



**Fachhochschule im DRK**

**GÖTTINGEN**

---

## **Entwicklung ambulanter sozialer und gesundheitlicher Dienste in Niedersachsen**

**Studie im Auftrag des DRK-  
Landesverbandes Niedersachsen e.V.**

**Günter Roth**

**Nadine Stockmann**

**Hubert Scheibenzuber**

**Projektleitung:**

**Prof. Dr. Günter Roth**

**Göttingen, April 2007**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. EINLEITUNG .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1. Auftrag.....  | 1         |
| 1.2. Problemstellung .....   | 2         |
| 1.3. Methode und Vorgehensweise.....   | 4         |
| <b>2. TRENDS IN DER DEUTSCHEN ALTENPFLEGE .....</b>                                    | <b>11</b> |
| <b>2.1. Stand und Entwicklung der Nachfrage.....</b>                                   | <b>11</b> |
| 2.1.1. Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste.....                   | 11        |
| 2.1.2. Demographische Entwicklung .....  | 13        |
| 2.1.3. Einflüsse von Einstellungen und sozialen Milieus .....                          | 14        |
| 2.1.4. Private Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit .....                               | 17        |
| 2.1.5. Einflüsse politischer Steuerung .....   | 19        |
| <b>2.2. Stand und Entwicklung des Angebotes .....</b>                                  | <b>21</b> |
| 2.2.1. Quantitative Entwicklung ambulanter Pflegedienste .....                         | 21        |
| 2.2.2. Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste.....                                 | 23        |
| 2.2.3. Zusätzliche oder ‚niedrigschwellige‘ Betreuungsangebote.....                    | 26        |
| 2.2.4. Palliativversorgung und Sterbebegleitung .....                                  | 27        |
| 2.2.5. Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege (haushaltsnahe<br>Dienstleistungen)..... | 30        |
| 2.2.6. Angebote der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege .....                            | 32        |
| 2.2.7. Unterstützung pflegender Angehöriger.....                                       | 33        |
| 2.2.8. Unterstützungen beim Wohnen im Alter .....                                      | 34        |
| 2.2.9. Kooperationen .....   | 37        |
| 2.2.10. Freiwilliges Engagement oder Ehrenamt.....                                     | 39        |
| <b>3. ZUR LAGE AMBULANTER PFLEGEDIENSTE DES DRK IN<br/>    NIEDERSACHSEN.....</b>      | <b>42</b> |
| 3.1. Nachfrage und Angebot.....  | 42        |
| 3.2. Personal und Organisation.....  | 47        |
| 3.3. Öffentlichkeitsarbeit.....  | 52        |
| 3.4. Kooperationen .....   | 55        |
| 3.5. Einschätzungen der Dienste zu Schwierigkeiten .....                               | 56        |
| 3.6. Zu ökonomischen Bedingungen.....  | 58        |
| 3.6.1. Entwicklungen von Erlösen minus Kosten.....                                     | 58        |
| 3.6.2. Entwicklungen der Erlöse .....  | 65        |
| 3.6.3. Entwicklungen der Kosten .....  | 68        |
| 3.6.4. Hintergründe und wirtschaftliche Erfolgsfaktoren .....                          | 70        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>4. NACHFRAGE UND ANGEBOT AMBULANTER DIENSTE IN VIER REGIONEN.....</b>  | <b>77</b>  |
| <b>4.1. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Aurich.....</b>                                     | <b>77</b>  |
| 4.1.1. Soziale Strukturen und Nachfrage.....  | 77         |
| 4.1.2. Angebote .....   | 80         |
| 4.1.3. Probleme .....   | 84         |
| 4.1.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen .....                         | 84         |
| <b>4.2. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Hildesheim .....</b>                                | <b>88</b>  |
| 4.2.1. Soziale Struktur und Nachfrage.....  | 88         |
| 4.2.2. Angebot .....  | 91         |
| 4.2.3. Probleme .....   | 93         |
| 4.2.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen .....                         | 94         |
| <b>4.3. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Northeim.....</b>                                   | <b>97</b>  |
| 4.3.1. Sozialstruktur und Nachfrage .....   | 97         |
| 4.3.2. Angebot .....  | 99         |
| 4.3.3. Probleme und Kritik .....  | 101        |
| 4.3.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen .....                         | 102        |
| <b>4.4. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Osnabrück.....</b>                                  | <b>104</b> |
| 4.4.1. Soziale Strukturen und Nachfrage.....  | 104        |
| 4.4.2. Angebot und Angebotsdefizite in der ambulanten Pflege.....   | 107        |
| 4.4.3. Probleme und Kritik .....  | 112        |
| 4.4.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen .....                         | 112        |
| <b>5. ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN.....</b>   | <b>115</b> |
| <b>6. ANHANG: ADRESSEN VON PFLEGEDIENSTEN MIT MEHR ALS 10 MITARBEITERN IN DEN VIER UNTERSUCHUNGSREGIONEN.....</b> | <b>133</b> |
| <b>7. LITERATUR .....</b>   | <b>137</b> |

## Tabellenverzeichnis

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 1:  | Pflegebedürftige (Leistungsempfänger) nach SGB XI nach Leistungsarten in Niedersachsen (1999-2003) .....                       | 12  |
| Tabelle 2:  | Pflegebedürftige (Leistungsempfänger) nach SGB XI nach Leistungsarten in Deutschland (1999-2003) .....                         | 12  |
| Tabelle 3:  | Entwicklung des Angebotes ambulanter Pflegedienste in Niedersachsen nach der Trägerschaft (1999-2003) .....                    | 22  |
| Tabelle 4:  | Entwicklung des Angebotes ambulanter Pflegedienste in Niedersachsen nach Beschäftigungsverhältnissen (1999-2003) .....         | 23  |
| Tabelle 5:  | Anzahl betreuter Klienten pro Dienst.....  | 43  |
| Tabelle 6:  | Anteile der durch DRK-Dienste versorgten Klienten nach Pflegestufen in Prozent (2006) .....                                    | 45  |
| Tabelle 7:  | Anteile unterschiedlicher Leistungsarten an den gesamten Leistungen in DRK-Diensten in Prozent (2006) .....                    | 45  |
| Tabelle 8:  | Beschäftigte und Klienten pro Beschäftigten in ambulanten Diensten (August 2006) .....   | 48  |
| Tabelle 9:  | Qualifikation der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste (2006) .....  | 51  |
| Tabelle 10: | Personalanteile ambulanter Dienste nach Arbeitsbereichen .....   | 52  |
| Tabelle 11: | Erlöse minus Kosten bei ambulanten Diensten in € (2003-2005) .....   | 59  |
| Tabelle 12: | Differenz der Erlöse minus Kosten geg. Vorjahr (2003-2005) .....   | 61  |
| Tabelle 13: | Erlöse oder Einnahmen ambulanter Pflegedienste (2003-2005) .....   | 65  |
| Tabelle 14: | Anteile ausgewählter Erlös- quellen am Gesamtumsatz ambulanter Dienste (2005) .....  | 66  |
| Tabelle 15: | Veränderung der Gesamtumsätze ambulanter Dienste (2003-2005) .....   | 67  |
| Tabelle 16: | Veränderung der Gesamtkosten ambulanter Dienste (2003-2005) .....  | 68  |
| Tabelle 17: | Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Aurich (1999-2003) .....                                   | 79  |
| Tabelle 18: | Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Pflegebedürftigen in Aurich (2003-2020).....                         | 85  |
| Tabelle 19: | Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Hildesheim (1999-2003) .....                               | 89  |
| Tabelle 20: | Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Hildesheim (2003-2020) ..... | 94  |
| Tabelle 21: | Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Northeim (1999-2003) .....                                 | 99  |
| Tabelle 22: | Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Northeim (2003-2020) .....   | 102 |
| Tabelle 23: | Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Osnabrück (1999-2003).....                                 | 106 |
| Tabelle 24: | Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Osnabrück (2003-2020).....   | 113 |

## Abbildungsverzeichnis

|               |  |    |
|---------------|--|----|
| Abbildung 1:  | Regionale Präsenz ambulanter Pflegedienste oder Sozialstationen des DRK in Niedersachsen .....                                 | 7  |
| Abbildung 2:  | Wünsche haushaltsnaher Dienstleistungen (Prozentanteile der Nennungen von über 50-Jährigen) (1999 u. 2002) .....               | 31 |
| Abbildung 3:  | Anzahl ‚derzeit betreuter Klienten‘ in ambulanten Diensten (August 2006).....  | 43 |
| Abbildung 4:  | Ausgewählte ‚sonstige‘ Entlastungs- u. Betreuungsangebote ambulanter Dienste .....   | 46 |
| Abbildung 5:  | Einschätzungen der Pflegedienste zur Nachfrage ausgewählter Betreuungsangebote .....   | 47 |
| Abbildung 6:  | Zahl der Beschäftigten in ambulanten Diensten (Vollzeitäquivalente) (August 2006) .....  | 48 |
| Abbildung 7:  | Anzahl Klienten ges. pro Mitarbeiter ges. (Vollzeitäquivalente) (August 2006) .....  | 49 |
| Abbildung 8:  | Antworten zur Frage: "Was glauben Sie: Wie sind Ihre Klienten auf Ihren Dienst aufmerksam geworden?" .....                     | 53 |
| Abbildung 9:  | Eingesetzte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit .....   | 54 |
| Abbildung 10: | Einschätzungen zur Intensität der Zusammenarbeit von DRK-Pflegediensten mit Personen oder Institutionen.....                   | 56 |
| Abbildung 11: | Antworten zur Frage: „In welchen Bereichen sehen Sie für Ihren Sozialdienst Schwierigkeiten oder Probleme? .....               | 57 |
| Abbildung 12: | Erlöse minus Kosten bei ambulanten Diensten (2005) .....   | 59 |
| Abbildung 13: | Streuung der Erlöse minus Kosten ambulanter Dienste (2003-2005) in €.....  | 60 |
| Abbildung 14: | Veränderung der Erlöse minus Kosten bei ambulanten Diensten (2003-2005) .....  | 61 |
| Abbildung 15: | Gesamtsaldo Erträge minus Kosten (2003-2005) und Einschätzungen der ökonomischen Lage bei ambulanten Diensten .....            | 63 |
| Abbildung 16: | Erlöse minus Kosten ges. (2003-2005) und Einschätzung der ökonomischen Lage ambulanter Dienste (08/2006) .....                 | 64 |
| Abbildung 17: | Ertragslage im Jahr 2005 und Einschätzung der ökonomischen Lage ambulanter Dienste (08/2006).....                              | 64 |
| Abbildung 18: | Gesamterlöse ambulanter Dienste (2003-2005) in €.....  | 65 |
| Abbildung 19: | Kostenstruktur ambulanter Dienste (Median, N=19) (2005).....   | 69 |
| Abbildung 20: | Streudiagramm Veränderung der Erträge zu Veränderung der Gesamtkosten (2003-2005) geg. Ausgangswert in Prozent .....           | 73 |
| Abbildung 21: | Anteil an Fachkräften und wirtschaftlicher Erfolg (Erlöse minus Kosten) in ambulanten Diensten (2005).....                     | 74 |
| Abbildung 22: | Anteil an Hilfskräften und wirtschaftlicher Erfolg (Erlöse minus Kosten) in ambulanten Diensten (2005).....                    | 75 |
| Abbildung 23: | Prozentuale Veränderung der Ausgaben für Marketing (2003-2005) von ambulanten Diensten mit Gewinnen oder Verlusten (2005)..... | 76 |
| Abbildung 24: | Übersichtskarte Landkreis Aurich.....  | 78 |
| Abbildung 25: | Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Aurich bis 2020 .....  | 86 |

|               |   |     |
|---------------|---|-----|
| Abbildung 26: | Übersichtskarte Landkreis Hildesheim .....                                      | 88  |
| Abbildung 27: | Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Hildesheim bis<br>2020..... | 95  |
| Abbildung 28: | Übersichtskarte Landkreis Northeim .....  | 98  |
| Abbildung 29: | Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Northeim bis<br>2020.....   | 103 |
| Abbildung 30: | Übersichtskarte Landkreis Osnabrück .....                                       | 105 |
| Abbildung 31: | Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Osnabrück bis<br>2020.....  | 114 |

# 1. Einleitung<sup>1</sup>

## 1.1. Auftrag

Die Clementine von Wallmenich Hochschule – Fachhochschule im Deutschen Roten Kreuz wurde vom DRK Landesverband Niedersachsen e.V. beauftragt, zu untersuchen, welche Entwicklungen in der ambulanten Pflege derzeit zu verzeichnen und zukünftig zu erwarten sind, d.h. wie sich die Nachfrage und das Angebot in diesem Bereich entwickeln und wie ein „optimales Dienstleistungsportfolio“ oder ein Zukunftsmodell ambulanter Pflegedienste – inklusive ehrenamtlicher Unterstützerstrukturen, Zusatzdienste und kooperativer Netze – aussehen könnte.

