den Bremer Pflegediensten erfragt. Im weiteren Schritt wurden zur Klärung des Bedarfes und einer vertiefenden Darstellung von Realisierungs- bzw. Hinderungsgründen Experten- und Betroffeneninterviews durchgeführt. Im nächsten Schritt wurde ein Workshop mit den Teilnehmern der Interviews durchgeführt und aus den Vorschlägen und Diskussionsbeiträgen der Workshopteilnehmer wurden Grundlagen für die Empfehlungen erarbeitet. Durch die Interviews ziehen sich zahlreiche Aussagen über die extreme Belastung pflegender Angehöriger. Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Interviews ist der Widerspruch, dass die Ergebnisse aus den Fragebögen der Bremer Studie die Nachfrage nach häuslicher Nachtpflege relativ gering angeben, die Betroffenen und Experten jedoch einen hohen Bedarf beschreiben. Die Finanzierung der häuslichen Nachtpflege ist für die Betroffenen oft ein Problem, welches eine Inanspruchnahme entsprechender Angebote erschwert oder verhindert. Auf Anbieterseite wurden folgende Aspekte und Probleme zur Realisierung einer häuslichen Nachtpflege diskutiert: Bedarfsermittlung, Öffentlichkeitsarbeit, Personalrekrutierung, Finanzierung, Kooperation/Vernetzung sowie die Initiierung (Taubert, 2001).

Aus den Ergebnissen wurden Empfehlungen zur Einrichtung einer häuslichen Nachtpflege formuliert. Deren wesentliche Aussagen sind:

„Eine Häusliche Nachtpflege ist in Trägerschaft und Organisationsstruktur selbstständig einzurichten.

Eine Häusliche Nachtpflege muss mit den vorhandenen Anbietern im Bereich der ambulanten Pflege kooperieren.

Eine Häusliche Nachtpflege bedarf einer Überprüfung der geltenden Finanzierungen von Pflege und Betreuung in der Nacht, sowohl kurzfristig bei den Pflege- und Krankenkassen wie dem Sozialhilfeträger in Bremen als auch langfristig im System der Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung auf Bundesebene.“ (Taubert, 2001, S. 8)

2.2 Der Kunde oder der Patient, eine Begriffsbestimmung

Unter den Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung hat sich die Trägerlandschaft verändert. Vor ihrer Einführung war der Anteil privater Träger in der ambulanten Pflege gering. Im Jahre 2001 waren bereits 52 % der Pflegedienste in privater, 46 % in freigemeinnütziger Trägerschaft und nur noch 2 % in öffentlicher Hand (ver.di, 2004). Mit dem damit verbundenen Wandel der Sozialstationen vom Wohlfahrts- zum Dienstleistungsbetrieb ist die ambulante Pflege zu einem Geschäft geworden. Dieser Wandel ist unter anderem im Pflegeversicherungsgesetz begründet, wonach der Pflegedienst eine selbständig wirtschaftliche Einrichtung ist und die Versorgungsverträge nur mit Einrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die wirtschaftlich selbständig sind und die Gewähr für eine leistungsfähige pflegerische Versorgung bieten². In diesem Zusammenhang wird immer häufiger der Begriff *Kunde* für die zu betreuenden Personen verwendet. Einhergehend mit der Begriffsänderung vom *Patienten* zum *Kunden* hat sich ebenfalls ein Wertewandel vollzogen (Ewers/Schaeffer, 1999). Vor ein paar Jahren noch wurden alle zu betreuenden Personen in der Krankenpflege Patienten genannt. Ausnahmen waren die Bewohner in den stationären Einrichtungen, diese wurden Bewohner oder Gäste genannt.

Seit einigen Jahren wird der Begriff Patient vermehrt durch den Begriff *Kunde* oder *Klient* ersetzt. Parallel wird ebenfalls eine Diskussion zu dem Kundenbegriff in der Pflege geführt. Mit den Begriffen *Klienten*, *Patienten* oder *Kunden* als Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen sind bestimmte Rollenerwartungen verbunden. „*Ein unterschiedliches Merkmal zwischen dem Status des Kunden, dem des Klienten*

² Siehe hierzu das SGB XI (§§ 71 und 72).

und dem des Patienten ist das jeweilige Ausmaß an Selbstbestimmung und Souveränität in der Dienstleistungsbeziehung.“ (Müller/Thielhorn, 1999, S. 27)

Kluge fasst den Begriff Klient sprachhistorisch, danach ist der Klient ein Schutzbe-
fohlener.

*„... ursprünglich eine landlose oder landarme Person, die in einem Abhängigkeits-
verhältnis zu einem Patron steht. ... mit der Veränderung der Sozialordnung und der
Entwicklung anderer Formen der Rechtsvertretung verändert sich die Bedeutung:
... 'derjenige, der sich einem Anwalt, Arzt usw. anvertraut.'“ (Kluge, 1999, S. 449)*

Der Begriff Klient ist für den psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Ar-
beitsbereich durchaus üblich.

Der Patient ist eine Person, die vom Arzt oder einem Angehörigen anderer Heilberu-
fe behandelt oder betreut wird. In der Pflege wird zum großen Teil der Begriff *Pati-
ent* verwendet, wobei dieser sich aus der Sicht desjenigen ergibt, der die Behandlung
oder Betreuung übernimmt. Das Wort *Patient* kommt aus der lateinischen Sprache
und bedeutet leidend. Dies trifft aber nicht auf alle zu versorgenden oder zu betreu-
enden Personengruppen zu, weil beispielsweise eine Person, die Unterstützung bei
hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigt, von der Definition her kein Patient ist.

Kunden zeichnen sich durch Souveränität aus, sie informieren sich und durchlaufen
einen weitgehend freien Entscheidungsprozess, bevor sie sich für oder gegen einen
Kauf beziehungsweise die Inanspruchnahme einer Dienstleistung entscheiden. Aus
der Sicht des betreuten Personenkreises und deren Angehörigen ist der Begriff *Kun-
de* somit wertneutral und bietet Autonomie. Der Pflegedienst sieht sich als Dienst-
leistungsunternehmen, das überwiegend pflegerische und hauswirtschaftliche Lei-
stungen anbietet. Doch der Kunde eines Pflegedienstes ist in seiner Souveränität auch
eingeschränkt, da er die Dienstleistung in Anspruch nehmen **muss** und damit seine
Wahlfreiheit begrenzt ist. Es besteht die Freiheit, sich zwischen Pflegedienst A, B
oder C zu entscheiden, aber nicht die Entscheidung, ob die Unterstützung notwendig
wird oder nicht. Wegen dieser Abhängigkeit der Notwendigkeit einer Unterstützung
ist der Kundenbegriff nicht ganz unproblematisch, dennoch ist er wertneutral und
beinhaltet Autonomie, die mit den Begriffen Klient und Patient nicht verbunden
wird. Daher ist meine Entscheidung auf die Bezeichnung *Kunde* gefallen.

2.3 Dienstleistung für Dienstleister

Der Kundenbegriff muss hier erweitert werden, da der pflegebedürftige Leistungsempfänger nicht generell gleichzusetzen ist mit dem Auftraggeber. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten, die sich alle, zumindest teilweise, unter dem Dach des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses abspielen. Das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis (siehe Abbildung) wird von Hans Oliva (1997) wie folgt beschrieben: In dem Dreieck steht unter dem Eckpunkt A) der Leistungs- und Kostenträger, unter dem Eckpunkt B) der Leistungs- und Hilfeberechtigte und unter dem Eckpunkt C) der Pflegedienst.

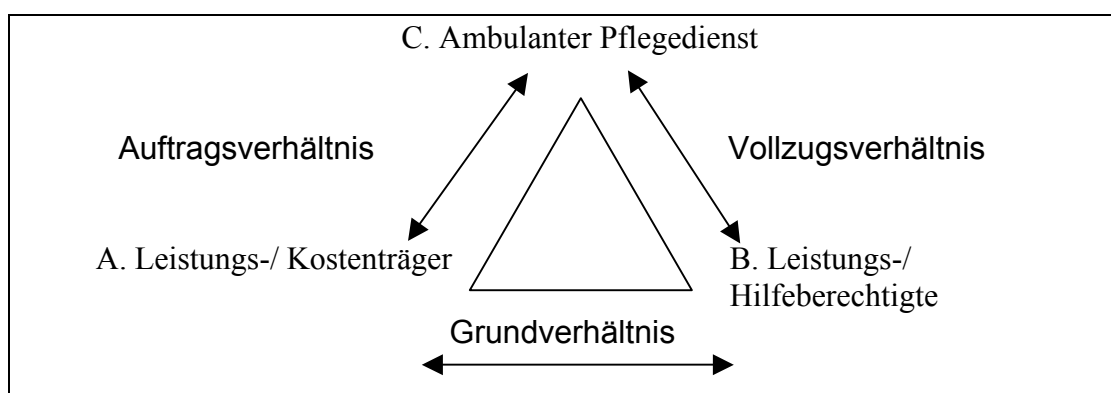


Abb. 2.3-1: Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis, Quelle: Oliva, 1997, modifiziert nach Maas, 1992

Das Besondere dieser Konstellation ist, dass sie nicht wie ein Markt funktioniert. Unter dem Begriff *Markt* versteht man den Tausch von gleichwertigen Wirtschaftsgütern, deren Wert durch Marktpreise und Wettbewerb zwischen Anbietern und Nachfragern geregelt wird, die formal gleichgestellt sind. Bei dem sozialrechtlichen Dreieck gibt es zwischen dem Leistungs- und Kostenträger und dem Leistungs- und Hilfeberechtigten ein Grundverhältnis, d.h. die Leistungsansprüche werden vom Kostenträger finanziert. Den Vertrag mit dem Leistungserbringer (Pflegedienst) hat der Kostenträger, hier besteht das Auftragsverhältnis. Das Vollzugsverhältnis besteht aber zwischen dem Pflegedienst und dem Leistungsberechtigten. Unter diesen Bedingungen kann man nicht von einem Markt sprechen und damit sollte der Begriff *Kunde* für den Leistungs- und Hilfeberechtigten weiter kritisch verwendet werden.

„Im Kern dieses Dreiecksverhältnisses stehen zwar Art und Qualität der Leistungserbringung für den Leistungsberechtigten, vorherrschend und bestimmend ist aber das ‚Auftragsverhältnis‘ zwischen Leistungs- und Kostenträger sowie den Leistungsanbietern. Demgemäß muß der Erfolg der Arbeit in erster Linie gegenüber den Kos-

ten- und Leistungsträgern nachgewiesen werden, die Bedarf sowie Grad der Leistung bestimmen.“ (Oliva, 1997, S. 457)

Es erscheint zunächst so, dass unter diesen Bedingungen der Empfänger der Leistung (der Kunde des Pflegedienstes) nur eine zweitrangige Rolle spielt. Das Auftragsverhältnis zwischen dem ambulanten Pflegedienst und dem Leistungs- und Kostenträger ist sehr präsent, weil der Pflegedienst in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zum Kostenträger steht. Der Kostenträger vergibt die Zulassung zur Tätigkeit, definiert die Qualitätsmaßstäbe und die Vergütungsvereinbarungen werden ebenfalls mit den Kostenträgern und nicht mit den Leistungsempfängern verhandelt. Hierzu muss der Leistungs- und Kostenträger mit Institutionen und Instrumenten wie die Prüfung einer Einrichtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) arbeiten. Ein neues Instrument zur Qualitätskontrolle ist die Kundenzufriedenheitsabfrage. Hierbei werden mittels eines standardisierten Fragebogens die Leistungs- und Hilfeberechtigten im Auftrag der Krankenkasse durch den Pflegedienst nach ihrer Zufriedenheit mit dem Pflegedienst gefragt. Der Kunde orientiert sich in erster Linie an der Qualität, die er direkt beim Pflegedienst wahrnimmt und einen Pflegedienst, mit dem der Kunde nicht zufrieden ist, nimmt er auch nicht mehr in Anspruch. Erfahrungen aus dem Beschwerdemanagement belegen, dass ein Problem in der Pflegeorganisation liegt, dieses äußert sich häufig als Beschwerden über nicht eingehaltene Pflegeeinsatzzeiten und häufigen Personalwechsel. Die Vergütung, die für die durch den Pflegedienst erbrachten Leistungen gezahlt wird, ist für den Leistungs- und Hilfeberechtigten zweitrangig. Die Preise für die Leistung, die der Pflegedienstmitarbeiter am Leistungsberechtigten erbringt, werden nicht von diesem vergütet, sondern von seiner Krankenkasse, dem Leistungs- und Kostenträger. Dieses kann aber für den Pflegedienst ein Problem werden, weil er als Leistungsanbieter sich am „Pflegemarkt“ zunächst nicht über den Preis darstellen kann. Der Pflegedienst kann sich „nur“ über seine Qualität in der Arbeit oder Besonderheiten, wie zum Beispiel die Initiierung und Durchführung eines wohnortnahen Patiententreffpunktes, aus der Masse der Pflegeeinrichtungen hervorheben. Die Leistungsvergütung in diesem Dreiecksverhältnis verschiebt sich unter den derzeitigen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen immer mehr in Richtung Markt. Das bedeutet, dass der Leistungs- und Hilfeberechtigte diese Leistungen verstärkt privat bezahlt und nicht mehr alles über die Sozialversicherung finanziert wird. Im Bereich der Krankenversicherung wurden bisher alle notwendigen Leistungen von der Krankenkasse bezahlt,

abgesehen von Medikamenten und sonstigen Zuzahlungen sind diese Leistungen unbegrenzt.

Mit dem SGB XI, dem Pflegeversicherungsgesetz, wurde ein Sozialversicherungszweig geschaffen, bei dem erstmals die Leistungen gedeckelt werden. Durch diese Begrenzung der Leistung wird der Leistungs- und Hilfeberechtigte automatisch zum Selbstzahler beim so genannten Überhang der Leistungserbringung. Das bedeutet, der Empfänger der Leistung wird im marktwirtschaftlichen Sinne mehr zum Kunden für den Leistungserbringer. Welche Konsequenzen hat diese Entwicklung für den Pflegedienst? Wahrscheinlich hat diese Entwicklung gar nicht so erhebliche Konsequenzen für den ambulanten Pflegedienst, da er sich ja bereits jetzt über seine Qualität aus der Menge hervorheben muss. Meiner Meinung nach hat der Pflegedienst Wettbewerbsvorteile, der die Einstellung verinnerlicht hat, das ein Pflegedienst ein Dienstleistungsunternehmen für die Kunden ist. Oliva fasst dies zusammen mit dem Satz *„Es geht dabei um die Schaffung einer Dienstleistungskultur, d. h., daß betont wird, daß nicht mehr die Hilfebedürftigen abhängig von einer bestimmten Einrichtung sind, sondern umgekehrt die Einrichtung von den aktuellen und künftigen Kunden.“* (Oliva, 1997, S. 462)

Wer sind nun die Kunden oder potentiellen Kunden eines Pflegedienstes? Zunächst die Pflegebedürftigen und Hilfesuchenden, an denen die Leistung vollbracht wird. Dazu kommen Ärzte und andere zuweisende und vermittelnde Institutionen wie z.B. Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen, sowie Sozialhilfeträger und alle Teilnehmer des informellen und formellen Netzes der Pflegebedürftigen und Hilfesuchenden, wie deren Familie, Freunde und Nachbarn.

Diese Gruppen können als Nachfrager, als Referenzgruppen oder Meinungsführer auftreten (Oliva, 1997).

3. Die Untersuchung

Aus der Problembeschreibung geht die These hervor, dass es Versorgungslücken bei der nächtlichen Versorgung in der ambulanten Pflege gibt. Mit der beschriebenen Untersuchung sollte herausgefunden werden, ob sich diese These auf Berlin übertragen lässt. Hierbei wurde der Fokus der Befragung auf die ambulanten Pflegedienste gelegt. Eine Befragung der Bezieher häuslicher Pflege sowie eine weiterführende Befragung nach den Gründen für eventuelle Versorgungslücken in der nächtlichen Betreuung mit einzubeziehen, sprengt den Rahmen dieser Arbeit. Hierzu wird auf das Bremer Forschungsprojekt *Häusliche Nachtpflege* von Frau Prof. Dr. Taubert (2001) verwiesen.

Die theoretisch-methodische Hintergrundliteratur wurde dem Buch „Forschungsmethoden und Evaluation“ von Prof. Dr. Jürgen Bortz und Dr. Nicola Döring (2002), sowie dem Seminarreader „Einführung in die empirische Sozialforschung und Statistik“ von Prof. Dr. Bernd Kolleck (2001) entnommen.

3.1 Methodisches Vorgehen

Die Arbeitshypothese ist aus Alltagserfahrungen durch die Tätigkeit in der ambulanten Pflege in Flensburg entstanden, wo aus dem Bedarf heraus ein regelmäßiger Nachtdienst eingeführt wurde, sowie den Ergebnissen der Recherche in der Literatur und im Internet, wonach es in Berlin kein spezielles Angebot zur ambulanten Nachtpflege gibt. Das Ziel dieser Untersuchung war, herauszufinden, ob die Arbeitshypothese: „In der ambulanten Pflege bestehen Versorgungslücken für die Kunden/Patienten im Bereich der Rufbereitschaft, also der Versorgung bei pflegerischen Notfällen und geplanten Nachteinsätzen“ zutrifft oder widerlegt werden kann. Vor diesem Hintergrund und mit dem Blick auf mögliche Lösungsvorschläge für eventuelle Dienstleistungsmodelle bei den erwarteten Versorgungslücken in der ambulanten Nachtbetreuung wurde dieser Fragebogen entwickelt.

Die Auswertung wurde mit Hilfe des Computerprogramms SPSS Version 11.5 durchgeführt.

Die Auswertung erfolgte im Wesentlichen mit Methoden der deskriptiven Statistik. Die Fragen wurden in der Auswertung zunächst eindimensional beschrieben, um einen Gesamtüberblick der Häufigkeitsverteilungen innerhalb der einzelnen Antwort-

ten zu bekommen. Eine zweidimensionale Beschreibung erfolgte direkt zu der jeweiligen Frage, wenn es thematisch in den Zusammenhang passte. Aufgrund der Problematik des multiplen Testens werden die zitierten p-Werte³ im Wesentlichen nur als explorative Maßzahlen und nicht als zwingende Signifikanzniveaus interpretiert. Mit dieser Untersuchung können lediglich Tendenzen aufgezeigt werden (Bortz und Döring, 2002).

3.2 Entwicklung des Fragebogens

Die Untersuchung wurde in Form einer schriftlichen Befragung anhand eines halbstandardisierten Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen⁴ besteht aus 17 Fragen mit vorgegebenen Antworten zum Ankreuzen. Mit der Option „Sonstiges“ gibt es bei einigen Fragen Freitextfelder. Weiter war bei einigen Fragen ebenfalls die Möglichkeit von Mehrfachantworten vorgesehen. Die Antwortvorgaben stammen aus der praktischen Erfahrung in der ambulanten Pflege sowie aus der Projektidee einiger Kieler Pflegedienste, die zum Zweck einer gemeinsamen Rufbereitschaft kooperieren⁵ (o. V., aus CARE konkret, 2003). Um eine hohe Rücklaufquote der angeschriebenen Berliner Pflegedienste zu bekommen, sollte die Antwortzeit möglichst kurz ausfallen. Zudem war es wichtig, die Anonymisierung der Daten sowie die Sicherheit, dass keine Zuordnung zu den einzelnen Pflegeeinrichtungen möglich ist, herauszustellen. Der Fragebogen ist in drei Teile gegliedert:

- Fragen zur Rufbereitschaft,
- Fragen zum Nachtdienst,
- Fragen zur Organisationsstruktur.

Fragen zur Rufbereitschaft

Mit den Fragen zur Rufbereitschaft soll herausgefunden werden, wie die ambulanten Pflegeeinrichtungen ihre Erreichbarkeit realisieren und warum diese, wie oft und von wem erwünscht wird. Weiter wird erfragt, wie die ambulanten Pflegeeinrichtungen

³ Die Wahrscheinlichkeit wird mit der Signifikanz (p) ausgedrückt.

⁴ Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang.

⁵ Siehe hierzu das Fallbeispiel: Rufbereitschaft für Notfälle (NRB) aus Kiel, Kap. 4.8.2.

die Rufbereitschaft gewährleisten und wie häufig sie Rufbereitschaftseinsätze durchführen. Es werden Gründe für die Einsätze erfragt und von wem eine Erreichbarkeit des Pflegedienstes außerhalb der Öffnungszeiten gewünscht wird. Als Überleitung vom ersten zum zweiten Teil steht die Frage: „Können Sie sich vorstellen, dass sich durch geplante Nachteinsätze die Rufbereitschaftseinsätze reduzieren ließen?“

Fragen zum Nachtdienst

Dieser Teil wird mit der Frage, ob Kunden mit der Pflegestufe III von der Einrichtung versorgt werden und ob geplante Nachteinsätze angeboten werden, eingeleitet. Weiter wird nach dem Zeitfenster für die Nachteinsätze gefragt. Es wird aber auch nach der Versorgung der Kunden in der Nacht gefragt, wenn sie diese Leistungen nicht durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen. Diese Fragen beziehen sich auf die Voraussetzung für die Gewährung einer Pflegestufe III. Danach muss für die Kunden mit der Pflegestufe III die regelmäßige nächtliche Versorgung gewährleistet sein. Die ambulanten Pflegedienste sollten über die nächtliche Versorgung informiert sein, da das in ihren Pflegeplanungen berücksichtigt werden sollte. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der nächtlichen Versorgung der pflegebedürftigen Personen zu verstehen, wenn diese nicht durch den ambulanten Pflegedienst selbst durchgeführt wird.

Die letzten beiden Fragen beziehen sich auf die Häufigkeit und Art der Anfragen nach nächtlicher Betreuung an die ambulante Pflegeeinrichtung.

Fragen zur Organisationsstruktur

Hier wird nach den regionalen Tätigkeitsgebieten, einer fachlichen Spezialisierung, der Trägerschaft, dem Versorgungsvertrag, der Organisationsgröße, sowie dem Anteil der Kunden, die Sachleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten, gefragt. Die Fragen zur Organisationsstruktur wurden mit Blick auf die Auswertung gestellt. Interessant sind zum Beispiel Zusammenhänge zwischen den Spezialisierungen der Pflegedienste und deren Trägerschaft oder Organisationsgröße oder ob die Organisationsstruktur Auswirkungen auf das Nachtdienst- und Rufbereitschaftsangebot hat.

Um herauszufinden, ob der Fragebogen verständlich formuliert war, wurden 20 Fragebögen als Pretest an ambulante Pflegeeinrichtungen verschickt. Diese Einrichtungen wurden zufällig aus der gesamten Zufallsstichprobe herausgegriffen. Der Rücklauf betrug 14 Fragebögen. Die Antworten im Fragebogen lassen darauf schließen,

dass der Fragebogen im Allgemeinen gut verständlich ist, da die meisten Fragen erwartungsgemäß beantwortet wurden.

In vier Fragebögen wurde bei der Frage nach der Häufigkeit der Rufbereitschaftseinsätze und nach Anfragen zum Nachtdienst selten dazugeschrieben, ein Fragebogen erhielt den Text: „1-2x jährlich“, was ich ebenfalls als selten interpretiere. Daher wurde die Antwortmöglichkeit in beiden Fragen um *selten* erweitert. Da keine inhaltlichen Änderungen vorgenommen werden mussten, gehen diese Fragebögen in die Untersuchung mit ein.

3.3 Auswahl der Pflegedienste, Beschreibung des Samplings

In Berlin gibt es zur Zeit (Stand September 2004) 378 (+- 1-2) nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen, hiervon haben 270 ebenfalls eine Zulassung zur häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.⁶ Auf eine Vollerhebung aller Berliner ambulanten Pflegeeinrichtungen wurde aus Kostengründen verzichtet.

Bei der Auswahl der Stichprobe wurden folgende Kriterien zugrunde gelegt: Eine möglichst gleichmäßige Verteilung über die Stadtbezirke sowie eine gleichmäßige Verteilung von privaten und freigemeinnützigen Anbietern, wobei möglichst ein Vertreter der Wohlfahrtsverbände, z.B. Diakonie, Volkssolidarität und DRK, dabei sein sollte.⁷ Anhand dieser Kriterien wurde eine Zufallsstichprobe gezogen. Bei der Auswahl der Zufallsstichprobe habe ich mich an den Sozialstationen der Diakonie orientiert, diese gibt es in 20 Standorten in Berlin. Kriterien wie Organisationsgröße oder Spezialisierungen der Einrichtungen wurden im Vorfeld nicht berücksichtigt.

113 Fragebögen, jeweils mit einem frankierten Rückumschlag, wurden verschickt. Ein Fragebogen konnte nicht zugestellt werden.

Insgesamt haben von den 112 angeschriebenen ambulanten Pflegeeinrichtungen 50% (n=56) die ausgefüllten Fragebögen zurückgeschickt. Hiervon haben 55 % der privaten Pflegedienste und 45 % der freigemeinnützigen Einrichtungen geantwortet. Die Zuordnung nach Bezirken, um eventuelle regionale Verzerrungen zu ermitteln, erwies sich als schwierig, da im Fragebogen nicht eindeutig definiert ist, ob es sich bei den Bezirken um die kommunalpolitischen Bezirke oder die Ortsteile handelt. Die

⁶ Nach telefonischer Auskunft, AOK Vertragsabteilung, Frau Tümpel vom 14.09.04.

⁷ Die Adressen wurden aus den Gelben Seiten 2004/05 und aus dem Internet für die Sozialstationen der Caritas und Volkssolidarität entnommen.

meisten Antworten beziehen sich auf die Ortsteile. Durch die Mehrfachantworten bei der Frage: „In welchem Stadtbezirk sind Sie tätig?“ wurde deutlich, dass eine Orientierung nach den Stadt- und Ortsteilen der Diakoniesozialstationsaufteilung für die Auswertung zu ungenau wird, weil die Grenzen zum Teil die aktuellen Bezirksgrenzen und zum Teil die alten Bezirksgrenzen sind. Weiter werden die Regionen auch mit den Stadtteilnamen (z.B. Friedenau) benannt. Um die Übersicht zu erleichtern, habe ich mich entschieden, mich an den aktuellen Bezirksgrenzen zu orientieren. Da dieser Entschluss nach dem Pretest fiel, ist Lichtenberg mit drei angeschriebenen ambulanten Pflegeeinrichtungen etwas unterrepräsentiert. Pankow und Mitte sind etwas überrepräsentiert, weil bei der Auswahl Weißensee, Pankow und Prenzlauer Berg jeweils einzeln berücksichtigt wurden. Das gilt auch für Mitte. Hier wurden Mitte, Tiergarten und Wedding einzeln aufgenommen. Bei 42 Fragebögen war eine Zuordnung zu den Stadtbezirken möglich. Aus jedem Bezirk sind mindestens zwei Pflegedienste vertreten. Die Angaben aus den Antworten zeigen, dass die meisten Pflegedienste bezirksübergreifend tätig sind, dennoch handelt es sich größtenteils um lokal abgegrenzte Regionen. Daneben gibt es Ausreißer wie zum Beispiel eine Pflegeeinrichtung, die in Pankow, Reinickendorf, Weißensee und Zehlendorf Kunden betreut. Zehlendorf liegt im Süden von Berlin und die anderen Bezirke liegen im Norden von Berlin. Über die Gründe der Ausreißer lässt sich spekulieren, ich vermute, dass ein Umzug des Kunden der Pflegeeinrichtung ein Grund sein kann. Vier von 56 Pflegediensten sind allbezirklich tätig. Zur genauen Verteilung der beantworteten Fragebögen auf einzelne Bezirke und deren Trägerschaft nach privaten oder freigeinnützigen Anbietern siehe Tabelle 3.3-1.