Dazu waren im Einzelnen die folgenden Fragestellungen leitend:

- Welche Veränderungstrends in der Altenpflege sind für die nächsten Jahren zu erwarten?
- Bestehen Versorgungsengpässe in der ambulanten Pflegeversorgung?
- Werden weitere Unterstützungsangebote von potentiellen Kunden gewünscht?
- Besteht ein Bedarf an alternativen Wohnformen zur Vermeidung stationärer Pflege?
- Wie kann eventuell dem Bedarf nachgekommen werden und welche konkreten Umsetzungsvoraussetzungen sind hier zu beachten?
- Welche der benannten Angebote sollten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten von Kooperationspartnern erbracht werden und wie sollten die dazugehörigen Kooperationsverträge aussehen?

Da zur Entwicklung von Angebot und Nachfrage und insbesondere zum detaillierten Leistungsgeschehen der ambulanten Pflege (wozu vor allem ökonomische Kennziffern gehören) kaum flächendeckende Untersuchungen und repräsentative Befunde vorliegen, sollten diese Fragestellungen in einer *explorativen* Studie in vier ausgewählten Regionen eruiert werden, womit grundlegende Trends in der ambulanten Pflege ermittelt und mittels empirischer Daten gestützt werden sollten – eine umfassende repräsentative Erhebung und eine Überprüfung bereits vorhandener Hypothesen konnte damit aber nicht angestrebt und realisiert werden.

---

<sup>1</sup> Wir danken dem Auftraggeber für die Finanzierung der Studie und die freundliche sowie professionelle Unterstützung. Ein besonderer Dank gilt aber insbesondere all jenen Pflegediensten und Vertretern der Praxis, die sich für Interviews zur Verfügung gestellt haben oder Beiträge zum Gelingen der Studie leisteten.

## 1.2. Problemstellung

Unter den grundlegenden Trends und wesentlichen Determinanten im Hinblick auf die Entwicklung von Nachfrage und Angebot in der ambulanten Pflege ist sicher die künftige *demographische Entwicklung* von vorrangiger Bedeutung, wobei diesbezüglich wissenschaftlich eine starke Zunahme der *Zahl* älterer Menschen zwar unumstritten ist, vor allem infolge einer seit Jahren kontinuierlich steigenden Lebenserwartung, die auch künftig aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der besseren Lebensbedingungen weiter steigen dürfte. In Verbindung mit einer seit langem anhaltend niedrigen Geburtenrate zeichnet sich zudem ab, dass sich der *Anteil* der älteren Menschen an der Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten stark erhöhen dürfte, was oft als ‚Überalterung‘ oder gar ‚Vergreisung‘ überzeichnet und einseitig negativ verzerrt wahrgenommen wird. Die Zuwanderung vorwiegend durch jüngere Menschen, die seit den letzten Jahrzehnten in stark schwankender Zahl erfolgte, kann diese Entwicklung lediglich abmildern, vor allem sofern diese zukünftig nicht enorm ausgeweitet werden würde (was politisch und gesellschaftlich derzeit kaum auf Akzeptanz stoßen dürfte). Insgesamt dürfte infolge der demographischen Entwicklung die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark anwachsen, weil Pflegebedürftigkeit zwar nicht nur, aber doch vorwiegend im höheren Lebensalter und mit den damit zunehmenden gesundheitlichen Problemen auftritt. Die Entwicklung der Krankheitsverläufe und die der Rate der physischen und psychischen Einschränkungen im höheren Lebensalter, sprich die der ‚Morbidity‘ und der daraus erwachsenden Pflegewahrscheinlichkeit und -häufigkeit ist jedoch wissenschaftlich stark umstritten und neuere Studien deuten darauf hin, dass populäre besorgniserregende Szenarien einer fortschreitenden ‚*Medikalisierung*‘ im höheren Lebensalter (mit immer mehr chronisch Kranken und längeren Krankheits- und Behandlungsverläufen) eher nicht zutreffen dürften, ja dass vielmehr das Gegenteil wahrscheinlich scheint und eher eine Verringerung der altersspezifischen Pflegehäufigkeit zu erwarten sein dürfte (‚*Kompressionsthese*‘).

Neben demographischen Faktoren sind für die künftige Entwicklung von Nachfrage und Angebot der ambulanten Pflege *soziale* und *ökonomische* von großer Bedeutung. Vorrangig sind hier die gesellschaftlichen Vorstellungen, Einstellungen, Wünsche und Werthaltungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen in Bezug darauf, wer Hilfen und Pflege auf welche Art und Weise wie leisten soll und kann oder wie sie diese ‚Pflegearrangements‘ organisieren möchten und können, was auch als ‚*Pflegemilieus*‘ bezeichnet wird. Bisher ist der Wunsch und die normative Erwartung (oder auch Verpflichtung), primär durch die nächsten Familienangehörigen in der gewohnten häuslichen Umgebung betreut, gepflegt und versorgt zu werden, generell mehr oder weniger selbstverständlich und berufliche Pflege kommt erst dann in Betracht, wenn entweder keine familiären oder sonstigen freiwilligen und unentgeltlichen Helferinnen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen oder wenn die Pflege nicht mehr ohne beruflich erbrachte Hilfen bewältigt werden kann. Sei einiger Zeit sind jedoch solche Einstellungen in ei-



nem Wandel begriffen wie auch die familiären Beziehungen sich verändern im Rahmen einer ‚Modernisierung‘, ‚Individualisierung‘, ‚Pluralisierung‘ und ‚Ökonomisierung‘ gesellschaftlicher Beziehungen.<sup>2</sup> Einen wichtigen Einflussfaktor bilden hier auch ökonomische Faktoren und der regionale Arbeitsmarkt und hierbei wiederum die Frauenerwerbstätigkeit. Die immer noch und auch künftig wachsende Frauenerwerbstätigkeit dürfte die familiäre Pflege eher schwächen, insbesondere angesichts der großen zeitlichen, körperlichen und psychischen Belastung, die mit einer Pflege Tätigkeit einhergeht, weshalb diese auch in der Regel kaum nebenbei mit einer Erwerbstätigkeit zu vereinbaren ist. Ökonomische Faktoren wirken auf der Seite der Nachfrage, die durchaus *auch* durch finanzielle Kalküle geprägt ist, wenngleich hier bisher differenzierte Preise für einzelne Pflegeleistungen offenbar weniger eine Rolle im Pflegemarkt bei der Auswahl von Anbietern in einem *Sektor* spielen (Roth 2001) und Kostenerwägungen eher hinsichtlich grundsätzlicher Entscheidungen bei der Pflegeform von Bedeutung sind (z.B. ambulant/stationär). Auf der Seite der Anbieter haben deshalb auch öffentliche Leistungen und Vergütungsregelungen und deren Veränderung eine vorrangige Relevanz, zumal die private Zuzahlungshöhe und -bereitschaft bisher noch eher begrenzt ist. Indes sind die Preise für ambulante Pflegeleistungen noch eher gering, auch weil die ambulante Altenpflege grundsätzlich ein dynamischer ‚Einstiegsmarkt‘ mit relativ geringen Hürden auch für Einzelunternehmerinnen oder gering Qualifizierte bietet (vgl. Voges 2002), der zudem auch durch ‚Schattenwirtschaft‘ bedroht ist, deren Umfang und Entwicklung allerdings kaum seriös zu bestimmen ist.

Somit bestimmen Maßnahmen der *politischen Steuerung* (z.B. Veränderung von Finanzierungsformen, Aufwertung der ambulanten Pflege, Förderung von Ehrenamt, Stärkung von Prävention und Beratung i.V.m. personenbezogenen Budgets usw.) ganz wesentlich auch die künftige Pflegenachfrage und das Pflegeangebot (vgl. Blinkert/Klie 2001: 47 ff.; Deutscher Bundestag 2002b: 522 f.). Die im Zuge der jüngeren Reformen im Bereich gesundheitlicher und sozialer Dienste stark ausgeweitete private Kostenbeteiligung sowie die Umstellung auf eine stärker marktwirtschaftlich organisierte Versorgungslandschaft – die vor allem mit der Pflegeversicherung wegweisend auch für den Gesundheitssektor durchgesetzt wurde – dürften hier ebenso wie die relativ gute Einkommenslage älterer Menschen und die dort zur Verfügung stehenden Vermögensmassen bisher kaum erforschte Veränderungen mit sich bringen. Noch weniger als der demographische Wandels ist dieser soziale und ökonomische Wandel im Hinblick auf die Auswirkungen von Nachfrage und Angebot von Pflegedienstleistungen erforscht, wobei z.B. Blinkert/Klie (1999) diesbezüglich wegweisende Befragungen und Untersuchungen zu den unterschiedlichen sozialen Milieus als ‚Pflegemilieus‘ vorlegten und erste (wenngleich umstrittene) Szenarien aufzeigten.<sup>3</sup> Diese zeigen u.a., dass jüngere

---

<sup>2</sup> Der Begriff der ‚Modernisierung‘ ist nicht wertend gemeint, vielmehr entspricht er üblicher soziologischer Begrifflichkeit, die ‚moderne‘ funktional differenzierte Gesellschaften gegenüber den ‚traditionalen‘ vormodernen abzugrenzen.

<sup>3</sup> Vgl. Blinkert/Klie (2001) und die Diskussionen im Rahmen der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags (2002a).

und besser gebildete und ‚modernere‘ sowie ökonomisch besser gestellte soziale Gruppen oder Milieus gegenüber der beruflichen Pflege und der Pflege in Einrichtungen deutlich aufgeschlossener sind. Mit der wachsenden Bildung jüngerer Kohorten, der Verkleinerung von Haushalten, der Zunahme der Zahl der Alleinlebenden und der zunehmenden räumlichen Entfernung von Familienangehörigen sowie der wachsenden Erwerbsbeteiligung von Frauen dürften sich die ‚Pflegemilieus‘ und ‚Pflegearrangements‘ in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark verändern – mit einem mehr oder weniger starken Trend zur beruflichen Pflege. Hinzu kommt, dass auch Wechselwirkungen zwischen solchen Faktoren und wiederum demographischen vorliegen, deutlich im rein demographisch bedingten Rückgang des so genannten ‚Töchterpflegepotentials‘, weil künftig Frauen im Alter von 40-65 (die den Hauptanteil unter den informellen Pflegepersonen stellen) infolge der dünner besetzten nachwachsenden jüngeren Jahrgänge schon rein quantitativ in geringerem Maße zur Verfügung stehen.

Insgesamt sind die vorliegenden Prognosen zur zukünftigen Zahl an Pflegebedürftigen mit einer enormen Spannweite und großen Unwägbarkeit behaftet.<sup>4</sup> Bisher basieren die sehr unterschiedlichen Prognosen und Szenarien primär oder fast ausschließlich auf die diskutierten demographischen Faktoren, wobei sie z.B. die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten konstant halten und rein demographisch fortschreiben (vgl. Rothgang 2001).<sup>5</sup> Prognosen im Hinblick auf die Auswirkungen sozialer Milieus – mit der bereits heute beobachtbaren Nachfrageverschiebung zur beruflichen Pflege – und noch mehr solche zu den weiteren Einflüssen politischer Reformen liegen bisher kaum vor und sind auch nur schwer zu treffen. Zudem liegen zum Stand und zur Entwicklung von Angebot und Nachfrage sowie insbesondere zum umfangreichen Leistungsgeschehen der ambulanten Pflege weder flächendeckende repräsentative Untersuchungen noch regional spezifizierte Analysen für Niedersachsen vor – das gilt vor allem für ökonomische Kennzahlen der ambulanten Pflegedienste.