Bezirke	Privat		Wohlfahrtsverband angeschlossen		Gesamt	
	Ver- schickt	Erhalten	Ver- schickt	Erhalten	Ver- schickt	Erhalten
Charlottenburg-Wilmersdorf	7	1	4	3	11	4
Friedrichshain-Kreuzberg	3	1	4	1	7	2
Lichtenberg	1		2	2	3	2
Marzahn-Hellersdorf	5	2	4	3	9	5
Mitte	8	2	7	2	15	4
Neukölln	4	2	4		8	2
Pankow	6	2	8	2	14	4
Reinickendorf	4	1	5	3	9	4
Spandau	3	3	4	2	7	5
Steglitz-Zehlendorf	6	2	4	1	10	3
Tempelhof-Schöneberg	7	3	3	2	10	5
Treptow-Köpenick	2	1	7	1	9	2
allbezirklich		3		1		4
Nord/Ost (Mitte, Wedding, Prenzlauer Berg, Pankow, Weißensee, Friedrichshain, Lichtenberg, Hellersdorf, Marzahn)		1				1
Nord/West (Pankow, Reinickendorf, Wedding, Charlottenburg, Spandau, Schöneberg)		1				1
West (Reinickendorf, Charlottenburg, Wilmersdorf, Mitte, Zehlendorf)		1				1
Süd/Ost (Treptow, Köpenick, Marzahn, Hellersdorf, Lichtenberg, Friedrichshain, Mitte, Prenzlauer Berg)		1				1
Ost (Lichtenberg, Friedrichshain, Prenzlauer Berg, Mitte)				1		1
Keine Angaben		4		1		5
	56	31	56	25	112	56

Tabelle 3.3-1: Verteilung der verschickten Fragebögen und deren Rücklauf (n=56)

Außergewöhnliche Verzerrungen im Rücklauf sind nicht zu beobachten.

Bei der folgenden Abbildung: 3.3-1: Verteilung der Antworten (n=42, nicht zuordnbar 14) wurden aus der Gesamtstichprobe lediglich die Antworten berücksichtigt, die sich den 12 Berliner Bezirken zuordnen ließen.

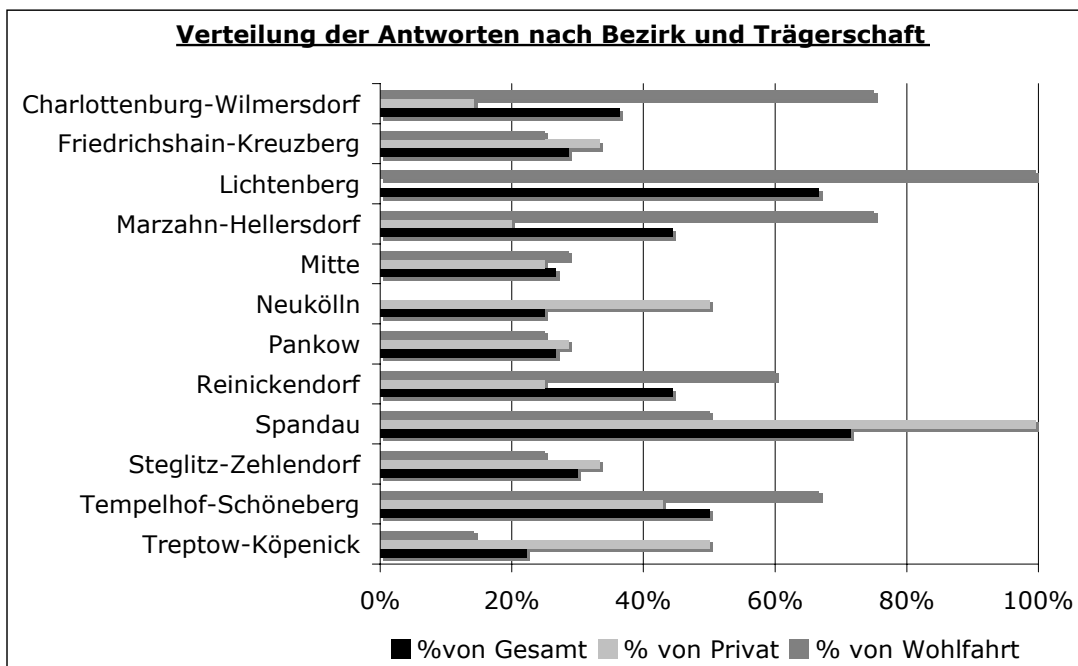


Abb.: 3.3-1: Verteilung der zuordenbaren Pflegedienste auf die Berliner Bezirke (n=42, nicht zuzuordnen 14)

3.4 Die Untersuchungsergebnisse

Bei der Auswertung der Antworten werden die Ergebnisse zunächst eindimensional beschrieben, um deren Häufigkeiten herauszustellen. Die zweidimensionale Beschreibung, um Vergleiche und eventuelle Zusammenhänge herauszustellen, erfolgt direkt im Anschluss an die jeweilige Fragestellung.

Zunächst werden die Ergebnisse der organisatorischen Fragen dargestellt, da diese Ergebnisse im Zusammenhang mit anderen Fragestellungen zu Vergleichen herangezogen werden.

Für welchen Versorgungsvertrag haben Sie eine Zulassung?

In Berlin sind derzeit 378 ambulante Pflegedienste zugelassen, die eine Zulassung für Leistungen aus dem SXG XI haben. Von diesen haben 270 ambulante Pflegedienste zusätzlich eine Zulassung nach dem SGB V. In der Stichprobe (n= 56) gaben 47 ambulante Pflegeeinrichtungen an, eine Zulassung nach SGB XI und SGB V zu haben. Drei Pflegedienste haben die Frage nicht beantwortet. Auf die Frage nach weiteren Versorgungsverträgen wurden Zulassungsverträge mit dem Sozialhilfeträger und Verträge über privatfinanzierte Leistungen angegeben. Von allen ambulanten

Pflegeeinrichtungen versorgen 55 Kunden, die Leistungen der Pflegestufe III aus der Pflegeversicherung erhalten.

Ist Ihre Einrichtung auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert?

21 von 56 Pflegediensten haben Schwerpunkte bei bestimmten Krankheitsbildern. Bei der Frage nach den Spezialisierungen wurden teilweise mehrere Schwerpunkte angegeben. Kaum ein Pflegedienst hat sich auf einen Schwerpunkt beschränkt. Bei den drei großen Schwerpunktgruppen Diabetes mellitus, Onkologie und Gerontopsychiatrie fanden sich Kombinationen mit anderen Fachbereichen. So wird z.B. die Versorgung von Patienten mit Aids in Kombination mit dem Bereich Onkologie genannt. 35 Einrichtungen gaben an, sich nicht spezialisiert zu haben.

Die Tabelle 3.4-2 dient der Verdeutlichung der Vielfalt möglicher Schwerpunkte in der Versorgung.

Krankheitsbild Spezialisierung	Anzahl	Schwerpunkte der Versorgung in Gruppen	Anzahl
Gerontopsychiatrie	2	<i>Gerontopsychiatrie, Multiple Sklerose</i>	<i>1</i>
		<i>Gerontopsychiatrie, Diabetes mellitus</i>	<i>1</i>
Onkologie	1	<i>Onkologie, Gerontopsychiatrie</i>	<i>2</i>
Diabetes mellitus	1	<i>Diabetes, Onkologie, Gerontopsychiatrie</i>	<i>3</i>
Aids		<i>Diabetes mellitus, Aids, Onkologie</i>	<i>1</i>
Intensivmedizin	1		
Alkoholerkrankung		<i>Gerontopsychiatrie, Diabetes mellitus, Alkoholerkrankung</i>	<i>1</i>
Multiple Sklerose		<i>Gerontopsychiatrie, Diabetes mellitus, Alkoholerkrankung, Multiple Sklerose</i>	<i>1</i>
Peritonealdialyse		<i>Diabetes mellitus, Peritonealdialyse</i>	<i>1</i>
Beatmung		<i>Aids, Onkologie Intensivmedizin, Beatmung</i>	<i>1</i>
Finalpflege		<i>Diabetes mellitus, Onkologie, Finalpflege</i>	<i>1</i>
Postoperative Versorgung		<i>Onkologie, Postoperative Versorgung</i>	<i>1</i>
Körperbehinderung, fortschreitende Muskel-erkrankung	1		

Tabelle 3.4-2: Spezialisierung der Pflegedienste (n=20)

Organisationsgröße

Bei der Organisationsgröße wurden die Einrichtungen gebeten, die Kundenanzahl anzugeben. Vorgegeben waren hierbei Angaben von kleiner als 50 Kunden bis größer als 200 Kunden, jeweils in 25er Abstufungen. Die Ergebnisse werden in der Abb. 3.4-1 dargestellt.

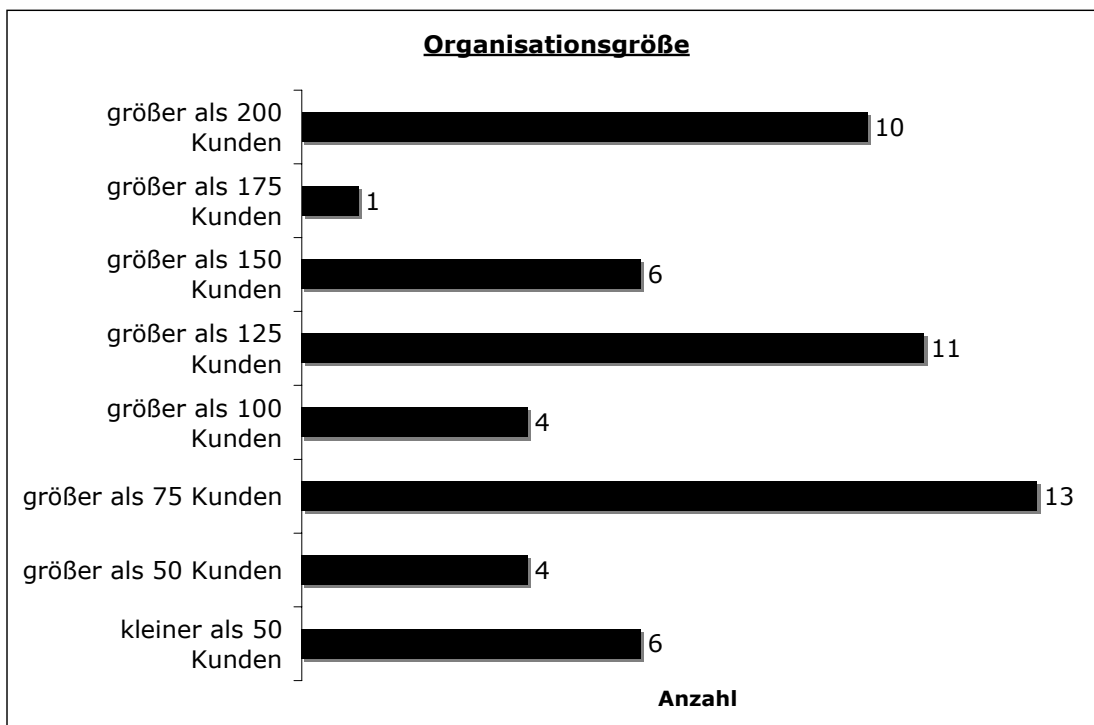


Abb. 3.4-1: Organisationsgröße der ambulanten Pflegedienste (n=55, fehlende Angaben 1)

Nennen Sie bitte prozentual den Anteil Ihrer Kunden, die Sachleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten.

Die Darstellung Abb. 3.4-2 zeigt die durchschnittlichen Prozentangaben der Verteilung der Pflegestufen auf die Gesamtheit der Antworten der befragten Einrichtungen. Verglichen werden diese Zahlen mit den Berliner Zahlen aus dem Ländervergleich „Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2001“ (Statistisches Bundesamt 2003). Das Ergebnis aus der ausgewählten Stichprobe ist ähnlich den Daten des statistischen Bundesamtes und demzufolge mit diesen vergleichbar. Es weist darauf hin, dass das prozentuale Verhältnis der Pflegestufen der befragten Einrichtungen im Vergleich mit den Zahlen des Statistischen Bundesamtes zugunsten der Pflegestufen I und III leicht verschoben ist.

Zur Kontrolle wurden innerhalb der jeweiligen Pflegestufen (I, II und III aus dem prozentualen Anteil der Pflegebedürftigen die Sachleistungen erhalten) aus den Angaben der Untersuchung, der Median ermittelt. Dieser beträgt in der Pflegestufe I 50, in der Pflegestufe II 39 und in der Pflegestufe III 10. Bei den Angaben zur Pflegestufe II sind starke Ausreißer zu beobachten. Der oberste Wert liegt bei 47 % und der unterste Wert liegt bei drei Prozent.

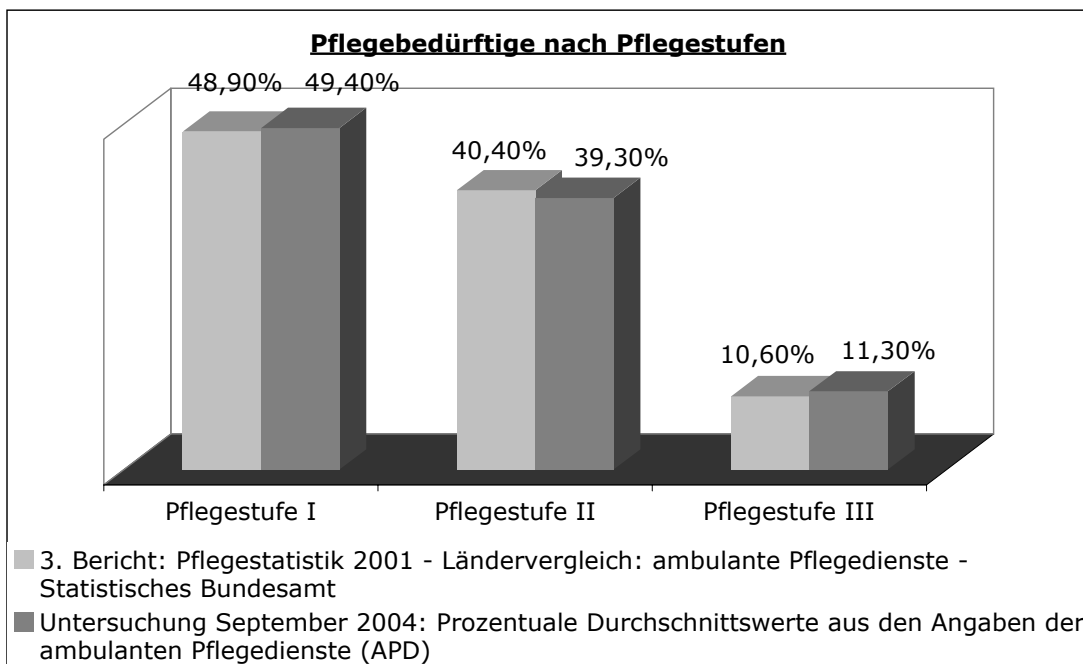


Abb. 3.4-2: Vergleich der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen zwischen Untersuchung und Pflegestatistik (n=46, fehlende Angaben 10)

Wie wird in Ihrer Sozialstation eine 24-stündige Erreichbarkeit gewährleistet?

Die Abbildung 3.4-3 (Wie wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Sozialstationen gewährleistet?) gibt die Erreichbarkeit der Pflegedienste an. Hierbei gaben 24 % der Antwortenden Mehrfachantworten an. 76 % der Antworten waren Einzelantworten.

Die meisten Pflegedienste gaben an, ihre Erreichbarkeit über die Rufbereitschaft mit einer examinierten Pflegekraft zu gewährleisten.

Nur noch 7 % der Pflegedienste gewährleisten ihre Erreichbarkeit über einen Anrufbeantworter, was vor einigen Jahren üblich war.

50 % der Pflegedienste decken ihre Erreichbarkeit ausschließlich über eine Rufbereitschaft durch eine Pflegefachkraft ab. 73 % der Mehrfachantworten enthielten die Erreichbarkeit über Rufbereitschaft in ihrer Antwort, entweder in Kombination mit einem Anrufbeantworter mit Rufweiterleitung zur Rufbereitschaft sein oder als Kooperation mit einem Hausnotrufanbieter und der Rufbereitschaft im Hintergrund. Unter den sonstigen Antworten fällt die Pflegerufzentrale auf, der sechs von sieben Antworten zugeordnet werden kann.

Mit der Untersuchungsmethode der Kreuztabelle sollte herausgefunden werden, ob es Zusammenhänge zwischen den Arten der Erreichbarkeit und der Trägerschaft, der Spezialisierung eines Pflegedienstes auf bestimmte Krankheitsbilder oder der Organisationsgröße gibt. Ein Zusammenhang zwischen Trägerschaft und den Arten der

Erreichbarkeit lässt sich in den meisten Fällen nicht feststellen. Es gibt aber einen Zusammenhang zwischen Trägerschaft und der Pflegerufzentrale. Hier sind alle Pflegedienste einem Wohlfahrtsverband angeschlossen. Die privaten Anbieter (26 von 30 Pflegediensten) organisieren ihre Erreichbarkeit überwiegend über die Rufbereitschaft mit einer examinierten Pflegefachkraft, hier scheint es einen Zusammenhang zwischen privaten Pflegediensten und der Organisation der Rufbereitschaft zu geben. Statistisch konnte mit Cramers V Test keine Abhängigkeit zwischen der Art der Erreichbarkeit und der Trägerschaft nachgewiesen werden. Zwischen der Organisationsgröße oder der Spezialisierung eines Pflegedienstes und der Methode, wie die 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleistet wird, scheint es ebenfalls keinen Zusammenhang zu geben. Tendenzen, die auf mögliche Beziehungen, wie der Organisation der Erreichbarkeit durch eine Pflegerufzentrale und deren Trägerschaft innerhalb eines Wohlfahrtsverbandes hinweisen, lassen sich dennoch erkennen.

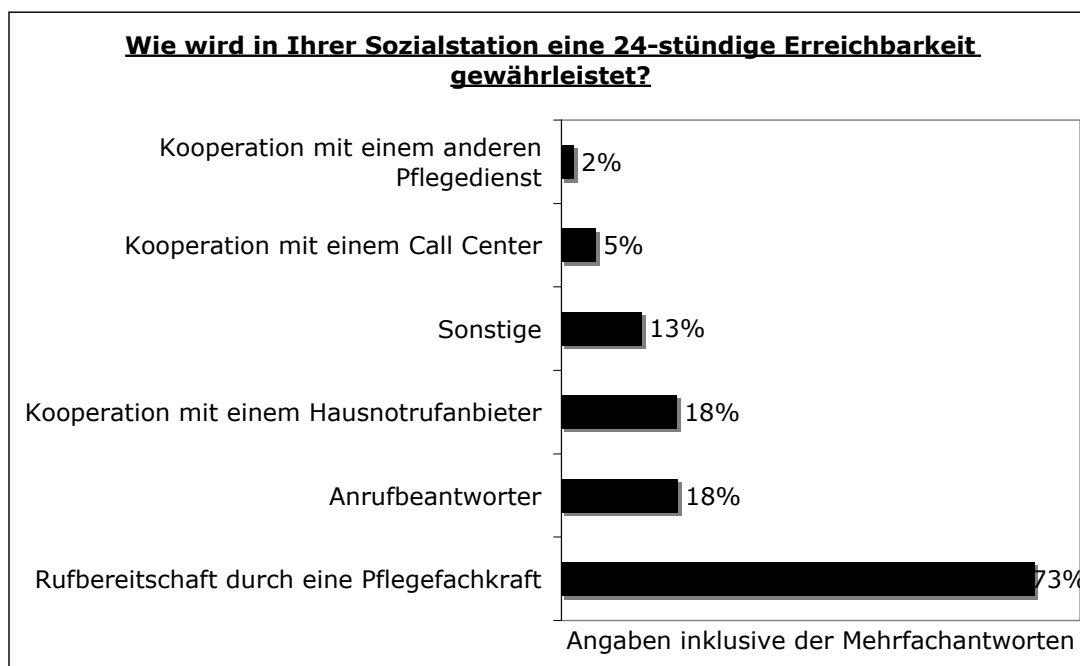


Abb. 3.4-3: Wie wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Sozialstationen gewährleistet? (n=56)

Falls Sie die 24-Stunden-Erreichbarkeit durch Rufbereitschaft gewährleisten, wie häufig fahren Sie zu Rufbereitschaftseinsätzen?

Die Aussagen darüber, wie häufig Rufbereitschaftseinsätze durchgeführt werden, schwanken zwischen gar nicht und bis zu fünf Einsätzen wöchentlich. Die Kategorien nach der Häufigkeit der Rufbereitschaftseinsätze sind: *gar nicht*, *selten*, *monatlich und wöchentlich*, wobei bei den Kategorien *monatlich* und *wöchentlich* nach

konkreten Einsatzzahlen gefragt wurde. Acht Pflegedienste geben an, gar keine Rufbereitschaftseinsätze zu haben und 14 fahren wöchentlich zu ein bis fünf Einsätzen, wobei fünf Einsätze die Ausnahme sind (eine Angabe). Der Mittelwert liegt bei 2,81 Einsätzen in der Woche. Fünf fahren selten und 24 Pflegedienste geben an, dass sie monatlich Rufbereitschaftseinsätze haben. Hiervon geben 15 Einrichtungen an, im monatlichen Durchschnitt (Mittelwert 1,5) ein bis zwei Einsätze zu haben. Sieben Einrichtungen haben im Durchschnitt 3,7 Einsätze im Monat.

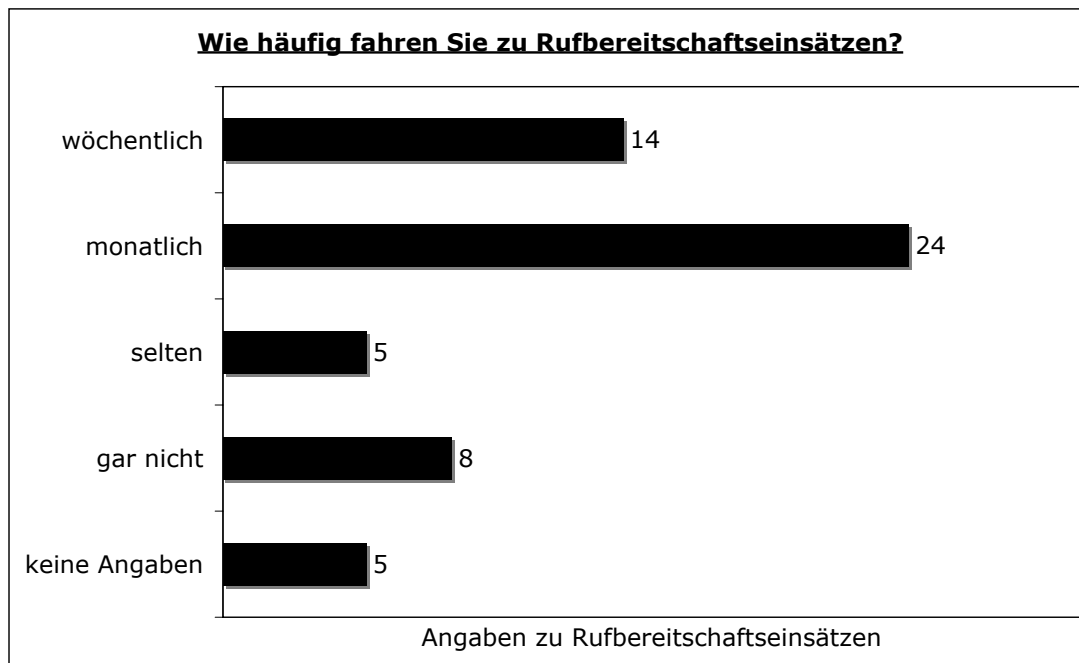


Abb. 3.4-4: Wie häufig fahren Sie zu Rufbereitschaftseinsätzen? (n=56)

Es soll analysiert werden, ob sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Rufbereitschaftseinsätzen und der Spezialisierung einer Einrichtung auf bestimmte Krankheitsbilder erkennbar ist. Als Ergebnis lassen sich bei den Pflegediensten mit einem hohen behandlungspflegerischen Anteil durch ihre Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder⁸ Zusammenhänge vermuten. Von diesen Pflegeeinrichtungen geben alle wöchentlich Einsätze an. Am Beispiel der Pflegedienste, die unter anderem einen onkologischen Schwerpunkt haben, soll dies verdeutlicht werden. Von 10 Pflegeeinrichtungen mit einem onkologischen Schwerpunkt geben sechs wöchentlich Einsätze an, diese liegen zwischen zwei und vier Einsätzen. Die Abb.

⁸ Onkologie, Aids, Beatmung, Peritonealdialyse, postoperative Versorgung, Gerontopsychiatrie, Diabetes mellitus.

3.4-5 stellt einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von wöchentlichen Rufbereitschaftseinsätzen und einer Spezialisierung der Pflegedienste auf bestimmte Krankheitsbilder dar. Cramers V Test hat einen Wert von 0,154 ergeben, so dass der errechnete Zusammenhang bestenfalls sehr gering ist.

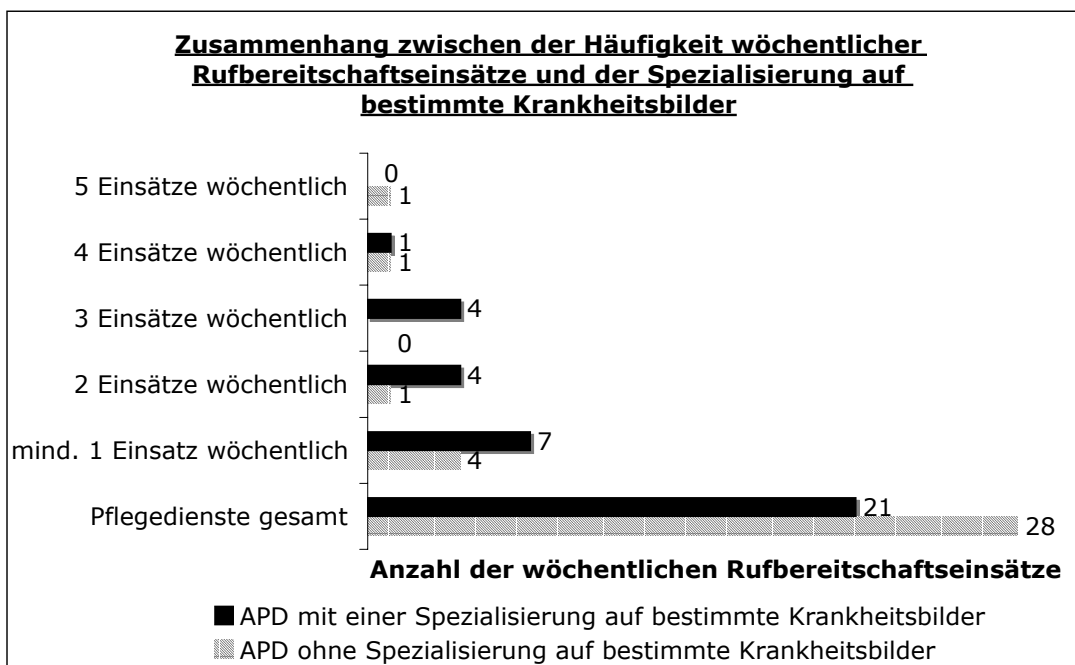


Abb. 3.4-5: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit wöchentlicher Rufbereitschaftseinsätze und der Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder (n=56)

Nennen Sie Gründe für die Rufbereitschaftseinsätze.