### **1.3. Methode und Vorgehensweise**

Vor dem skizzierten Hintergrund und in Anbetracht der Problemstellung wurden in der vorliegenden Untersuchung – auch unter den gegebenen begrenzten finanziellen

---

<sup>4</sup> Es hieße aber quasi, „das Kind mit dem Bade auszuschütten“, wenn, wie das häufig geschieht, angesichts der Unsicherheit von Prognosen gänzlich darauf verzichtet werden würde und der Eindruck entstünde, die Wissenschaft könnte ohnehin kaum zur Aufklärung künftiger Trends beitragen, weil ja offenbar alles unsicher ist und quasi alles angenommen werden könne.

<sup>5</sup> Oft wird dabei aber so getan, als ob die demographische Entwicklung ein naturgemäß ablaufender ‚Sachzwang‘ wäre, wobei dann nicht zufällig entsprechende Bilder wie ‚Berg‘, ‚Lawine‘ usw. bemüht werden, was vernachlässigt, dass gerade die Entwicklung der Zahl und der Struktur der Bevölkerung für den sozialen und ökonomischen und nicht zuletzt politischen Wandel besonders empfindlich ist. Man denke hier nur an die deutsche Einigung oder die Regulierung der Einwanderung und deren Auswirkungen. Aber auch die Geburtenziffer reagiert sehr sensibel auf raschen sozialen und ökonomischen Wandel, wie wiederum die deutsche Einigung und die danach rapide absinkende Geburtenrate im Osten Deutschlands unterstreicht.

Rahmenbedingungen – ein *exploratives Design* für eine erste regional begrenzte und sondierende Untersuchung in vier ausgewählten Regionen gewählt. Um die potentielle Entwicklung in den ausgewählten niedersächsischen Regionen möglichst umfassend und differenziert abzubilden, wurden unterschiedliche *Methoden* eingesetzt.

Diese Studie basiert sowohl auf der Auswertung quantitativer Daten als auch in der Einschätzung der untersuchten Regionen auf qualitativen Interviews. Hier muss beachtet werden, dass qualitative Untersuchungsmethoden keine repräsentative Schlussfolgerung zulassen, sondern lediglich vorsichtig interpretiert werden können, um erste Anhaltspunkte herauszufiltern. Um diese ermittelten Tendenzen zu bestätigen wären kosten- und zeitaufwendigere Untersuchungsmaßnahmen notwendig.

Neben der Auswertung von Fachliteratur zu möglichen Trends der ambulanten Pflege wurden zunächst *grundlegende Daten und Statistiken* zu den genannten für wesentlich erachteten Determinanten für die ausgewählten Regionen (zur Auswahl nachfolgend) gesammelt und aufbereitet, die im weiteren auch als Grundlage für Modellrechnungen und Szenarien dienen sollten.

Basierend auf der Erhebung und ersten Auswertung dieser Informationen wurde im *zweiten Schritt* ein *halbstandardisierter Fragebogen* für eine – in unserem Angebot und der Projektskizze zunächst nicht vorgesehene und mithin als zusätzliche Leistung durchgeführte – *schriftliche Befragung* ambulanter Pflegedienste entwickelt, um Bestimmungsgrößen für qualitativ hochwertige und wirtschaftlich erfolgreiche Pflegedienste sowie Anhaltspunkte für ein optimales Pflegedienstleistungsportfolio zu bekommen. Um aber auch die qualitativen Interviews durch breitere empirische Ergebnisse zu stützen, wurde also zusätzlich zum Auftrag eine anonyme Umfrage unter den DRK-Diensten im Landesverband Niedersachsen durchgeführt. Nach einer vom Landesverband zur Verfügung gestellten Liste wurden 40 Träger von DRK-Pflegediensten angeschrieben, 29 sendeten den Fragebogen ausgefüllt zurück. Bezogen auf die versandte Zahl der Fragebögen entspricht dieses einer Rücklaufquote von über 70%, wenn jedoch die Summe der einzelnen Dienste als Grundgesamtheit zugrunde gelegt wird (laut Landesverband N=88), liegt eine Rücklaufquote von 33% vor.<sup>6</sup>

Ziel der Umfrage war es, insbesondere Erkenntnisse zu gewinnen über:

- Angebot und Nachfrage der Leistungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Bedeutung von Selbstzahlern
- Probleme/Schwierigkeiten der Dienste
- Pflegeanteile
- Einzugsbereich und Gebietsstruktur
- Kooperationen und Vernetzungen

---

<sup>6</sup> Üblicherweise liegt die Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen bei ca. 10%. Als förderlich zeigte sich, dass die Umfrage vor der Versendung vom Landesverband angekündigt wurde.

- Personalstruktur
- Klientenstruktur
- Organisation der Tourenplanung und Pflegedokumentation
- Einsatz von Ehrenamtlichen

Zudem wurden wirtschaftliche Daten abgefragt, um ökonomische Kennzahlen berechnen und Korrelationsanalysen zwischen dem Faktor Gewinn und anderen Variablen vornehmen zu können.

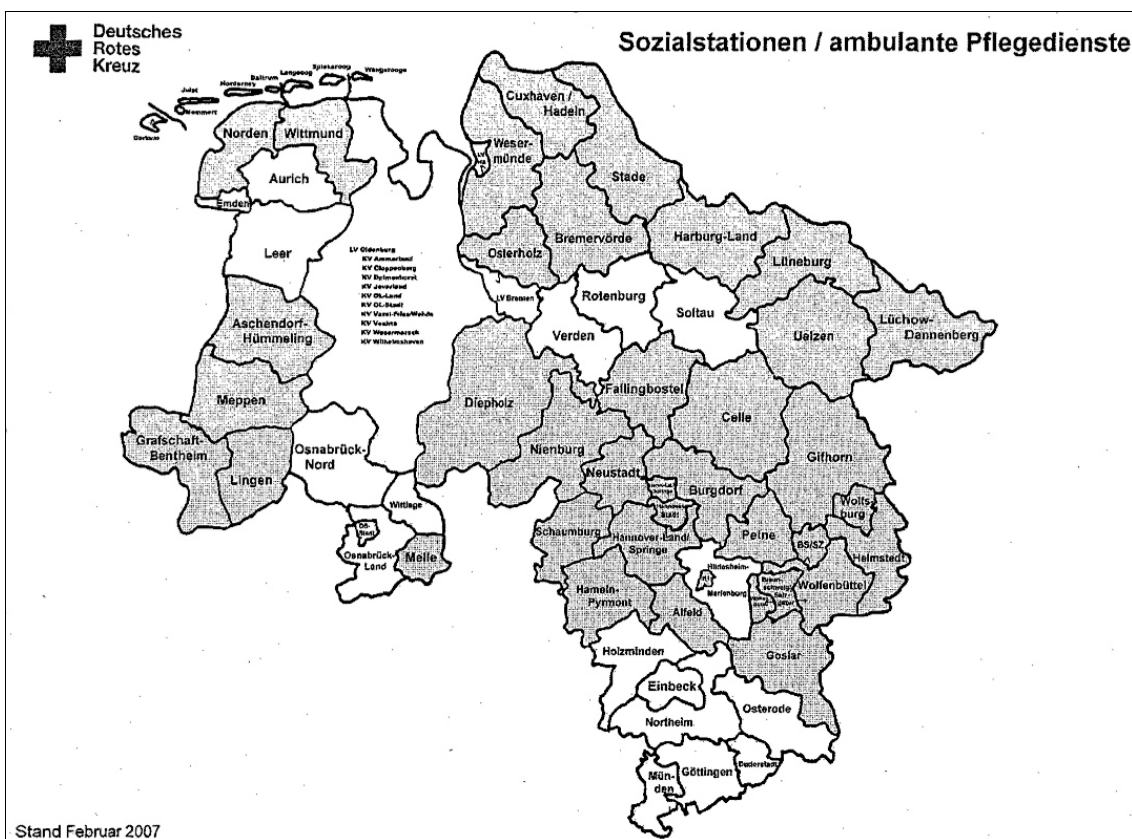
Daran anschließend und darauf aufbauend wurden in vier Landkreisen in Niedersachsen leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten Experten als Einzel- oder als Fokusgruppeninterview durchgeführt zu Rahmenbedingungen und Trends der ambulanten Pflege sowie Einschätzungen zu Innovationen, Plänen und strategischen Überlegungen der Angebotsentwicklung. Was auf regionaler Ebene kaum vorliegt und nur bedingt aus anderen Regionen übertragbar ist, sind die Einstellungen und Erwartungen zu aktuellen und zukünftigen Pflegearrangements. Um diesbezüglich Trends zuverlässig abschätzen zu können, wurden deshalb gesonderte Befragungen der Klientel der älteren Bevölkerung sowie der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in den vier Regionen (Landkreisen) vorgenommen. Zuletzt wurden die Erkenntnisse aus den verschiedenen Teilschritten der Untersuchung zusammengeführt und bewertet, unterschiedliche Entwicklungsszenarien entworfen und darauf basierende strategische Empfehlungen abgeleitet.

Die in der Ausschreibung des Forschungsprojektes zunächst vorgegebenen *Regionen* zur Durchführung der Untersuchung wurden auf Wunsch des Auftraggebers einer Prüfung auf ihre Eignung unterzogen. Leitend für die Auswahl waren strategische Überlegungen des Auftraggebers, bei der Untersuchung möglichst solche Regionen auszuwählen, in denen das DRK noch nicht mit einer ambulanten Sozialstation vertreten ist. Darüber hinaus sollten Gebiete benannt werden, die eine möglichst positive Perspektive der Nachfrage- und Angebotsentwicklung in der ambulanten Pflege versprechen. Auch wurden unterschiedliche Strukturaspekte (Stadt/Land) berücksichtigt.

Zunächst erfolgte eine Vorauswahl anhand regionaler Versorgungslücken. Das DRK ist derzeit in Niedersachsen in den folgenden 11 Regionen nicht oder kaum mit ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen vertreten (Abbildung 1):

- Rotenburg, Holzminden, Northeim, Osterode, Lüneburg, Leer, Göttingen, Emden, Osnabrück-Stadt, Osnabrück-Land, Aurich.

**Abbildung 1: Regionale Präsenz ambulanter Pflegedienste oder Sozialstationen des DRK in Niedersachsen**



Quelle: DRK-Landesverband Niedersachsen e.V.

Während es in den Landkreisen Rotenburg, Holzminden, Northeim, Osterode, Lüneburg, Leer, Emden, Stadt Osnabrück und Göttingen bisher keine DRK-Pflegedienste gibt, sind solche in einigen Regionen nur vereinzelt vorhanden. Hier handelt es sich zum einen um den Landkreis Hildesheim, in dem das DRK zwar mit einer Sozialstation in der Stadt Hildesheim und in Alfeld, jedoch sonst im weiteren Umkreis des Landkreises nicht vertreten ist. Das gleiche gilt für die Landkreise Aurich – hier gibt es eine DRK-Station in Norden und den Landkreis Osnabrück – hier gibt es in Melle einen Pflegedienst.