Die häufigsten Gründe für Rufbereitschaftseinsätze sind Stürze der Kunden, weiter werden Angstzustände und Verwirrtheit sowie Schmerzen angegeben. Bei der Angabe der Gründe waren Mehrfachantworten möglich. Aus der Freitextantwortmöglichkeit Sonstiges wird zum einen die Vielfalt der Gründe für die Rufbereitschaftseinsätze deutlich, zum anderen die Notwendigkeit kompetenter Ansprechpartner für die Kunden der Pflegeeinrichtungen. In der nachfolgenden Tabelle 3.4-2 der sonstigen Gründe für Rufbereitschaftseinsätze werden diese nach ihrer Häufigkeit aufgeführt.

Sonstige Gründe	Häufigkeit
Einsatzfragen, Organisatorische Fragen, Zeit hat sich verschoben für die Patienten, Pflegekraft kommt später, Einsätze werden abgesagt	4
Gespräch, Aufheben von Gegenständen, Fenster schließen, Licht aus machen, Einsamkeit, Frage nach Uhrzeit, keine Zigaretten, betrunken, Unterhaltung	3
Parenterale Nahrung läuft nicht, Portnadel gezogen	2
Probleme mit der Infusion, Infusion läuft nicht, Probleme mit Portnadel	2
Finalpflege	1
Notfall, unsicher ob Feuerwehr rufen soll	1
Diabetesentgleisung	1
Temperaturerhöhung, Krankheitsempfinden	1
plötzliche Entlassung aus dem Krankenhaus	1
Tod	1

Tabelle 3.4-2 Sonstige Gründe für Rufbereitschaftseinsätze (n=56)

Die hohe Quote der seltenen Gründe im Ranking der Ursachen für Rufbereitschaftseinsätze kann u.a. dadurch erklärt werden, dass nur 25 % der ambulanten Pflegedienste wöchentlich Rufbereitschaftseinsätze durchführen. Der häufigste Grund für Rufbereitschaftseinsätze sind Stürze der Kunden/Patienten. Häufig rufen die Kunden, wenn es möglich ist, den Pflegedienst selbst. Hier scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Sturz des Kunden und wer eine Erreichbarkeit wünscht zu geben. Dies wurde in 28 % der Antworten für die Rufbereitschaftsgründe angegeben. Mit 15 % wurden Angstzustände und Verwirrtheit und mit 13 % Schmerzen als häufigster Grund angegeben. Relativ gleichmäßig, zwischen 8 % und 13 %, verteilen sich die Antworten zu den seltenen Gründen für Rufbereitschaftseinsätze. Aus diesen geht hervor, dass es sich überwiegend um nicht planbare Einsätze handelt. Die Abb. 3.4-6 stellt die Gründe für Rufbereitschaftseinsätze mit ihren Häufigkeiten in den Kategorien *häufig*, *selten* und *nie* dar.

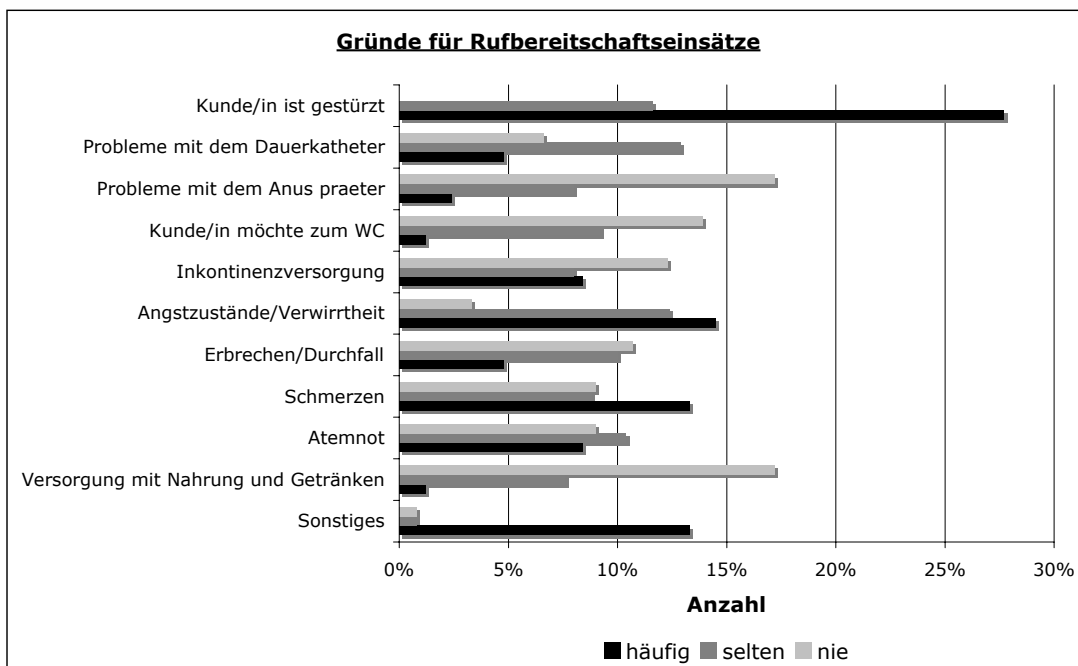


Abb. 3.4-6 Gründe für Rufbereitschaftseinsätze (n=56)

Von wem wird eine Erreichbarkeit ihres Pflegedienstes außerhalb der Öffnungszeiten gewünscht?

Die Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung wird von Kunden und deren Angehörigen in 28 % der Antworten häufig und in 10 % der Antworten selten erwünscht. Die Kategorie *nie* wurde nicht angegeben. Nachbarn, sowie Polizei und Feuerwehr rufen die Pflegeeinrichtungen eher selten an. Dazwischen liegen die Krankenhäuser (hier wünschen sich 16 % häufig und 13 % selten die Erreichbarkeit) und Hausnotrufeinrichtungen (hier wünschen sich 12 % häufig und 12 % selten die Erreichbarkeit), bei den Arztpraxen wünschen sich 8 % häufig und 17 % selten eine Erreichbarkeit der Pflegedienste. Bei der Antwortmöglichkeit *Sonstiges* wurde auf gesetzliche und vertragsrechtliche Regelungen mit den Kranken- und Pflegekassen verwiesen. In der folgenden Abbildung wird der Wunsch nach der Erreichbarkeit von den Kunden und anderen Institutionen im Ranking von *häufig*, *selten* und *nie* dargestellt. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich.

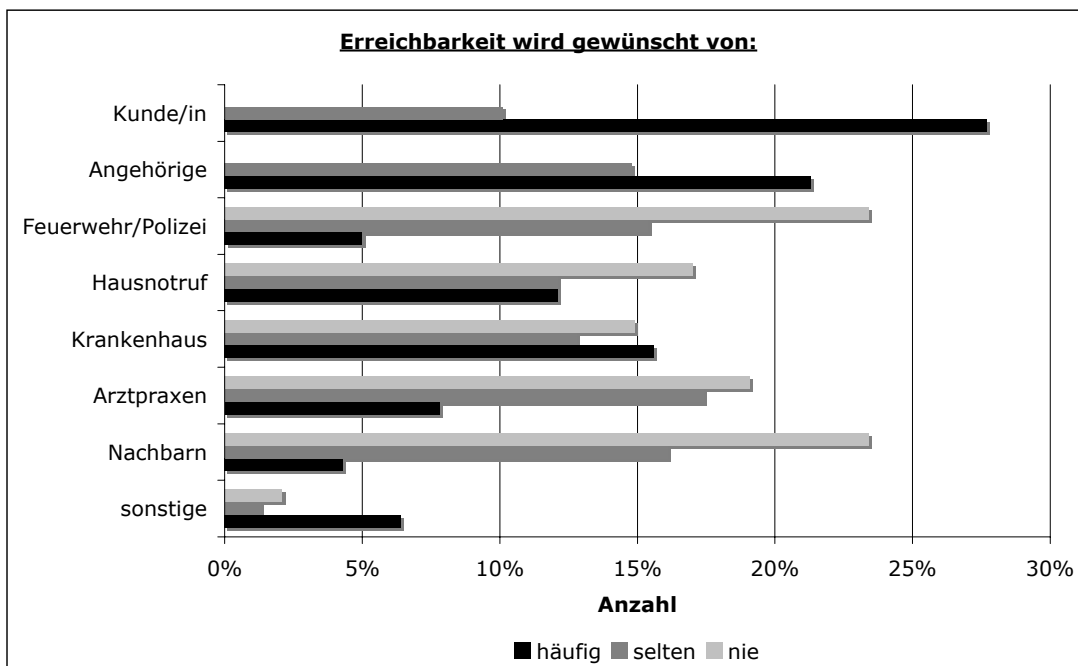


Abb. 3.4-7: Erreichbarkeit wird gewünscht von: (n=56)

Können Sie sich vorstellen, dass sich durch geplante Nachteinsätze die Rufbereitschaftseinsätze reduzieren ließen?

Der Frage liegt die Annahme zugrunde, dass sich durch geplante Nachtdiensteinsätze die Rufbereitschaftseinsätze reduzieren lassen könnten. 20 % (11) der Antwortenden sind der Meinung, dass geplante Nachteinsätze die Rufbereitschaftseinsätze reduzieren würden. 77 % (43) sehen durch Nachteinsätze keine Reduzierung der Rufbereitschaftseinsätze. 3,6 % (2) äußern sich hierzu nicht.

Die Frage mit der rein binären Antwortvorgabe ja / nein zu stellen, erwies sich für die Auswertung nur bedingt nützlich. Unterstützend für diese Auswertung kann die Bremer Studie zur Häuslichen Nachtpflege (Taubert, 2001) herangezogen werden. Trotzdem ist die Frage wichtig, um einen ersten Eindruck davon zu bekommen, ob die Pflegedienste einen Zusammenhang zwischen Rufbereitschaft und Nachtdienst sehen. Es fehlt hier eine freie Antwortmöglichkeit.

Ein Zusammenhang zwischen dem Angebot von geplanten Nachteinsätzen und der Aussage, dass sich die Rufbereitschaftseinsätze durch geplante Nachteinsätze reduzieren ließen, besteht nicht. Um herauszufinden, ob es einen Zusammenhang zwischen geplanten Nachteinsätzen und der Reduzierung von Rufbereitschaftseinsätzen gibt, habe ich diese Frage mit den Gründen für Rufbereitschaftseinsätze gekreuzt. Das Ergebnis des Cramer V Tests zeigt, dass die Aussagen unabhängig voneinander

sind. Eine Überprüfung der Abhängigkeit mit dem Phi-Koeffizient lässt keine Signifikanz erkennen. Die Tabelle 3.4-3 stellt die Ergebnisse der Gründe für Rufbereitschaftseinsätze und der JA und NEIN Aussagen zur Reduzierung derselben durch geplante Nachteinsätze dar.

Reduzierung der Rufbereitschaftseinsätze durch geplante Nachteinsätze ⇒ ↓ Gründe für Rufbereitschaftseinsätze	ja	nein
Kunde/in ist gestürzt		
häufig	4	18
selten	6	23
Probleme mit dem Dauer Katheter		
häufig	2	5
selten	5	27
Probleme mit dem Anus Preater		
häufig	0	2
selten	4	16
Kunde/in möchte zum WC		
häufig	1	0
selten	5	17
Inkontinenzversorgung		
häufig	2	5
selten	3	17
Angstzustände/Verwirrtheit		
häufig	4	7
selten	4	27
Erbrechen/Durchfall		
häufig	2	2
selten	5	20
Schmerzen		
häufig	5	6
selten	1	21
Atemnot		
häufig	1	6
selten	5	21
Kunde/in möchte etwas essen oder trinken		
häufig	0	1
selten	3	16

Tabelle 3.4-3: Reduzierung der Rufbereitschaftseinsätze durch geplante Nachteinsätze (n=56)

Da den Rufbereitschaftseinsätzen eher unvorhergesehene Gründe zugrunde liegen, reduziert ein geplanter Nachtdiensteinsatz diese Quote nur minimal.

Bieten Sie geplante nächtliche Einsätze an?

Auf die Frage „Bieten Sie geplante nächtliche Einsätze an?“ gaben 25 % an, keine geplanten nächtlichen Einsätze anzubieten. 75 % der Befragten antworteten mit ja, hiervon konkretisierten 12,5 % ihre Antworten mit *regelmäßig* und 34 % mit ja, *in Ausnahmefällen*.

Wie werden Ihre Kunden in den Nachtstunden zwischen 22:00 und 06:00 Uhr betreut?