In nächsten Schritt erfolgte die Ermittlung relevanter Daten zur Nachfrage und zum Angebot der Altenhilfe in den Landkreisen. Grundlegende Daten dazu wurden aus dem Landespflegebericht 2003 (mit Daten zur Pflegeinfrastruktur nach SGB XI Ende 2003), Berichten des Statistischen Landesamtes, des Bundesamtes für Statistik und der jeweiligen Landkreise gewonnen. Probleme bereitete die Ermittlung einiger nachfragerelevanter sozialstruktureller Daten, etwa zur Haushaltsgröße oder zu Familienformen. Diese Daten liegen entweder gar nicht vor oder sie werden nicht nach Landkreisen aufgeschlüsselt. Ebenso bildeten die Daten des Landespflegeplanes noch keine Übersicht über die tatsächlichen Betriebsgrößen der konkurrierenden ambulanten Dienste

vor Ort. Basierend auf den vorhandenen Daten und statistischen Analysen wurde für jede Region zuerst die aktuelle Inanspruchnahme und das aktuelle Angebot von Pflegedienstleistungen, dann das aktuelle Nachfragepotential und drittens das zukünftige Nachfragepotential in der ambulanten Pflege anhand von Indikatoren ermittelt und bewertet.

Leitend war hierbei die strategische Überlegung, im Hinblick auf eine ‚Neupositionierung‘ von Sozialstationen des DRK im Pflegemarkt möglichst solche Regionen auszuwählen, in denen aktuell und künftig eine möglichst *günstige Marktlage* vorliegt. Aufgrund der Datenlage musste eine Beschränkung auf die Pflege im engeren Sinne des SGB XI vorgenommen werden, darüber hinausgehende, so genannte ‚komplementäre‘ Angebote (und Nachfragepotentiale) blieben daher unberücksichtigt. Die laut aktueller Daten (Ende 2003) zu verzeichnende Marktlage in der ambulanten Pflege bestimmt sich grundsätzlich als realisierte Inanspruchnahme ambulanter Pflege (Zahl der Empfänger von Sach- und Kombileistungen in der häuslichen Pflege) in Relation zum entgegenstehenden Angebot (Beschäftigte in der ambulanten Pflege).<sup>7</sup>

Für das Nachfragepotential in der ambulanten Pflege ist primär die Zahl (weniger die Quote pro Bevölkerung) der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege interessant (und hierbei insbesondere die der Empfänger von Pflegegeld). Hier ist zum einen von der Annahme auszugehen, dass ein Übergang von der stationären Pflege in die häusliche Pflege eher unwahrscheinlich ist und zum anderen, dass das ‚Abwerben‘ ambulant versorgter Pflegebedürftiger weniger wahrscheinlich und erfolgreich sein dürfte als der Zugang aus dem Bereich der Empfänger von Pflegegeld oder der Seniorenbevölkerung ohne Pflegestufe. Deshalb ging die Rangfolge der Zahl der Empfänger von Pflegegeld mit einer relativ starken Gewichtung in die Gesamtrangfolge zum Nachfragepotential der Regionen ein. Ferner ist hier – auch angesichts des engen Pflegebegriffs des SGB XI – eben die Zahl der Senioren als nachfragerrelevante Größe von Bedeutung. Auch hier sagt die Quote in einem Gebiet für die Marktpositionierung weniger aus als die absolute Zahl der potentiellen Marktteilnehmer. Dem muss die Seite des Angebots konkurrierender Pflegedienste gegenüber gestellt werden, d.h. deren ‚Auslastung‘ in Relation zur Nachfrage und deren Größe, wobei relativ kleinere Dienste im Wettbewerb eher über schwächere Positionen verfügen sollten. Die ‚Auslastung‘ von Pflegediensten begründet jedoch in diesem Bereich den Hauptgewichtungs faktor zur Ableitung der Rangfolge der Angebotssituation in den Regionen. Ein wesentlicher Faktor, welcher das aktuelle, aber auch zukünftige Nachfragepotential in der ambulanten Pflege bestimmt, ist neben der demographischen Entwicklung (dazu gehören auch Wanderungsbewegungen von Senioren), die *Einkommenslage* in den Regionen (hoch signifikant korrelierend mit dem Wachstum der Inanspruchnahme ambulanter Pflege zwischen 1999 und 2003). Ferner ist für die Marktentwicklung der Trend der Nachfra-

---

7 Dazu wurden Vollzeitäquivalente geschätzt, soweit die Pflegestatistik hierfür Grundlagen bietet und die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, gewichtet nach Pflegestufen, in Relation gesetzt.

geentwicklung in den letzten Jahren von Bedeutung, wobei aber auch Sättigungstendenzen zum Tragen kommen können, weshalb dieser Faktor auch nur mit einem geringen Gewicht in die Bewertung eingeht. Schließlich wirken die Einwohnerdichte und die Frauenerwerbsquote unterstützend für die Nachfrageentwicklung in der ambulanten Pflege. Mit der vorstehend skizzierten Berechnung ergab sich die in der beiliegenden Tabelle ausgewiesene Rangfolge (Anlage), woraus sich folgenden Untersuchungsregionen ergaben:

- Landkreis Osnabrück
- Landkreis Hildesheim
- Landkreis Northeim
- Landkreis Aurich

Für die *leitfadengestützte Experteninterviews* in den vier Regionen wurden halbstandardisierte Fragebögen entworfen, die als Gesprächsleitfäden dienten. Neben den standardisierten Antworten waren weitere Angaben zu jedem Fragekomplex möglich, um den Interviewpartnern ausreichend Raum für Kommentare und Anmerkungen zu geben und um flexibel auf den Gesprächsverlauf reagieren zu können. Die Fragekomplexe variierten je nach Experten, im Wesentlichen richteten sich die erhobenen Daten und deren qualitative Auswertung jedoch nach den eingangs gestellten Fragekomplexen.

Besonders die Experteninterviews mit Mitarbeitern und Leitern verschiedener Altenpflegeprojekte- und ambulanten Diensten, sowie Angehörige von Pflegebedürftigen brachten Aufschluss über derzeitige Tendenzen auf dem Pflegemarkt der jeweiligen Landkreise. Nicht jeder Experte erwies sich jedoch als kompetenter oder aussagewilliger Interviewpartner. Einige Sozialplaner aus den Kreisräten zum Beispiel waren sehr auf die Öffentlichkeitswirksamkeit ihrer Aussagen bedacht. Häufig traten sie in eine Vertretungsrolle der Pflegeheime und zeigten nur wenige Kenntnisse im Bereich der ambulanten Pflege.

In manchen Fällen wurden im Laufe der Recherche Mitarbeiter bestimmter Pflegekassen als kompetente Interviewpartner empfohlen, hier kam jedoch kein Gespräch zustande. Zwar wurden zunächst Termine zugesagt, doch erfolgten jeweils bereits einige Stunden später Terminabsagen. Verwiesen wurde dabei jeweils auf Rundschreiben Direktion, wonach von Mitarbeitern „nach außen“ keine Auskünfte jeglicher Art gemacht werden dürfen. Andere Vertreter von Krankenkassen waren zwar auskunftsbereit, jedoch häufig eher der politischen Lobbyarbeit zugetan – so wurde bspw. immer wieder das Thema Gesundheitsreform angesprochen. Wünschenswert wären hier Interviews mit direkten Sachbearbeitern gewesen, die uns aber stets auf die „Fialleiter“ verwiesen. Neben den Pflegekassen war von Seiten des MDK keine Bereitschaft für Interviews zu erzielen.

Pflegebedürftige wurden im Rahmen dieser Studie in Einzel- oder Gruppeninterviews befragt, meist handelte es sich dabei um Pflegebedürftige niedriger Pflegestufen. Es stellte sich jedoch heraus, dass diese Pflegebedürftigen in nur geringem Maße ihre Wünsche äußern wollten. Trotz betonter Anonymität der Befragungen machten die befragten Pflegebedürftigen Bemerkungen in die Richtung, sich nicht in Misskredit bei den Pflegediensten bringen zu wollen. Zudem kann ein großes Informationsdefizit, auf das noch ausführlich eingegangen wird) ein Grund für die geringe Aussagebereitschaft sein. Bereits in der Studie von 2001 machte Roth die Feststellung, dass von Seiten der Pflegebedürftigen meist eine große Scheu herrscht, Beschwerden vorzubringen oder aber der Wunsch besteht, anonym zu bleiben (Roth 2001: 177 f.). Insofern müssen insbesondere die hier getroffenen Aussagen der Pflegebedürftigen im Hinblick auf die Ergebnisse aus anderen Studien interpretiert werden.

Neben den Experteninterviews wurden Interviews in ‚Fokusgruppen‘ durchgeführt. Hier handelt es sich um eine moderierte Gruppendiskussion und ist ein in den Sozialwissenschaften, aber auch in der Marktforschung häufig angewendetes Instrument, um typische Einstellungsmuster, Argumentationsstränge und Standpunkte einer bestimmten Gruppe – in diesem Falle Menschen, die mit der Altenpflege des jeweiligen Landkreises vertraut sind – zu generieren. In der Regel besteht eine Fokusgruppe aus sechs bis zwölf Teilnehmern, die in einer Zeitspanne von 1,5 bis 2 Stunden befragt werden und miteinander diskutieren.

Die in den Landkreisen stattgefundenen Fokusgruppen bestanden jeweils aus mehreren Vertretern ambulanter Dienste (dabei jeweils zusammengesetzt aus privaten und freigemeinnützigen Trägern und überwiegend großen Unternehmen), dazu kamen Angehörige von Pflegebedürftigen, vereinzelt auch Leiter verschiedener Initiativen (z.B. Alzheimerinitiative usw.), Mitglieder von Seniorenausschüssen der Landkreise, Krankenkassenvertreter und Sozialplaner. Zur Moderation wurden Leitfragen festgelegt, jedoch keine Reihenfolge, damit während der Diskussion flexibel auf Antworten reagiert werden konnte. Die Erfahrungen mit der Durchführung der Fokusgruppen waren sehr positiv – in allen vier Landkreisen gelang es, wie gewünscht, verschiedene Vertreter zur Teilnahme zu gewinnen. Auch wurden die gestellten Fragen sehr ausführlich beantwortet, bei anschließenden Diskussionen entstand jeweils eine nahezu ‚vertrauliche‘ Atmosphäre. Durch die dadurch erhobenen umfassenden Meinungen und Auskünfte konnte ein guter Überblick über die Pflegesituation und die Arbeit der ambulanten Dienste in den jeweiligen Landkreisen ermittelt werden. Auf Nachfrage wurden die Diskussionen auch von den Teilnehmern als sehr positiv empfunden und teilweise sogar als ein erster Austausch verstanden. In einigen Fällen wurden nach der Diskussion weitere Treffen zwischen den Diskussionsteilnehmern geplant und erstmals Kontaktdaten ausgetauscht.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Als Gegenleistung für die Teilnahme wurde den Fokusgruppenteilnehmern grundsätzlich die Zusendung von Ergebnissen aus dieser Studie in Aussicht gestellt – vorbehaltlich der vorherigen Diskussion und Zustimmung durch den Auftraggeber.



Um schließlich zu ermitteln, welche Zusatzangebote in der jeweiligen Region besonders häufig angeboten werden, wurden mit Hilfe von Internetrecherche diejenigen Dienste ermittelt, die mehr als 10 Mitarbeiter beschäftigen (siehe Anhang). Die Datenbank [www.haeusliche-krankenpflege.de](http://www.haeusliche-krankenpflege.de) erfasst neben Adressen und Kontaktdaten der Pflegedienste auch aktuelle Mitarbeiterzahlen. Anhand von Werbebroschüren, Telefonrückfragen und Homepages entsprechender Dienste wurden zudem Produktpaletten erfasst.

## **2. Trends in der deutschen Altenpflege**

### **2.1. Stand und Entwicklung der Nachfrage**

#### **2.1.1. Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste**

In Niedersachsen gab es laut Pflegestatistik Ende Dezember 2003 insgesamt 218.363 pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Tabelle 1).<sup>9</sup> Davon waren 68 % Frauen, 82 % waren 65 Jahre und älter; 53 % waren 80 Jahre und älter. Von den Pflegebedürftigen wurden etwa 69 % (ca. 150 Tsd.) zu Hause versorgt. Generell ist nach den Daten der Pflegestatistik ein wachsender Anteil der Nachfrage und Inanspruchnahme beruflicher Pflege – sowohl ambulant als auch stationär – auszumachen (Tabelle 1 und Tabelle 2).

Der Rückgang der Anteile informeller häuslicher Hilfen und der Anstieg jener der beruflichen Pflege fällt in Niedersachsen noch deutlicher aus als im übrigen Deutschland. Aber auch in Deutschland stieg seit 1999 die Anzahl der durch ambulante Pflegedienste Betreuten von 415 Tsd. auf 450 Tsd. im Jahr 2003 oder um 8,4% gegenüber dem Ausgangswert, während die Zahl der Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum nur um 3% anstieg (Tabelle 2). Ebenso stieg in Deutschland aber auch die Zahl der Pflegebe-

---

<sup>9</sup> Hier ist zu berücksichtigen, dass der zur Reform anstehende Begriff der Pflegebedürftigkeit laut § 14 SGB XI sehr eng angelegt ist und dass viele Menschen auch unterhalb der ‚Eintrittsschwelle‘ auf Leistungen nach dem SGB XI auf Hilfen und Pflege angewiesen sind. Im niedersächsischen Landespflegebericht (MSFFG 2005) steht dazu auf S. 81, dass diese (oft der ‚Stufe 0‘ zugerechneten) Fälle „zahlenmäßig nicht bekannt“ seien, an anderer Stelle heißt es, „nach Berichten der Praxis“ seien 8-10% aller Heimbewohnerinnen dieser Stufe zuzurechnen. In Nordrhein-Westfalen wurde Ende 1998 ein Anteil von 13,1% der in vollstationärer Pflege befindlichen Heimbewohnerinnen als Pflegebedürftige der „Stufe 0“ nachgewiesen, ein Jahr zuvor waren es sogar 18,3% (Eifert et al. 1999: 202). Die Zahl der unterhalb der Schwelle des SGB XI auf Hilfen und Pflege angewiesenen Menschen dürfte im häuslichen Bereich noch höher liegen, wofür es aber keine zuverlässigen Zahlen gibt. Laut Berechnungen von Schneekloth/Müller (2000: 19) blieben bis zu 19% der Hilfe- und Pflegebedürftigen außerhalb des Leistungsbereichs der Pflegeversicherung.

dürftigen in der vollstationären Pflege, die von 1999 bis 2003 sogar um 11,7% zulegte. Entsprechend rückläufig (minus 4%) war die Zahl derjenigen, die zu Hause alleine durch Angehörige gepflegt wurden.<sup>10</sup>

**Tabelle 1: Pflegebedürftige (Leistungsempfänger) nach SGB XI nach Leistungsarten in Niedersachsen (1999-2003)**

| Leistungsempfänger nach SGB XI                               | 1999         | 2001         | 2003         | Veränderung (1999-2003) |
|--|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Pflegebedürftige zu Hause mit Pflege durch Angehörige        | 107.578      | 103.918      | 100.028      | -7,0%                   |
| <i>Anteil an ges.</i>  | <i>51,4%</i> | <i>48,8%</i> | <i>45,8%</i> |                         |
| Pflegebedürftige zu Hause mit Pflege durch ambulante Dienste | 40.421       | 43.121       | 47.398       | 17,3%                   |
| <i>Anteil an ges.</i>  | <i>19,3%</i> | <i>20,2%</i> | <i>21,7%</i> |                         |
| Pflegebedürftige in Heimen                                   | 61.258       | 66.065       | 70.937       | 15,8%                   |
| <i>Anteil an ges.</i>  | <i>29,3%</i> | <i>31,0%</i> | <i>32,5%</i> |                         |
| Pflegebedürftige ges.  | 209.257      | 213.104      | 218.363      | 4,4%                    |

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, NMSFFG 2006.

**Tabelle 2: Pflegebedürftige (Leistungsempfänger) nach SGB XI nach Leistungsarten in Deutschland (1999-2003)**

| Leistungsempfänger nach SGB XI          | 1999         | 2001         | 2003         | Veränderung (1999-2003) |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Pflege zu Hause durch Angehörige        | 1.027.591    | 1.000.736    | 986.520      | -4,0%                   |
| <i>Anteil an ges.</i>                   | <i>51,0%</i> | <i>49,1%</i> | <i>47,5%</i> |                         |
| Pflege zu Hause durch ambulante Dienste | 415.289      | 434.679      | 450.126      | 8,4%                    |
| <i>Anteil an ges.</i>                   | <i>20,6%</i> | <i>21,3%</i> | <i>21,7%</i> |                         |
| Pflegebedürftige in Heimen              | 573.211      | 604.365      | 640.289      | 11,7%                   |
| <i>Anteil an ges.</i>                   | <i>28,4%</i> | <i>29,6%</i> | <i>30,8%</i> |                         |
| Pflegebedürftige ges.                   | 2.016.091    | 2.039.780    | 2.076.935    | 3,0%                    |

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik nach SGB XI

<sup>10</sup> Auch nach der bundesweiten Leistungsstatistik der Pflegekassen ging der Anteil der selbst beschafften Pflegehilfen und der Bezug von Pflegegeld an allen Leistungsarten im Jahresmittel von 56,3% (1997) auf nur noch 47,9% (2005) zurück, derjenige ambulanter Sach- und Kombinationsleistungen stieg im gleichen Zeitraum von 16% auf 18,8% (Bundesministerium für Gesundheit) In der Leistungsstatistik der Pflegekassen werden Leistungszahlungen nicht Personen gezählt, so dass hier Doppelzählungen nicht auszuschließen sind, etwa bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld nach § 36 SGB XI und der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson gemäß § 39 SGB XI. Zudem bezieht sich die Kassenstatistik nur auf die gesetzlich Versicherten.

Runde geht aufgrund solcher Daten und auf der Basis von Befragungen davon aus, dass in 20 Jahren schon 60% der Pflegehaushalte professionelle Hilfen in Anspruch nehmen werden (Runde 2003: 24). Doch bevor Hintergründe der Veränderungen der Nachfragestruktur weiter erörtert werden, sollen nachfolgend zunächst die Grundlagen der demographischen Entwicklung skizziert werden, die ungeachtet der sich wandelnden sozialen Milieus (oder ‚Pflegemilieus‘) für eine steigende Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten sorgt.

### 2.1.2. Demographische Entwicklung

Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft – verursacht vor allem durch eine steigende Lebenserwartung – ist künftig ungeachtet der eingangs angesprochenen Unsicherheit dahingehender Prognosen auch ein mehr oder weniger starker Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu erwarten. In diesem Zusammenhang ist primär die weitere Entwicklung der *Lebenserwartung* (Mortalität) und der *Krankheitszustände* (Morbidität) von Interesse. Als Einflüsse auf die Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklung sind vor allem medizinisch-technische Entwicklungen und solche der Prävention und Rehabilitation sowie sich ändernde Lebensgewohnheiten (Ernährung, gesundheitsschädliches Verhalten) zu nennen. Das Statistische Bundesamt geht in seiner neuesten Prognose von einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung aus (wenngleich verlangsamt), wobei hier vor allem die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung älterer Menschen interessiert: Für die heute 60-jährigen gilt derzeit für Männer eine mittlere weitere Lebenserwartung von 20 und für Frauen von 24,1 Jahren, die sich laut dieser Prognosen bis zum Jahr 2050 um ca. 5-7 Jahre verlängern dürfte – bei einer Angleichung der Lebenserwartung von Männern und Frauen. Doch sei angemerkt, dass die seit einigen Jahren vorgenommenen koordinierten Bevölkerungsprognosen des Statistischen Bundesamtes bisher die Verlängerung der Lebenserwartung eher unter- als überschätzten.

Hinsichtlich der künftigen Morbiditätsentwicklung gibt es ebenso große Unwägbarkeiten und entsprechende Differenzen der Prognosen: Während die Kompressionsthese (Fries 1980) von einer Verdichtung der Morbidität auf eine kurze letzte Lebensphase ausgeht, besagt die Medikalisierungsthese (Verbrugge 1984), dass sich mit der Lebensdauer auch die Dauer der Morbidität verlängert (Rothgang 2001: 15-18). Insgesamt scheint nach neueren Daten eher eine epidemiologisch *günstigere* Entwicklung der Morbidität und der daraus sich ergebenden Prävalenz von Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich (Rothgang/Borchert 2005, Rothgang 2005). Die vorliegenden Prognosen gehen angesichts der genannten Unsicherheiten und infolge widerstreitender Annahmen in der Regel von einer *konstanten* Morbidität und konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten (je nach Alter und Geschlecht) aus (Rothgang 2004: 2 f.), was bedeutet, dass der künftige Pflegebedarf in der Regel rein demographisch abgeschätzt wird, ohne Änderungen der Morbidität in Rechnung zu stellen. Neben den bisher genannten demographischen Faktoren wirkt sich die seit langem geringe *Fertilität* im Übrigen e-

benso kaum auf die künftige Zahl der Pflegebedürftigen aus wie die *Migration* (Nettozuwanderung) (Deutscher Bundestag 2002b: 508), insbesondere wenn es um eher kurzfristige Trends geht.

Die auf der demographischen Entwicklung basierenden Prognosen schätzen für Deutschland bis zum Jahr 2050 eine *Verdopplung* oder gar *Verdreifachung* von derzeit etwas über zwei Millionen auf mind. drei bis knapp sechs Millionen Pflegebedürftigen, wobei die Breite des Korridors die prognostische Unwägbarkeit insbesondere für die fernere Zukunft anzeigt (Deutscher Bundestag 2002b: 510f).<sup>11</sup> Zudem sind auch regional unterschiedliche Szenarien möglich. In Niedersachsen geht aus dem Landespflegebericht, also in der Sicht des für die Förderung der Pflegeinfrastruktur zuständigen Landes, eine eher optimistischere Schätzung hervor, wobei selbst in der obersten Variante ‚nur‘ ca. 427 Tsd. Pflegebedürftige im Jahr 2050 erwartet werden, was nicht ganz eine Verdopplung gegenüber dem heutigen Stand bedeutete. Insbesondere rechnet das Land hierbei mit einer eher geringen Verlängerung der Lebenserwartung. Die genaue *Prognose* der demographisch begründeten Veränderung der Pflegehäufigkeit ist aber eben insgesamt mit großen Unsicherheiten behaftet, insbesondere für die fernere Zukunft.

### **2.1.3. Einflüsse von Einstellungen und sozialen Milieus**

Neben den eher intensiv beforschten demographischen Faktoren sind für die weitere Entwicklung der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen vor allem die *Einstellungen* der Pflegenden und Pflegebedürftigen mit ihren Vorstellungen und Erwartungen sowie Werthaltungen bezüglich der Art der Versorgung und den damit zusammenhängenden ‚Pflegenetzwerken‘ bedeutsam, was sich als ‚*soziale Pflegemilieus*‘ zusammenfassen lässt. Dazu haben insbesondere Blinkert u. Klie wegweisende Beiträge im Rahmen der Enquete-Kommission Demographischer Wandel (Blinkert/Klie 2001; Deutscher Bundestag 2002a) vorgelegt, die jedoch in ihrer prognostischen Genauigkeit umstritten bleiben, wenngleich grundlegende Änderungen der Präferenz- und Nachfragestrukturen unbestritten zu erwarten sind.

Für die meisten pflegebedürftigen Menschen gilt derzeit noch als selbstverständlicher vorrangiger Wunsch und als gesellschaftliche Erwartung oder Norm, zu Hause gepflegt zu werden. Dies äußerten laut einer Studie von Schneekloth und Müller 78% (2000: 63) der befragten Pflegebedürftigen. Dazu kommt, dass damit auch die Pflege durch die nächsten Angehörigen der Familie als Wunsch gemeint ist.<sup>12</sup> Insofern wird bis heute die beruflich gegen Entgelte erbrachte Pflege nur dann als ‚Ersatz‘ gesucht, wenn

---

<sup>11</sup> Auch steigt die Zahl der Demenzkranken, so schätzt Bickel (2001: 108), von 930 Tsd. im Jahr 1996 auf 1,56 Mio. bis zum Jahr 2030 und auf mehr als 2 Mio. bis zum Jahr 2050.