Das Pflegeversicherungsgesetz, beziehungsweise die Richtlinien der Spitzenverbände zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, geben für die Einstufung in die Pflegestufe III eine regelmäßige nächtliche Versorgung vor. Diese nächtliche Betreuung muss nicht durch den Pflegedienst abgedeckt werden. Interessant ist hier die Frage, wie diese nächtliche Betreuung aus der Sicht der Pflegedienstmitarbeiter gewährleistet wird. Hier gaben 13 von 14 (aus den Antworten, die keine geplanten nächtlichen Einsätze anbieten) an, dass Familienangehörige die Betreuung übernehmen. Bei vier der Antworten war die Betreuung organisiert, die Art kann aus der Antwortvorgabe leider nicht herausgelesen werden. Ein Nachtpflegedienst wird selten in Anspruch genommen. Bei acht Antworten wurde angegeben, dass die nächtliche Betreuung gar nicht organisiert ist.

Unter Einbeziehung der ganzen Stichprobe (n=56) wird deutlich, dass die meisten (50) pflegebedürftigen Personen mit der Pflegestufe III nachts durch Familienangehörige betreut werden. 13 haben ihre Betreuung anders organisiert und neun nehmen einen Nachtpflegedienst in Anspruch, beziehungsweise sie wohnen in betreuten Wohngemeinschaften⁹. Die Anzahl derjenigen, die nach Vermutung der Antwortenden nachts gar nicht betreut werden, liegt bei 27. Die Abb. 3.4-8 stellt die Betreuung der Pflegebedürftigen in den Nachtstunden zwischen 22:00 und 06:00 Uhr dar. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

⁹ Diese Information wurde als Kommentar auf dem Fragebogen vermerkt.

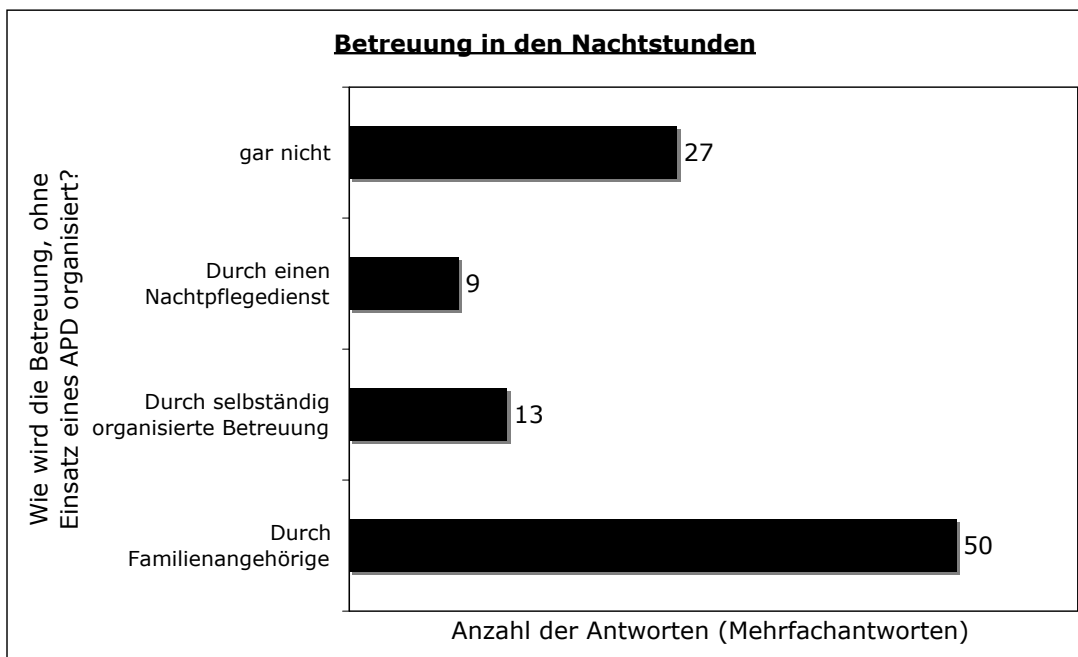


Abb. 3.4-8: Nächtliche Betreuung der pflegebedürftigen Personen, ohne Nachtbetreuung durch deren Pflegedienst (n=53, fehlend=3)

In welchem Zeitfenster führen Sie Nachtbetreuung durch?

Die Abb. 3.4-9 stellt die Ergebnisse der Mehrfachantworten dar. 70 % der Pflegeeinrichtungen bieten Nachteinsätze an. Die meisten Nachtdiensteinsätze werden in der Zeit von 22:00 bis 00:00 Uhr und gegen Morgen zwischen 04:00 und 06:00 Uhr durchgeführt. In welchem Zeitfenster Nachteinsätze durchgeführt werden, wird in der Abb. 3.4-10 konkretisiert. Hierbei werden nur die Antworten berücksichtigt, die Nachteinsätze anbieten.

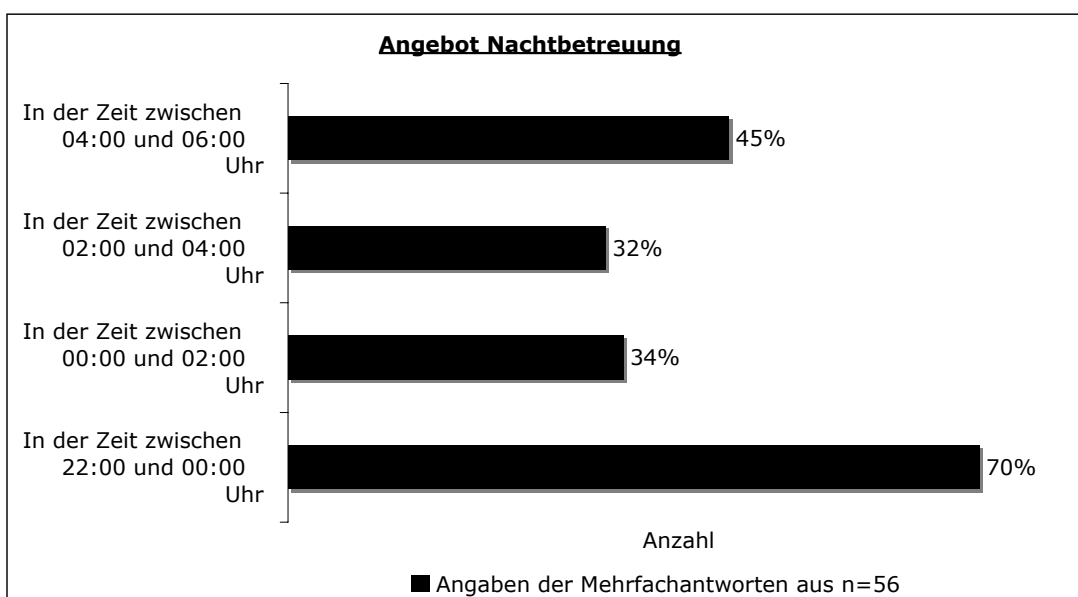


Abb. 3.4-9: Angebot Nachtbetreuung (n=56)

In der vorherigen Abbildung sind die Mehrfachantworten aus allen Antworten berücksichtigt während in der unteren Abbildung aus den Antworten, die Nachteinsätze anbieten (zwischen 22.00 und 00:00 Uhr bieten alle Antwortenden Nachteinsätze an, deshalb wurden diese auf 100 % gesetzt) die Einsatzzeiten genauer dargestellt werden sollten.

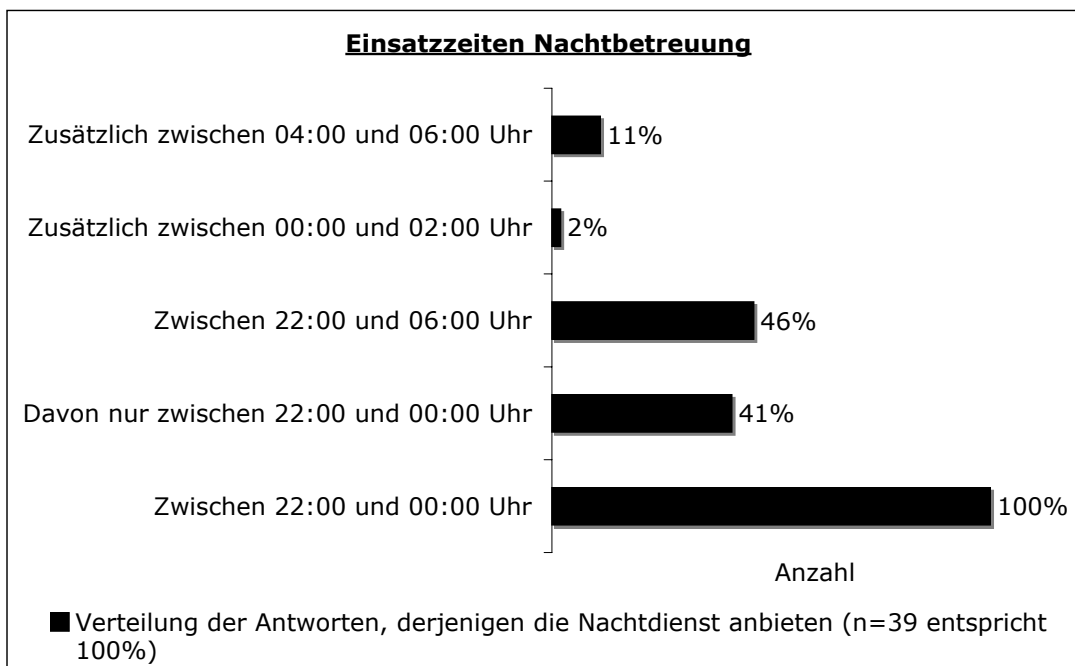


Abb. 3.4-10: Einsatzzeiten Nachtbetreuung (n=39)

Insgesamt birgt dieses Ergebnis eine positive Überraschung, da die Vermutung bestand, dass die Versorgungsquote niedriger ausfällt. Welche Tätigkeiten die ambulanten Pflegedienste in den Nachtdiensten anbieten, bleibt bei dieser Fragestellung offen. In den Stunden zwischen 00:00 und 04:00 Uhr sind tendenziell Pflegedienste mit Spezialisierungen auf bestimmte Krankheitsbilder tätig. Von den zehn spezialisierten Pflegediensten sind sieben in dieser Zeit tätig. Dieses lässt vermuten, dass es sich um behandlungspflegerische Einsätze und die Versorgung von schwerkranken Personen handelt. Von den nicht spezialisierten Pflegediensten sind im gleichen Zeitrahmen nur 12 von 24 Einrichtungen tätig. Ein Zusammenhang zwischen der Trägerchaft der Pflegedienste und Ihrem Nachtdienstangebot ist nicht zu erkennen. Von den 18 Pflegediensten, die in dieser Zeit tätig sind, geben acht monatliche Anfragen nach nächtlicher Betreuung an. Es geben aber ebenfalls acht von 23 Pflegediensten Anfragen nach nächtlicher Betreuung an, die in der Zeit zwischen 00:00 und 04:00

Uhr keine Einsätze anbieten. Diese Anfragen können sich aber auch auf die Stunden bis Mitternacht beziehen, da bis dahin alle 39 Pflegedienste tätig sind.

Haben Sie Anfragen nach nächtlicher Versorgung?

Bei den Anfragen nach nächtlicher Betreuung wird wieder die ganze Stichprobe berücksichtigt. Auf die Frage, ob nächtliche Betreuung nachgefragt wird, haben 42 Befragte mit ja geantwortet. Von diesen geben zwei wöchentliche, 20 seltene und 17 monatliche Anfragen an. In acht Antworten wurden keine Anfragen nach nächtlicher Betreuung angegeben. Sieben der Antwortenden ist nicht bekannt, wie viele Anfragen nach nächtlicher Versorgung sie haben.

Insgesamt wird nächtliche Betreuung nachgefragt, wenn auch noch nicht sehr häufig. Die Abb. 3.4-11 gibt einen Überblick über die Häufigkeit von Anfragen, die die ambulanten Pflegedienste nach nächtlichen Einsätzen haben.

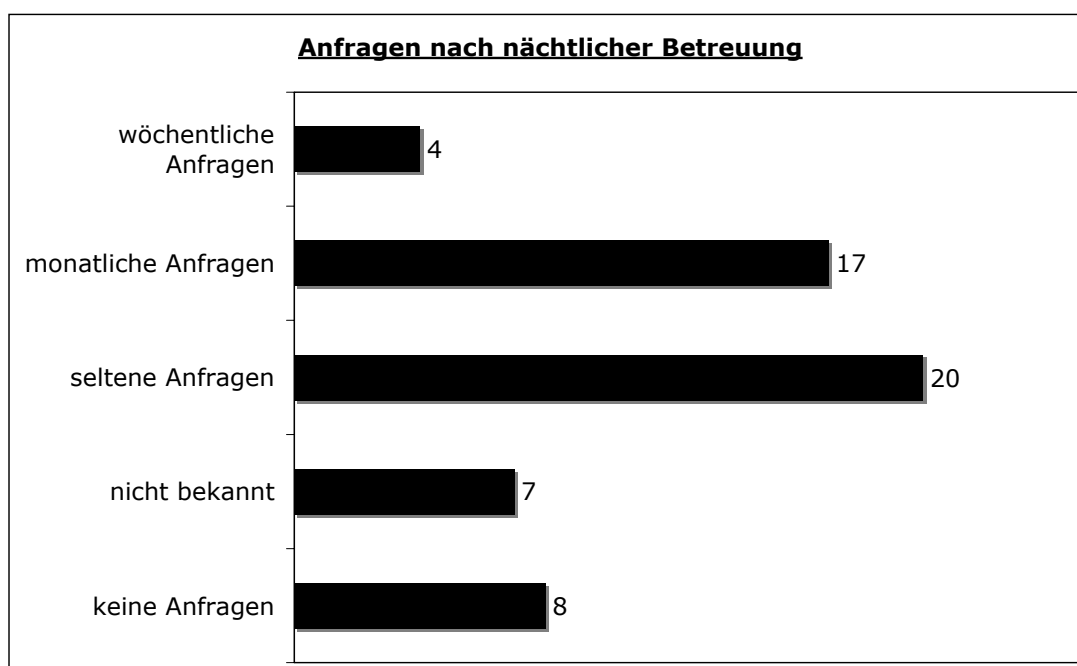


Abb. 3.4-11: Anfragen nach nächtlicher Betreuung (n=56)

Zwischen dem Angebot geplanter nächtlicher Einsätze und den Anfragen nach Nachtdiensten deutet sich ein Zusammenhang an. Die Abb. 3.4-12 stellt in den Balken das Angebot an nächtlicher Versorgung dar. Die Zahlen in der Grafik geben die Anzahl der Anfragen nach nächtlicher Versorgung an. 19 Pflegedienste geben, Anfragen nach Nachtdiensten an, davon geben fünf an, zwei und mehr monatliche Anfragen zu haben.

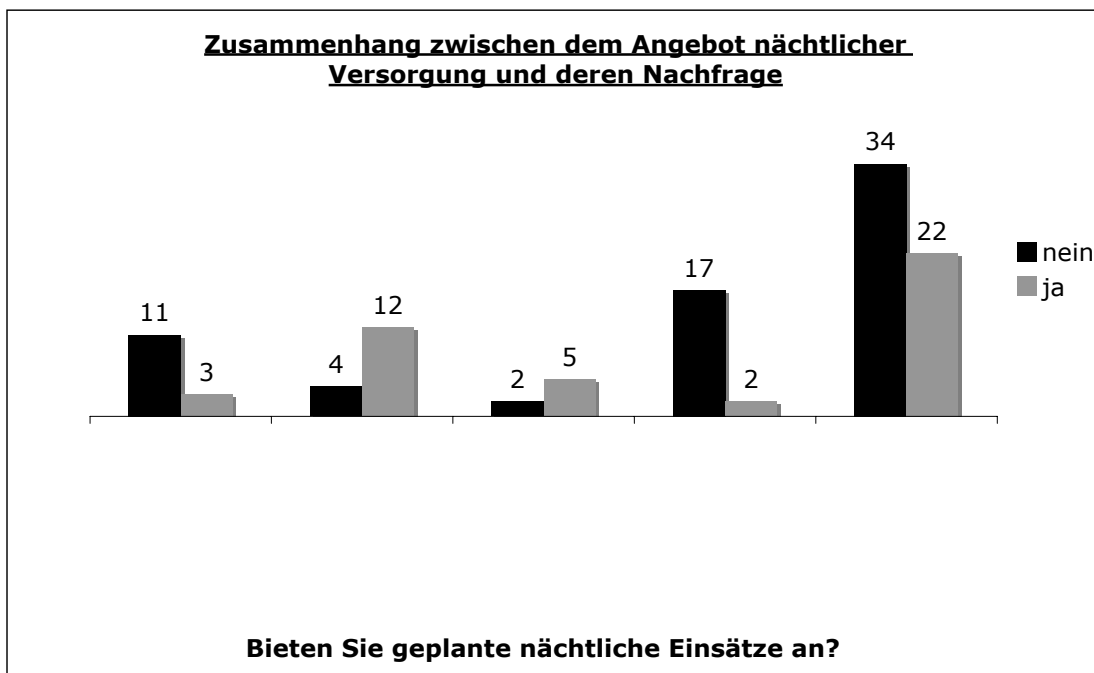


Abb. 3.4-12: Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage nach nächtlicher Betreuung (n=56)

Welche Art der nächtlichen Versorgung wird angefragt?

Bei der Darstellung in der Abb. 3.4-13 der Art der Anfragen zur nächtlichen Versorgung handelt es sich um Mehrfachantworten. Es werden Leistungen aus den Leistungskomplexen (LK) erbracht: Versorgung mit Nahrung und Getränken (LK 15), ins Bett bringen (LK 2), Inkontinenzversorgung (LK 7) und Lagern und Betten (LK 5). Häufig werden Finalpflege und Sitzwache nachgefragt. Dies lässt auf Situationen schließen, in denen pflegende Angehörige überlastet sind. Aus der vorhandenen Nachtdienst Erfahrung beim Ambulanten Pflegezentrum Nord in Flensburg bestand die Vermutung, dass es mehr Anfragen nach nächtlicher Versorgung im Bereich der Pflegeversicherung geben würde. Dort wurden hauptsächlich Leistungen aus dem Bereich der Pflegeversicherung erbracht. Die Spätdienste gingen lediglich bis 21:30 Uhr. Spätere Einsätze gehörten bereits zum Nachtdienst (siehe Taubert, 2001), während in Berlin Spätdienste bis 23:00 Uhr üblich sind. Dennoch lässt die Art der Anfragen vermuten, dass der Bedarf im Bereich der Pflegeversicherung steigen wird.

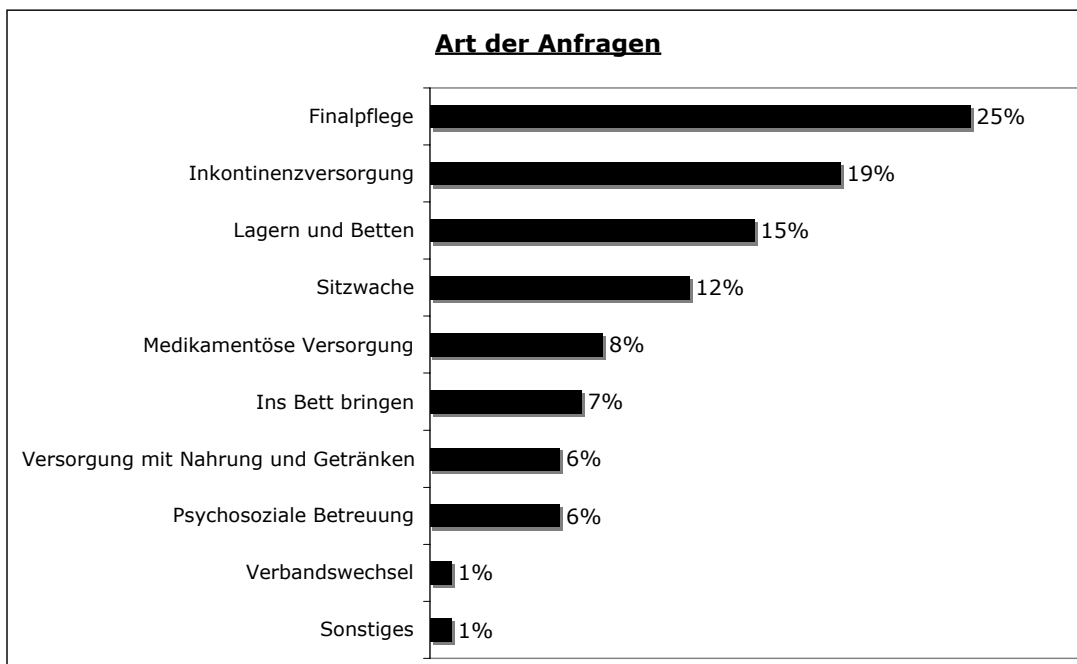


Abb. 3.4-13: Art der Anfragen nach nächtlicher Betreuung (n=56)

3.4.1 Diskussion der Ergebnisse

Um ein umfassendes Bild von der Versorgungssituation der nächtlichen Betreuung in Berlin zu bekommen, müssten die Betroffenen, also die Leistungsempfänger, ebenfalls interviewt werden. Hier wäre interessant, in welchem Maß den Pflegebedürftigen die nächtliche Betreuung angeboten bzw. wie sind sie über die Möglichkeiten einer nächtlichen Betreuung informiert werden. Weiter muss berücksichtigt werden, dass diese Untersuchung lediglich Tendenzen aufzeigen kann, aber aus meiner Sicht dennoch einen Einblick in die Situation der nächtlichen Versorgung in Berlin ermöglicht.

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen tendenziell auf Versorgungslücken in Berlin schließen. Die Frage „*Wie häufig fahren Sie zu Rufbereitschaftseinsätzen?*“ lässt kaum eine Bestätigung der Hypothese zu, dass es hier eine Lücke in der Versorgung gibt. In der Auswertung stellt sich heraus, dass eine Frage nach der Häufigkeit der Anrufe, wie etwa „*Wie häufig wird Ihre Rufbereitschaft kontaktiert?*“ in diesem Zusammenhang fehlt, um die Frage nach den Häufigkeiten der Einsätze besser beurteilen zu können. Unter diesen Voraussetzungen ist es vermutlich so, dass die 16 %, die gar nicht zu Rufbereitschaftseinsätzen fahren, auch keine Anfragen diesbezüglich

haben, so dass die Versorgung durch Rufbereitschaft scheinbar keine Versorgungslücke in Berlin aufweist.

3.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Untersuchung

Von 112 angeschriebenen ambulanten Pflegeeinrichtungen betrug die Rücklaufquote 50 % aus allen Berliner Stadtbezirken. Hiervon sind 55 % in privater und 45 % in freigemeinnütziger Trägerschaft. Etwa ein Fünftel gab an, sich spezialisiert zu haben, wobei die Spezialisierungen relativ gleichmäßig im Bereich der Gerontopsychiatrie, Onkologie und Diabetes mellitus liegen.

Zusammenfassend lassen sich aus der Untersuchung folgende Aussagen ableiten: Zur Gewährleistung ihrer Erreichbarkeit gaben fast drei Viertel der Pflegedienste an, diese über die Rufbereitschaft mit einer examinierten Pflegekraft abzusichern. Diese Aussagen sind unabhängig von deren Trägerschaft, Organisationsgröße oder der Spezialisierung. Bei den Rufbereitschaftseinsätzen ließen sich zwischen der Häufigkeit der Einsätze und einer Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder Tendenzen zum Zusammenhang ableiten. Als häufigste Gründe für Rufbereitschaftseinsätze werden Stürze der Kunden sowie Angstzustände/Verwirrtheit und Schmerzen angegeben. Die Erreichbarkeit der Pflegedienste wird am ehesten von den Kunden und ihren Angehörigen gewünscht. Insgesamt geht aus den Antworten hervor, dass es sich bei den Rufbereitschaftseinsätzen um nicht planbare Einsätze handelt. Der Reduzierung der Rufbereitschaftseinsätze durch geplante Nachteinsätze stimmen 20 % der Antwortenden zu. Nachtdienst bieten 75 % der Pflegeeinrichtungen an, hiervon konkretisierten 12,5 % ihre Antworten mit *ja regelmäßig* und 34 % mit *ja in Ausnahmefällen*. Die meisten Nachtdiensteinsätze werden in der Zeit zwischen 22:00 und 00:00 Uhr und gegen Morgen zwischen 04:00 und 06:00 Uhr durchgeführt. Die pflegebedürftigen Personen mit der Pflegestufe III, die nachts nicht durch eine Pflegeeinrichtung betreut werden, werden zu 51 % durch Familienangehörige versorgt. Die vermutete Anzahl der Kunden, die nachts gar nicht betreut werden, liegt bei 27%. Insgesamt werden die Pflegeeinrichtungen von Kunden und Angehörigen gefragt, ob sie Nachteinsätze anbieten, wenn auch noch nicht sehr häufig. Die häufigsten Anfragen werden nach Finalpflege, Inkontinenzversorgung sowie Lagern und Betten gestellt.

Die durchschnittlichen Prozentangaben der Verteilung der Pflegestufen (Stufe I

49 %, Stufe II 39 %, Stufe III 11 %) auf die Gesamtheit der Antworten der befragten Einrichtungen ist vergleichbar mit den Berliner Zahlen aus dem „Ländervergleich: Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2001“ (Statistisches Bundesamt 2003).

Im Bereich des Nachtdienstes scheinen Versorgungslücken vorhanden zu sein, da es ambulante Pflegedienste gibt, die Kunden mit der Pflegestufe III versorgen, aber keinen Nachtdienst anbieten. Zum Teil wird dieses Angebot auch nicht nachgefragt, wie die Antworten ebenfalls ergeben. Da die Nachfrage bei ambulanten Pflegediensten, die Nachtdienste anbieten, höher ist als bei denen, die keine anbieten, scheint dort bei den Kunden und deren Angehörigen auch nicht das Wissen um eine solche Möglichkeit der nächtlichen Versorgung zu bestehen.

4. Fallbeispiele

Anhand von zwei Fallbeispielen wird die nächtliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen in der ambulanten Pflege vorgestellt.

4.1 Rufbereitschaft für Notfälle (NRB) aus Kiel

In Kiel bieten seit Ende 2003 sieben große Pflegedienste die nächtliche Rufbereitschaft für Notfälle (NRB) gemeinsam an. Zunächst ist das Projekt bei einem der Kooperationspartner, der Ambulanten Dienste gGmbH, angesiedelt. Weiter gehören die Johanniter, das DRK, die Pflegediakonie gGmbH, die Arbeiterwohlfahrt, das Krankenpflegteam Kiel GmbH und der mobile Pflegeservice Kiel der Kooperation an. Zwei Jahre hat die Vorbereitung dieses Projektes gedauert und auf zwei Jahre ist es zunächst angelegt. Danach sollen weitere Pflegedienste aufgenommen werden. Die Kunden der beteiligten Pflegedienste rufen weiter ihren Pflegedienst an und werden über Rufumleitung mit dem NRB verbunden. Möglichst innerhalb der nächsten halben Stunde will der NRB beim Kunden sein. Diese Einsätze werden je angefangene Stunde mit 40 Euro und jede weitere halbe Stunde mit 18 Euro berechnet. Dieses kann über den Pflegesatz abgerechnet werden, sofern der noch nicht ausgeschöpft ist, ansonsten zahlen die Kunden privat. Einige Wettbewerber halten diese Sätze für zu hoch. Der Pflegedienst Kiel und das ambulante Hilfswerk der Unitarier berechnen lediglich 20 beziehungsweise 23,65 Euro pro Stunde (o. V., Aktion Rufbereitschaft, 2003).