<sup>12</sup> 24% der privaten Pflegeperson sind Ehepartnerinnen, 13% Ehepartner, weitere 26% stellen die Töchter der Pflegebedürftigen, 14% entfallen auf Mütter von Pflegebedürftigen; entsprechend sind 80% der Pflegepersonen Frauen (Schneekloth/Müller 2000: 51).

der Pflegeaufwand infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu hoch wird, die Pflegeperson überlastet ist oder keine informelle Hilfe oder ‚Netzwerke‘ zur Verfügung stehen, was auch bedeutet, dass die Präferenzen sowie einmal getroffenen Entscheidungen sich grundsätzlich als überaus stabil erweisen (Gräßel 1998a u. b; Kliebsch et al. 2000). Dabei liegen den geäußerten Präferenzen der Pflegenden oder Pflegehaushalte durchaus nicht immer harmonische und komplexe Mischungen von Wünschen, wechselseitigen Verpflichtungsgefühlen, Erfüllung gesellschaftlicher Normerwartungen sowie dem Bedürfnis nach Anerkennung und auch finanzielle Erwägungen zugrunde (Pöhlmann/Hofer 1997: 282; letzteres betonen Runde/Giese 1999: 348). Letzteres dürfte in Befragungen angesichts des gesellschaftlichen Dogmas und Tabus der Berechnung, das innerhalb von Familien in der Regel herrscht, allenfalls zögerlich oder ‚zwischen den Zeilen‘ geäußert werden oder zum Vorschein kommen.<sup>13</sup> Dabei zeigen empirische Analysen aber, dass der Anteil der Übernahme der Pflege durch Angehörige im Falle vorhandenen Wohneigentums deutlich höher ausfällt, wobei als ökonomischer Anreiz zusätzlich die Renten der Pflegebedürftigen in Betracht kommen (Runde et al. 2003). Die Leistungen der Pflegeversicherung werden aber generell primär als Entlastung bezeichnet oder angesehen, um die gewünschte familiäre Pflege abzusichern. Im 4. Altenbericht von 2002 werden Gründe aufgezählt, die bei der Entscheidung der Pflegehaushalte gegen die Inanspruchnahme von professionellen Diensten sprechen können. Dazu gehören:

- Gefühl von Schuld und Versagen;
- Scheu, um Unterstützung zu bitten;
- Angst vor Einmischung Fremder in familiäre Angelegenheiten;
- sich nicht von Fremden bevormunden oder kontrollieren lassen zu wollen;
- finanzielle Gründe (BMFSFJ 2002: 204; Büscher 2003: 24)

Ein Großteil der Menschen fürchtet zudem, in ein Pflegeheim eingewiesen werden zu müssen, was erst als allerletzte Möglichkeit in Betracht gezogen wird, insbesondere, wenn mit dem steigendem Pflegebedarf Überlastungen bestehender Pflegearrangements und der meist weiblichen Pflegekräfte auftreten (Gräßel 1998a u. b, 2000; Kliebsch et al. 2000).<sup>14</sup> Andere Determinanten für die Wahl der Pflegeform wie Geschlecht, Einkommen, Bildung und Wohnortgröße spielen dagegen in multivariaten Modellen und in verschiedenen Analysen *bisher* nur eine eher geringe Rolle für die recht stabilen, stark durch feste Werte und Normen geprägten Pflegearrangements. Ebenso ist das regionale Versorgungsangebot, ökonomische sowie sozialrechtliche

---

<sup>13</sup> Zur Logik oder ‚Ökonomie‘ des symbolischen Tauschs, die in Familien von hoher Bedeutung ist siehe grundsätzlich Bourdieu (1993) und mit ihren noch kaum erforschten Auswirkungen auf die Pflege siehe Roth (2007).

<sup>14</sup> Entsprechend befinden sich in Pflegeheimen durchschnittlich deutlich schwerer Pflegebedürftige: So lag der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe III in Pflegeheimen im Jahr 2003 bei 21%, während er bei den zu Hause Versorgten bei 10% lag (Statistisches Bundesamt 2005: 4).

Anreize, aber auch Informationsdefizite bei der Wahl bisher eher noch von nachrangiger Bedeutung (Blinkert/Klie 1999; Schneekloth, Müller 2000).

*Künftig* scheint jedoch wahrscheinlich, dass sich traditionelle Werte und Normvorstellungen sowie Familienbindungen weiter lockern und professionelle Pflegeformen (vor allem ambulante und betreute Wohnformen) eine stark steigende Bedeutung erlangen werden; dies gilt auch, weil informelle Helferinnen oder Helfer aus der Nachbarschaft, Freunde oder Ehrenamtliche bisher nur in geringem Ausmaß Pflegeleistungen übernehmen, wengleich hier zukünftig eine kompensierende Tendenz erhofft wird und ein grauer Markt schwer abzuschätzen ist (Blinkert/Klie 2001, Deutscher Bundestag 2002a). In den Einstellungen zu professionellen Pflegeformen zeichnet sich bereits heute ein Wandel im Sinne gesellschaftlicher ‚Modernisierung‘ ab.<sup>15</sup> Tradierte Normen-, Wert- oder Rollenvorstellungen, etwa hinsichtlich der für die Pflege so bedeutsamen Einstellungen zu Familienverpflichtungen (und Frauenrollen), finden sich *eher* in ländlichen und stark religiös geprägten sowie dem traditionsorientierten Arbeitnehmer- sowie Handwerkermilieu sowie in weniger gebildeten Kreisen, aber auch in traditionellen großbürgerlich-konservativen Eliten, (ausführlich: Vester et al. 2001).<sup>16</sup> Befragungen dazu bestätigen, dass insbesondere so genannte ‚moderne‘ oder ‚postmoderne‘, liberale oder hochkulturelle bürgerliche Milieus mit guter Bildung und hohem Einkommen und solche in städtischen Regionen generell der professionellen Pflege aufgeschlossener gegenüber stehen als untere, traditionsverwurzelte und ländliche soziale Milieus (Blinkert, Klie 2004). Da die nachwachsenden jüngeren Kohorten aufgrund sozialstruktureller Änderungen in den letzten drei Jahrzehnten wesentlich häufiger gut gebildete, in städtischen Milieus sozialisierte und eher gut verdienende Einkommensgruppen aufweisen, ist zukünftig mit einem mehr oder weniger starken Wandel der Einstellungen zur professionellen Pflege und der ‚Pflegemilieus‘ zu rechnen. Eine Umfrage aus dem Jahr 2002 (Runde 2003) zeigte, dass Pflegepersonen im Alter zwischen 45 und 64 Jahren bereits deutlich offener gegenüber der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienstleistungen eingestellt waren als ältere Altersgruppen.<sup>17</sup> Diese Alterskohorte nannte auf die Frage, welche Pflegeformen sie anderen Menschen empfehlen würde, zu 40% eine ‚Kombipflege‘ aus Angehörigen und Fachkräften<sup>18</sup> und zu 20% Pflege im Rahmen ‚Betreuten Wohnens‘. Als weitere Einstellungsmuster fand Runde heraus, dass es 2002 nur noch 62% der Befragten als selbstverständlich ansahen, ihren Ehepartner zu pflegen, lediglich 45%, dass Kinder die Pflege ihrer Eltern übernehmen, was 1997 noch 55% erwarteten (Runde 2003:46).

---

<sup>15</sup> Siehe dazu Fußnote 2.

<sup>16</sup> Damit ist aber kein Determinismus verbunden, weshalb insbesondere der Rückschluss vom Kollektiv auf Einzelne unzulässig ist. Umgekehrt widerlegen hier abweichende Einzelfälle nicht die grundsätzliche Gesetzmäßigkeit.

<sup>17</sup> Hierbei muss berücksichtigt werden, dass hier weniger ein Alterseffekt als geänderte gesellschaftliche Verhältnisse zum Ausdruck kommen, z.B. aufgrund der in jüngeren Kohorten anzutreffenden stärkeren Bildungsbeteiligung.

<sup>18</sup> Mit ‚Fachkräften‘ scheinen in dieser Antwort Mitarbeiter von professionellen ambulanten Pflegediensten gemeint zu sein. Das geht aus dem Bericht nicht eindeutig hervor.

Eine wesentliche Determinante im Hinblick auf die zukünftige Nachfrageentwicklung der professionellen Pflege ist zudem die ‚Singularisierung‘, d.h. die Zunahme der Zahl Alleinlebender. Der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten ist in der Vergangenheit in Deutschland kontinuierlich gewachsen, von 25,4% im Jahr 1972 auf 35,4% im Jahr 1990 und 36,7% im Jahr 2002 (Deutscher Bundestag 1994: 130, 2004:40). Ähnliches gilt auch für die Altenbevölkerung (Rothgang 2001:35). Durch die Singularisierung wird in Verbindung mit erhöhten Scheidungsraten, sinkenden Kinderzahlen und dem Wandel von Familienstrukturen eine Schwächung informeller Pflegepotentiale angenommen. Alleinlebende Pflegebedürftige mit häuslicher Pflege sind signifikant häufiger in niedrigen Pflegestufen und sie nehmen häufiger professionelle Hilfen in Anspruch (Schneekloth/Müller 2000: 80).

Zu den skizzierten gesellschaftlichen Veränderungen kommt dazu, dass auch aus demographischen Gründen das so genannte „Töchterpflegepotential“ rückläufig ist, d.h. es stehen künftig weniger jüngere Familienangehörige, vorwiegend Töchter oder Schwiegertöchter, zur Verfügung, da die zukünftige ältere Generation weniger Kinder und Geschwister hat. Darüber hinaus wird angenommen, dass eine steigende *Frauen-erwerbstätigkeit* die familiäre oder informelle Pflege künftig weiter schwächen und die Wahl professioneller Versorgungsformen fördern dürfte. Dies gilt insbesondere angesichts der großen zeitlichen, körperlichen und psychischen Belastung, die mit einer Pflege Tätigkeit einhergeht (Gräßel 1998a u. b), weshalb diese kaum nebenbei mit einer Erwerbstätigkeit zu vereinbaren ist. So gaben mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren, wegen der Pflege ihre Erwerbsarbeit auf oder schränkten diese ein (Schneekloth/Müller 2000: 60). Die allgemein weiter steigende Erwerbstätigkeit von Frauen führt deshalb voraussichtlich dazu, dass auch in der Gruppe der Hauptpflegepersonen (weiblich, 40-65 Jahre) das informelle Pflegepotential abnimmt (Runde 2003: 33). Tatsächlich steigt das mittlere Pflegealter seit einigen Jahren (Schneekloth, Müller 2000: 54; Rothgang 2001: 28f; Deutscher Bundestag 2002a: 515f.).

#### **2.1.4. Private Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit**

Entlang der steigenden Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten lässt sich auf den ersten Blick auch eine gewisse steigende private Zahlungsbereitschaft vermuten. Neben den Ausgaben der Pflegeversicherung, die zirka 44% der zirka 6 Milliarden Gesamtausgaben für ambulante Pflege im Jahr 2001 deckte, übernahm die Krankenversicherung 32%. Danach folgen vor allem die privaten Ausgaben mit tut einer Milliarde und einem Anteil von 17% als relevante ‚Finanzquelle‘ für ambulante Pflegedienste (Rothgang 2004: 36 f.). Die privaten Ausgaben für ambulante Pflege, die 1992 noch 458 Mio. umfassten und danach kurzfristig bis 1994 sogar leicht sanken, stiegen nach dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung bis 2001 um 130% geg. dem Wert von 1992 an, alleine in den letzten drei Jahren um 26% (Rothgang 2004: 36 f.)