4.2 Ambulante Nachtpflege Daheim e.V. aus Heidelberg

Vor zehn Jahren gründeten Karl Flaig und Joachim Jekel in Heidelberg den ersten Nachtpflegedienst „Ambulante Nachtpflege Daheim e.V.“ (Grieshaber, 1996). Seit dem 01.04.1995 besteht der Verein als gGmbH weiter. Zum Angebot des Pflegedienstes gehören allgemeine Leistungen wie Altenpflege, Kranken- und Kinderkrankenpflege sowie geplante Einsätze in der Zeit von 20:00 bis 06:00 Uhr. In diesem Rahmen werden die Leistungen nach dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach der gesetzlichen Krankenver-

sicherung nach Verordnung und Genehmigung durchgeführt. Weiter gehören privat vereinbarte Leistungen wie zum Beispiel Begleitung zu kulturellen Veranstaltungen, Sicherheits- und Betreuungsbesuche und Nachtwachen zum Leistungsangebot (www.nachtpflege.de). Das Angebot der Nachtpflege musste zunächst bekannt werden, bevor die Anfragen stiegen. Die Erfahrung des Pflegedienstes hat gezeigt, dass die meisten Einsätze in der Zeit von 20:00 und 24:00 Uhr stattfinden, und nach einer ruhigeren Phase steigt die Nachfrage ab 05:00 Uhr wieder.

“Drei festangestellte professionelle Pflegepersonen, 10 professionelle Pflegepersonen in unterschiedlichen Anstellungsverhältnissen und 6 angeleitete Laienpflegepersonen (Zivildienstleistende, Studierende) bilden das Team des Pflegedienstes“ (Herold, 1999, S. 346).

Die Laienpflegepersonen werden überwiegend bei Begleitungs- und Betreuungsbedarf eingesetzt. Einige Vorsichtsmaßnahmen sollen die Sicherheit der Pflegekräfte erhöhen. Die Mitarbeiter fahren unbeschriftete Autos und haben alle ein Mobiltelefon. Für jedes Haus haben sie einen Haustürschlüssel und die Außenbeleuchtung soll eingeschaltet sein. In riskanteren Gegenden oder zu schwierig erscheinenden Pflegeeinsätzen fahren die Pflegekräfte zu zweit (Herold, 1999).

Der Pflegedienst hat sich als Kooperationspartner etabliert. Er ist nur nachts tätig und damit keine direkte Konkurrenz, sondern eine Ergänzung für die am Tage tätigen Pflegedienste (Taubert, 2001).

Fast zehn Jahre nach seiner Gründung ist ein Nachtpflegedienst noch die Ausnahme unter den Pflegediensten. Im dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung von 2004 wird berichtet, dass die insgesamt 435.000 Pflegebedürftigen von ca. 10.600 ambulanten Pflegediensten betreut wurden (Bundesministerium für Gesundheit, 2004). Das Angebot an Nachtpflegediensten lässt sich aus diesen Zahlen nicht erkennen. Bei meinen Recherchen zur Nachtpflege in diversen Pflegefachzeitschriften mit ambulantem Schwerpunkt und im Internet habe ich den beschriebenen Nachtpflegedienst gefunden und in aktuellen Veröffentlichungen einen Pflegedienst in Kiel. Das DRK in Siegburg fängt mit ambulanter Nachtpflege an. Insgesamt hat das Angebot an ambulanter Nachtpflege zugenommen, es gehört aber noch nicht zum üblichen Angebot.

5. Literaturverzeichnis

Beck, (Hg.): Arbeitsgesetze: dtv, München, 2004.

Beck, (Hg.): Sozialgesetzbuch: dtv, München, 2004.

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler: Springer, Berlin; Heidelberg; New York, 2002.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, (Hg.): Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe: Berlin, 2003.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, (Hg.): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, o. Ort, o. J..

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, (Hg.): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, o. Ort, 2004.

Caritasverband für Berlin e.V., (Hg.): Flyer: Hilfe rund um die Uhr: 2002.

Caritasverband für Berlin e.V., (Hg.): Wir sind immer für Sie da!: o. J..

Ewers, Michael und Schaeffer, Doris: Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung: P99-107 Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld 1999.

Grieshaber, Uschi: Gute Nacht Pflege, in: Forum Sozialstation, 20. Jahrgang, Nr. 82, Oktober 1996, S. 36 - 39.

Heiber, Andreas: Existenzgründung: Planung und Betrieb eines ambulanten Pflegedienstes: Vincentz Verlag, Hannover, 1998.

Herold, Eva (Hg): Ambulante Pflege; Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde: Band 3: Schlütersche, Hannover, 1999.

Kluge, Friedrich: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache: de Gryter, Berlin; New York, 1999.

Kolleck, Bernd: Einführung in die empirische Sozialforschung und Statistik: Seminarreader: Alice Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik-Berlin, 2001.

Maas, Udo: Soziale Arbeit als Verwaltungshandeln: In Oliva, Hans: Stellenwert von Kundenorientierung in Unternehmen der Sozialwirtschaft, in: Caritas 98, 10/1997, S. 456 - 462.

Müller, Klaus und Thielhorn, Ulrike: Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten: Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln: 2000.

Oliva, Hans: Stellenwert von Kundenorientierung in Unternehmen der Sozialwirtschaft, in: Caritas 98, 10/1997, S. 456 - 462.

o. V.: Aktion Rufbereitschaft: Sieben Pflegedienste in Kiel kooperieren: in CARE konkret, 6. Jahrgang, Nr. 47, 21.11.2003, S. 6.

o. V.: Rahmenvertrag gemäß §§132 und 132a Abs.2 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie zur Erbringung von Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO (Häusliche Pflege bzw. Haushaltshilfe), 01.04.2000.

o. V.: Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien - Bri) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 22.08.2001.

o. V.: Tarife des Öffentlichen Dienstes, in: Pflege Aktuell, 6/2004, S. 358 - 359.

o. V.: www.nachtpflege.de/uns/unsere_leistung.html: Zugriff am 20.10.2004.

Referat Arbeitsrecht im Deutschen Caritasverband (Hg.): AVR: Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes, Oktober 2003: Lambertus: Freiburg,: 2003.

Richter, Eva: Illegale Pflegekräfte in: Forum Sozialstation, 28. Jahrgang, Nr. 128, Juni 2004, S. 14 - 17.

Rossbruch, Robert: Bereitschaftsdienst im Anschluss an den Regeldienst sind Überstunden in: Pflegerecht, 7/2004, S. 309 - 311.

Sießegger, Thomas: Handbuch Betriebswirtschaft: Wirtschaftliches Handeln in ambulanten Pflegediensten: Vincentz Verlag, Hannover 1997.

Statistisches Bundesamt, (Hg.): 3. Bericht: Pflegestatistik 2001 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich: ambulante Pflegedienste: Bonn 2003.

Taubert, Johanna; Kühl, Holger: Häusliche Nachtpflege Forschungsprojekt. Zur Realisierungsmöglichkeit Häuslicher Nachtpflegeangebote unter Bedingungen der Pflegeversicherung in Deutschland, dargestellt am Beispiel der Stadt Bremen. Abschlußbericht: Hochschule Bremen Fachbereich Sozialwesen, 2001.

*Verbände der Pflegekassen im Land Brandenburg ,(Hg.):*Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI für ambulante Pflegeleistungen, 01.01.1999.

Vereinte Dienstleistungsgesellschaft (ver.di), Bundesverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, Fachgruppe Einrichtungen und dienste der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege, (Hg.): Ambulante Pflege - Ein Arbeitsfeld mit Zukunft: Berlin 2004.

Wetzel, Elisabeth: Ein Geschäft mit Perspektive, in: Häusliche Pflege 10.Jahrgang, 9/2001, S. 32 - 36.

6. Abkürzungsverzeichnis

APD:	Ambulanter Pflegedienst
AVR:	Richtlinien für Arbeitsverträge
CSS:	Caritas Sozialstation
G-DRG:	German Diagnosis Related Groups
i. S.:	im Sinne
LK:	Leistungskomplex
RB:	Rufbereitschaft
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
SGB V:	Sozialgesetzbuch, Krankenversicherung
SGB XI:	Sozialgesetzbuch, Pflegeversicherung

7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 2.3-1: Sozialrechtliches Dreiecksverhältnis.....	9
Tabelle 3.3-1: Verteilung der verschickten Fragebögen und deren Rücklauf.....	17
Abb.: 3.3-1: Verteilung der zuordenbaren Pflegedienste auf die Berliner Bezirke ...	18
Tabelle 3.4-2: Spezialisierung der Pflegedienste	19
Abb. 3.4-1: Organisationsgröße der ambulanten Pflegedienste	20
Abb. 3.4-2: Vergleich der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen zwischen Untersuchung und Pflegestatistik	21
Abb. 3.4-3: Wie wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Sozialstationen gewährleistet?	22
Abb. 3.4-4: Wie häufig fahren Sie zu Rufbereitschaftseinsätzen?	23
Abb. 3.4-5: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit wöchentlicher Rufbereitschaftseinsätze und der Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder	24
Tabelle 3.4-2 Sonstige Gründe für Rufbereitschaftseinsätze	25
Abb. 3.4-6 Gründe für Rufbereitschaftseinsätze	26
Abb. 3.4-7: Erreichbarkeit wird gewünscht von:	27
Tabelle 3.4-3: Reduzierung der Rufbereitschaftseinsätze durch geplante Nachteinsätze	28
Abb. 3.4-8: Nächtliche Betreuung der pflegebedürftigen Personen, ohne Nachtbetreuung durch deren Pflegedienst	30
Abb. 3.4-9: Angebot Nachtbetreuung	30
Abb. 3.4-10: Einsatzzeiten Nachtbetreuung	31
Abb. 3.4-11: Anfragen nach nächtlicher Betreuung	32
Abb. 3.4-12: Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage nach nächtlicher Betreuung	33
Abb. 3.4-13: Art der Anfragen nach nächtlicher Betreuung	34

8. Anlage: Fragebogen

Fb Nr: □□□□, Dat.□□,□□

1. Wie wird in Ihrer Sozialstation eine 24-stündige Erreichbarkeit gewährleistet?

**Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Anrufbeantworter
 - persönlich durch eine Pflegefachkraft mit Rufbereitschaft
 - Kooperation mit einem anderen Pflegedienst
 - Kooperation mit einem Hausnotruf-Anbieter
 - Kooperation mit einem Call Center
 - Sonstige
-

2. Falls Sie die 24-Stunden Erreichbarkeit durch Rufbereitschaft gewährleisten, wie häufig fahren Sie zu Rufbereitschaftseinsätzen?

wöchentlich _____ Einsätze

monatlich _____ Einsätze

gar nicht

selten

**3. Nennen Sie Gründe für die Rufbereitschaftseinsätze
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

	häufig	selten	nie
Kunde/in ist gestürzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Anus Praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunde/in möchte zum WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände / Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen / Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung mit Nahrung und Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Von wem wird eine Erreichbarkeit ihres Pflegedienstes außerhalb der Öffnungszeiten gewünscht?

(Mehrfachnennungen sind möglich) häufig selten nie

Kunde/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausnotruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuerwehr/Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Können Sie sich vorstellen, dass sich durch geplante Nachteinsätze die Rufbereitschaftseinsätze reduzieren ließen?

ja nein

6. Versorgen Sie Kunden, die Leistungen aus der Pflegeversicherung mit der Pflegestufe III erhalten?

ja nein

7. Bieten Sie geplante nächtliche Einsätze an?

ja regelmäßig in Ausnahmefällen

nein

Wenn nein, dann weiter mit Frage 9

**8. In welchem Zeitfenster führen Sie Nachtbetreuung durch?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

In der Zeit zwischen 22:00 und 00:00 Uhr
 00:00 und 02:00 Uhr
 02:00 und 04:00 Uhr
 04:00 und 06:00 Uhr

9. Wie werden Ihre Kunden in den Nachtstunden zwischen 22:00 und 06:00 Uhr betreut?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Durch Familienangehörige
- Durch selbständig organisierte Betreuung
- Durch einen Nachtpflegedienst
- Gar nicht

10. Haben Sie Anfragen nach nächtlicher Versorgung?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- wöchentlich _____ Anfragen
- monatlich _____ Anfragen
- nicht bekannt
- keine
- selten

11. Welche Art der nächtlichen Versorgung wird angefragt?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Sitzwache
- Psychosoziale Betreuung
- Lagern und Betten
- Inkontinenzversorgung
- medikamentöse Versorgung
- Verbandswechsel
- ins Bett bringen
- Versorgung mit Nahrung und Getränken
- Finalpflege
- sonstiges
-

Angaben zur Organisationsstruktur

12. In welchen Stadtbezirken sind Sie tätig?

13. Ist Ihre Einrichtung auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert?

ja welche?

- Diabetes mellitus
 - Aids
 - Onkologie
 - Gerontopsychiatrie
 - Intensivmedizin
 - sonstige
-

nein

14. Trägerschaft

privat einem Wohlfahrtsverband angeschlossen

15. Für welchen Versorgungsvertrag haben Sie eine Zulassung?

SGB XI SGB V sonstige

16. Organisationsgröße

- < als 50 Kunden
- > als 50 Kunden
- > als 75 Kunden
- > als 100 Kunden
- > als 125 Kunden
- > als 150 Kunden
- > als 175 Kunden
- > als 200 Kunden

17. Nennen Sie bitte prozentual den Anteil Ihrer Kunden, die Sachleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten.

Gesamt _____ %
Pflegestufe I _____ %
Pflegestufe II _____ %
Pflegestufe III _____ %

**Vielen
Dank!**