Dass hier noch Potential für weitere Anstiege vorliegen, zeigt sich auch daran, dass der private Anteil an den Gesamtkosten auch im Jahr 2001 noch *unter* dem von 1992 blieb, als immerhin 23% der ambulanten Pflege aus privaten Mitteln bestritten werden mussten. Dennoch sind die stark erhöhten privaten Zuzahlungen zum Teil auch dadurch begründet, dass die Ausgaben der Krankenversicherung für ambulante Pflege in den letzten Jahren stagnierend bis rückläufig sind. Ferner führt die Kostenbegrenzung der Pflegeversicherungsleistungen (diese sind seit ihrer Einführung 1995 unverändert geblieben) generell zu nur geringen Deckungsgraden, die allenfalls bei Stundensätzen von unter 10 € annähernd zur – gesetzlich bewusst vermiedenen – vollständigen Deckung der Pflegekosten ausreichen (Rothgang 2004: 39). Erhöhte Zuzahlungen durch die Privathaushalte sind somit eher erforderlich als von diesen gewollt, wenngleich sich hier künftig auch ein Einstellungswandel einstellen dürfte. Ab einem Haushaltseinkommen von 2.500 € zeigt sich bereits heute ein deutlicher Anstieg privat finanzierter Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen (Runde 2003: 21 f.). Hinzu kommt dass das ‚Teilkaskoprinzip‘ der Pflegeversicherung bisher in nicht ausreichender Form in die Öffentlichkeit getragen wurde – auch von den ambulanten Pflegediensten (vgl. Roth 2001). Noch immer ist bei einem Großteil der Bevölkerung eher eine hohe Anspruchshaltung an die Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung zu beobachten (Bücher 2003:39). Aufgrund der politischen Entwicklung im Gesundheits- und Pflegesektor kann aber vermutet werden, dass private Kostenbeteiligungen oder Zuzahlungen in den sozialen Sicherungssystemen weiter ausgeweitet werden und auch dadurch ein allmähliches Umdenken in der Bevölkerung stattfinden wird.

Für die ökonomischen Verhältnisse der Pflegebedürftigen sind die Renten- und Pensionseinkommen von vorrangiger Bedeutung, woraus 81% der ambulant Versorgten ihren Lebensunterhalt bestritten, 11% erhielten vorrangig Unterhaltszahlungen durch ihre Angehörige und für 3% waren die Leistungen aus der Pflegeversicherung die Hauptfinanzierung; 3% erwirtschafteten ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit (Statistisches Bundesamt 2004: 4). Die Einkommenslagen der älteren Kohorten sind heute insgesamt eher relativ gut, wobei beachtet werden muss, dass mit dem gegebenen Einkommen kleinere Haushalte finanziert werden müssen (Cirkel et al. 2004 : 11). Allerdings dürfen hierbei weder die erheblichen Spannbreiten der Einkommen noch die Variation in den Haushaltstypen und die geschlechtsspezifischen Unterschiede außer Acht gelassen werden (Cirkel et al. 2004: 11). Das mittlere äquivalenzgewichtete verfügbare Jahreseinkommen lag im Jahr 2002 bei Personen im Alter von 65 und älter bei 18.533 € und damit bei knapp 91% des Durchschnittswertes von 20.145 € (Cirkel et al. 2004: 11 f.). So haben z.B. ältere Menschen in Zweipersonen-Haushalte in Deutschland monatlich zwischen 1.663 und 1.784 Euro, Alleinlebende zwischen 1.274 und 1.344 Euro und allein lebende Frauen zwischen 1.226 und 1.283 Euro - je nach Altersgruppe - zur Verfügung (Circel et al. 2004: 13). Aus der Sicht der ambulanten Pflege ist besonders bedeutsam, dass vor allem allein lebende Alte eine, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, unterdurchschnittliche Einkommenslage haben (Grabka 2004: 68). Gerade bei allein stehenden Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf kann aber von



einem prekären Unterstützungsnetzwerk ausgegangen werden, welches durch professionelle Hilfe gestützt werden müsste. Mit Skepsis betrachtet Viebrock (2005: 58) die weitere Zuzahlungsbereitschaft bei Rentnern. Müssen sie doch in den letzten Jahren bereits verstärkt Beiträge zur Gesundheits- und Pflegeversorgung selber tragen und daneben in den letzten Jahren und zukünftig mit einem real sinkenden Rentenniveau rechnen. Die finanzielle Situation älterer Menschen wird zuletzt neben den Einkommen von den Vermögensverhältnissen geprägt. Hier zeigt sich eine besonders gute Vermögenslage bei den über 50-jährigen, die über 61% des gesamten Geldvermögens verfügen. Die 60- bis 70-jährigen sind im Besitz ähnlich umfangreicher Vermögen wie die 40- bis 50-jährigen (Cirkel et al. 2004: 18).

### **2.1.5. Einflüsse politischer Steuerung**

Auch die politische Steuerung beeinflusst die künftige Pflegenachfrage, auch und gerade unter den aufgezeigten Bedingungen sozialen und demographischen Wandels (Blinkert/Klie 2001: 47ff.; Deutscher Bundestag 2002: 522f.). Die Auswirkungen dieser Steuerungen wurden in der Wissenschaft bisher jedoch (ebenso wie die der skizzierten ‚Pflegermilieus‘) zu wenig berücksichtigt. In der aktuellen Diskussion sind derzeit, die Finanzierung der Pflegeversicherung durch Elemente der Kapitaldeckung (als „Demografiereserve“) zu ergänzen, Präventions- und Rehabilitationsleistungen „deutlich“ zu verbessern („Rehabilitation vor und bei Pflege“ als Grundsatz), einen Risikostrukturgleichgewicht zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung zu etablieren (CDU/CSU/SPD 2005) und die Pflegeleistungen zu dynamisieren. Ein grundsätzliches Ziel ist ferner die Stärkung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘, was durch die Nachjustierung der Spreizung der einzelnen Pflegestufen erreicht werden soll. Um den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf zum Beispiel der Demenzkranken zukünftig besser zu berücksichtigen soll der Begriff der Pflegebedürftigkeit bis zum 30.11.2008 überarbeitet werden (BMG v. 10.10.2006). Weitere Maßnahmen, die im Koalitionsvertrag angekündigt werden, sind:

- Orientierung der Qualitätssicherung primär am Ergebnis;
- Reduzierung des Verwaltungs- und Dokumentationsaufwandes;
- Ausweitung des Pflegeurlaubs im Rahmen der Familienpflege.
- Das Problem des Fachkräftemangels soll u.a. durch eine integrierte Pflegeausbildung entgegengewirkt werden;
- Förderung von alternativen Wohn- und Betreuungsangeboten;
- Förderung von Entlastungs- und Betreuungsangeboten zur Unterstützung der häuslichen Pflege.

Neben diesen Vorsätzen der ‚Großen Koalition‘ werden derzeit verschiedene Leistungen in Budgetform in Modellprojekten wissenschaftlich erprobt und ausgewertet. Unterschieden werden das Personenbezogene Budget, das Trägerübergreifende Budget

und das integrierte Budget.<sup>19</sup> Allen Budgetformen ist gemeinsam, dass es sich dabei um eine Geldleistung handelt, welches dem Empfänger als Pauschalbetrag zur Verfügung gestellt wird, mit dem der Betroffene die Hilfen nach seinen persönlichen Vorstellungen gestalten soll, so dass seine Selbstbestimmungsmöglichkeiten sowie seine Lebensqualität verbessert werden sollten. Zudem erhofft man sich eine stärker marktorientierte Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen, d.h. eine differenziertere und besser auf die Nachfrager abgestimmte Angebotspalette. Vor allem durch das trägerübergreifende und integrierte Budget sollen Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungsträgern vermieden werden. Wie beim herkömmlichen Pflegegeld wird auch beim *personenbezogenen Budget, kurz Pflegebudget*,<sup>20</sup> das Geld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt, wobei die Höhe allerdings den Sachleistungen entspricht. Im Unterschied zu den bisherigen Möglichkeiten kann der Pflegebedürftige auch von Anbietern Leistungen einkaufen, die keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben. Somit ist der Pflegebedürftige nicht an die üblichen Leistungskomplexe gebunden. Allerdings müssen die Angebote legal sein und sie dürfen nicht von nahen Angehörigen (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder, Eltern und Geschwister) erbracht werden. Die Pflegebedürftigen werden im Modellprojekt durch einen Case Manager beraten und unterstützt (Widmaier 2005:18). Seit dem 01.07.2004 können auf Antrag Leistungen verschiedener Träger zudem als *trägerübergreifendes Budget* nach § 17 SGB XI beantragt werden. Vor allem Menschen mit Behinderung haben häufig Ansprüche gegenüber verschiedenen Leistungsträgern, wie etwa der gesetzliche Kranken- und Pflegekassen, den Trägern von Rehabilitationsmaßnahmen oder den Sozial- und Integrationsämtern. Nach § 35a SGB XI werden die Sachleistungen nur in Form von Gutscheinen bewilligt; Pflegegeldleistungen werden wie bisher als Geldbetrag gewährt (Siebert 2006: 51; Wiedmaier 2005: 18). Das *Integrierte Budget* entspricht der Zusammenführung des trägerübergreifenden Budgets und dem personenbezogenen Budget. Es soll Menschen mit Behinderung Leistungen der Pflegeversicherung ermöglichen, die beim trägerübergreifenden Budget nur eingeschränkt (siehe trägerübergreifendes Budget) möglich sind (Widmaier 2005: 18).

Eine für die ambulante Pflege bedeutsame politisch-institutionell induzierte Veränderung resultiert zuletzt auch aus der Einführung von Vergütungen nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnoses Related Groups oder DRG) in deutschen Akutkrankenhäusern. Es gibt bisher nur wenige Erkenntnisse, die über die Auswirkungen hierzu vorliegen (Rieser 2006) und nicht alle in diesem Zusammenhang wahrgenommenen Veränderungen lassen sich zudem auf die Einführung der DRG zurückführen (Buhr/Klinke 2006: 31). Im Vorfeld wurde vielfach die weitere Verkürzung der Liegedauer<sup>21</sup> und daraus folgend „blutige“ Entlassungen prognostiziert (Büscher et al.2003:

---

<sup>19</sup> Siehe: [www.pflegebudget.de](http://www.pflegebudget.de); [www.projekt-persoennesliches-budget.de](http://www.projekt-persoennesliches-budget.de); [www.integriertesbudget.de](http://www.integriertesbudget.de)

<sup>20</sup> Grundlage für das Modellprojekt ist §8 Abs. 3 SGB XI.

<sup>21</sup> Die Liegezeiten sind schon seit mehr als einem Jahrzehnt rückläufig, z.B. aufgrund verbesserter Medizintechnik, was grundsätzlich nicht negativ bewertet werden muss, es sei denn, Entlassungen finden aus Kostengründen zu früh statt.

26; Schaeffer/Ewers 2001: 15). Ludwig und Schaeffer (2004: 164) rechnen mit weitreichenden Auswirkungen auf die ambulante Pflege, zumal mit Blick auf die internationalen Erfahrungen, etwa in den USA, wo sich nach Einführung der DRG eine rasante Zunahme der Nachfrage nach ambulanten Versorgungsleistungen einstellte. Ersten Untersuchungen zufolge kann eine Verkürzung der Liegezeiten bestätigt werden, außerdem Einschränkungen bei der psychosozialen Versorgung und ein allgemeiner Trend zur ambulanten Versorgung sowie Personalabbau in Krankenhäusern, vor allem in der Pflege (Buhr/Klinke 2006: 32f.). Auch daraus – und vermutlich im Zuge weiterer Kostendämpfungsmaßnahmen im stationären Sektor – dürften künftig weitere Impulse zugunsten der ambulanten Pflegeinfrastruktur ausgehen, die bisher aber nicht näher abgeschätzt werden können. Für die ambulante Pflege bedeutet das, dass sie sich nicht nur auf betagte Menschen konzentrieren kann, sondern alle Bevölkerungsgruppen einbeziehen muss, was bedeutet „den gesamten Lebenslauf mit allen darin vorfindbaren Bedarfsproblematiken“ abzudecken (Schaeffer/Ewers 2001: 17).

## **2.2. Stand und Entwicklung des Angebotes**

### **2.2.1. Quantitative Entwicklung ambulanter Pflegedienste**

In den letzten Jahren verzeichneten ambulante gesundheitliche und soziale Dienste eine sehr starke Ausdehnung ihrer Kapazitäten. In Niedersachsen nahm die Zahl der Pflegedienste zwischen 1999 und 2003 um 8% zu und zwar von 926 auf 998 Pflegedienste (NMSFFG 2005: 191). Dagegen verringerte sich zwar die Anzahl ambulanter Pflegedienste in Deutschland von 10.820 im Jahr 1999 auf 10.594 im Jahr 2001 und auf 10.619 im Jahr 2003 (Statistisches Bundesamt: 2005: 23), was zusammen mit den Kapazitätsausweitungen des Sektors in Form steigender Beschäftigtenzahlen auch auf eine mögliche Konsolidierung oder Konzentration des nach wie vor wachsenden Marktes deutet. So stieg nämlich auch in Deutschland die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten von rund 184.000 im Jahr 1999 auf knapp 201.000 im Jahr 2003 oder um 9% gegenüber dem Ausgangswert an (Statistisches Bundesamt 2005: 23), in Niedersachsen sogar von knapp 18 Tsd. (1999) auf fast 21 Tsd. (2003) oder um 15,6 % gegenüber dem Ausgangswert (Tabelle 3).

In dem wachsenden Pflegemarkt konnten offenbar vor allem die – im Mittel eher kleineren – privat-gewerblichen Pflegedienste relativ starke Beschäftigungszuwächse realisieren und damit gegenüber den freigemeinnützigen Träger Marktanteile in dem generell wachsenden Markt hinzugewinnen. Dennoch wuchsen auch die freigemeinnützigen Pflegedienste im und diese stellen mit 57% der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten noch immer die Mehrheit der ambulanten Pflegekapazitäten (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Entwicklung des Angebotes ambulanter Pflegedienste in Niedersachsen nach der Trägerschaft (1999-2003)**

|  | 1999                          | 2001   | 2003   | Ver-<br>änderung<br>(1999-2003) |       |
|--|-------------------------------|--------|--------|---------------------------------|-------|
| Anzahl Pflegedienste                   | 926                           | 922    | 998    | 7,8%                            |       |
| Anzahl Beschäftigte ges.               | 17.925                        | 18.909 | 20.715 | 15,6%                           |       |
| Beschäftigte<br>nach Träger-<br>schaft | privat-gewerblich             | 6.555  | 7.010  | 8.407                           | 28,3% |
|  | <i>Anteile an Besch. ges.</i> | 36,6%  | 37,1%  | 40,6%                           |       |
|  | freigemeinnützig              | 10.851 | 11.305 | 11.801                          | 8,8%  |
|  | <i>Anteile an Besch. ges.</i> | 60,5%  | 59,8%  | 57,0%                           |       |
|  | öffentlich                    | 519    | 594    | 507                             | -2,3% |
|  | <i>Anteile an Besch. ges.</i> | 2,9%   | 3,1%   | 2,4%                            |       |

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, NMSFFG 2006.

Die positive Entwicklung des Angebotes ambulanter Pflegedienste muss aber insofern weiter differenziert werden, als hier generell eher nicht ‚Normalarbeitsverhältnisse‘, vielmehr Teilzeitbeschäftigung vorherrscht – was typisch ist für einen weiblich dominierten und *auch deshalb* eher niedrig entlohnten Arbeitsmarkt.<sup>22</sup> In Niedersachsen war im Jahr 2003 nur jede fünfte Kraft in Pflegediensten vollzeitbeschäftigt – mit seit 1999 sogar rückläufigen Anteilen an der insgesamt noch stärker wachsenden Gesamtbeschäftigung (Tabelle 4).<sup>23</sup> So wurden besonders Teilzeitkräfte mit über 50% der regelmäßigen Arbeitszeit immer häufiger eingesetzt, aber auch die Beschäftigten unter 50% der regelmäßigen Arbeitszeit und über der Geringfügigkeitsgrenze erfreuen sich wachsender Popularität, während die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse stagnieren.

Die Beschäftigten arbeiteten in der ersten Linie in der Grundpflege, wo in Niedersachsen 72% ihren vorrangigen Arbeitsbereich hatten (in Deutschland sind es nur 67%) (jeweils für 2003); 12% (16% in Deutschland) arbeiteten vorwiegend in der hauswirtschaftlichen Versorgung, 5% in der Verwaltung oder Geschäftsführung und 6% als Pflegedienstleitung, zusammengenommen 11,4%, wobei aber auch die Pflegedienstleitungen zu einem Teil auch Pflegearbeiten ausführen dürften und also nicht primär dem ‚overhead‘ zuzurechnen sind.

Die **Berufsabschlüsse** der Mitarbeiter verteilten sich schließlich folgendermaßen: In Niedersachsen waren nur 27,4% Krankenpflegerinnen, in Deutschland waren dies 36%, 13,3% in Niedersachsen und 26% in Deutschland waren Altenpflegerinnen und 2,7% (D: 3%) waren Kinderkrankenpflegerinnen (NMSFFG 2006; Statistisches Bun-

<sup>22</sup> 46% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger hatten nach eigenen Angaben ein monatliches Nettoeinkommen zwischen 900 und 1.500 €; ein gutes Drittel befand sich unter oder nur knapp über 750 € (Mikrozensus 2002, www.destatis.de), womit diese auch im Vergleich zu ähnlich weiblich dominierten Büroberufen mit vergleichbarem Qualifikationsniveau unterdurchschnittlich verdienten (Voges 2002).

<sup>23</sup> Dagegen waren in Deutschland immerhin 29% der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten vollzeitbeschäftigt (Statistisches Bundesamt 2005).

desamt 2005), womit Niedersachsen beim Qualifikationsprofil der ambulanten Pflegedienste deutlich schlechter abschneidet als der Bundesdurchschnitt. Bemerkenswert scheint uns in diesem Zusammenhang auch, dass in Niedersachsen privatgewerbliche Dienste deutlich *mehr* staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Krankenschwestern einsetzen als freigemeinnützige Träger (NMSFFG 2006: 736).

**Tabelle 4: Entwicklung des Angebotes ambulanter Pflegedienste in Niedersachsen nach Beschäftigungsverhältnissen (1999-2003)**

|   | 1999   | 2001   | 2003   | Veränderung<br>(1999-2003) |
|---|--------|--------|--------|----------------------------|
| Anzahl Beschäftigte ges.                                      | 17.925 | 18.909 | 20.715 | 15,6%                      |
| Vollzeitbeschäftigte  | 4.061  | 4.069  | 4.250  | 4,7%                       |
| <i>Anteile an Besch. ges.</i>                                 | 22,7%  | 21,5%  | 20,5%  |                            |
| Teilzeitbeschäftigte über 50%                                 | 5.515  | 6.254  | 7.142  | 29,5%                      |
| <i>Anteile an Besch. ges.</i>                                 | 30,8%  | 33,1%  | 34,5%  |                            |
| Beschäftigte nach Beschäftigungsverhältnis                    |        |        |        |                            |
| Beschäftigte unter 50% (nicht geringfügig)                    | 3.419  | 3.910  | 4.325  | 26,5%                      |
| <i>Anteile an Besch. ges.</i>                                 | 19,1%  | 20,7%  | 20,9%  |                            |
| Geringfügig Beschäftigte                                      | 4.302  | 3.960  | 4.423  | 2,8%                       |
| <i>Anteile an Besch. ges.</i>                                 | 24,0%  | 20,9%  | 21,4%  |                            |
| Sonstige Beschäftigte (Praktikanten, Auszubildende, ZDL etc.) | 628    | 716    | 575    | -8,4%                      |
| <i>Anteile an Besch. ges.</i>                                 | 3,5%   | 3,8%   | 2,8%   |                            |

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, NMSFFG 2006.

### 2.2.2. Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste

In der Pflegestatistik werden die Leistungen der ambulanten Pflegedienste generell nur eingeschränkt ermittelt, wobei die über die Leistungsbereiche nach SGB XI und SGB V hinausgehenden „komplementären“ hauswirtschaftlichen oder kommunikativen Dienstleistungen besonders unzureichend oder gar nicht erfasst werden. Laut Schneekloth/Müller (2000) machen diese Leistungen aber insgesamt bisher einen nur geringen Teil von 10-15% aus. Das bundes- wie landesweit stark einheitliche Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste folgt primär den sozialrechtlichen Finanzierungsmöglichkeiten, wobei vor allem die §§ 36 ff. i. V. m. § 14 SGB XI und § 37 SGB V relevant sind. Als weitere Angebote von Pflegediensten kommen nach § 37a SGB V die Sozialtherapie und nach § 39a SGB V ambulante Hospizleistungen in Betracht. Gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI dürfen Pflegedienste zudem viertel- bzw. halbjährlich Pflegeeinsätze durchführen. Die Pflegekassen können nach § 45 SGB XI Pflegedienste

ermächtigen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen durchzuführen.<sup>24</sup> Als Kernaufgaben werden durch ambulante Pflegedienste dementsprechend die Grund- und Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wahrgenommen. So arbeiteten laut Pflegestatistik über 72% der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten überwiegend in der Grundpflege und 11,6% überwiegend in der hauswirtschaftlichen Versorgung (NMSFFG 2006: 732).<sup>25</sup> Insgesamt stiegen in den letzten Jahren die Anteile der Beschäftigten, die überwiegend in der Grundpflege arbeiteten, während die Anteile der Beschäftigten mit überwiegend hauswirtschaftlichen Tätigkeiten rückläufig waren. Zudem entfiel bei den meisten Beschäftigten, so bei 71,5 % der Vollzeitbeschäftigten, die Mehrheit der Arbeitsanteile auf Aufgaben nach dem SGB XI, jede fünfte Vollzeitkraft leistete sogar ausschließlich Aufgaben nach dem SGB XI (NMSFFG 2006: 731).

Die Angebotsprofile der Pflegedienste bieten also einen relativ einheitlichen Charakter und sind mehr durch die Möglichkeiten der leicht vermittelbaren und finanzierbaren Leistungskomplexe des SGB XI charakterisiert als durch Bedarfsgesichtspunkte (Landtag NRW 2005; Roth 2001). Hier ist hinzuzufügen, dass die umfassende Bedarfsermittlung – ungeachtet einer wie auch immer gearteten Finanzierung – durch die Pflegedienste in aller Regel nicht oder nur sehr unzureichend stattfindet (Roth 2001: 128 ff.), was hier nicht im einzelnen ausgeführt werden kann. So ist z.B. auffällig, dass die Erstberatung von Pflegediensten und die damit in der Regel stattfindende Bedarfs- und Leistungsermittlung nach einer deutschlandweiten Befragung und Angaben von 428 dazu antwortenden Pflegekräften<sup>26</sup> bei über 84% höchstens eine Stunde dauert, bei 13% der Dienste umfasst dieses gar weniger als eine halbe Stunde (Roth 2001: 276).<sup>27</sup>

Wie Juch et al. (2006: 2) durch Auswertung von Fachzeitschriften ermittelten, werden in den letzten Jahren vermehrt Versorgungsausweitungen oder -innovationen der ambulanten Pflege diskutiert, aber bisher nur in geringem Ausmaß wahrgenommen (Landtag NRW 2005: 135). Die diskutierten Trends in der Entwicklung ambulanter Pflegedienste umfassen zum Teil auch schon länger bekannte Angebote, die auch bei umfassendem Hilfebedarf den Verbleib in der Häuslichkeit sichern sollen, Serviceleistungen, wie etwa ‚Essen auf Rädern‘ oder Hausmeisterdienst und Koordinationsaufgaben, z.B. Überleitung bei Krankenhausentlassung (vgl. Juch et al. 2006: 2). Differenziert werden diese ‚Trends‘ in folgende Kategorien (Juch et al. 2006: 6):

---

<sup>24</sup> Die genannten Gesetze werden durch weitere Vorschriften ergänzt und konkretisiert. Von Bedeutung sind etwa der *Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung*, der *Niedersächsische Leistungskomplexkatalog nach dem SGB XI* und die *Richtlinien des Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V*.

<sup>25</sup> 6,3% der Beschäftigten arbeiteten überwiegend als Pflegedienstleitung, 5,1% überwiegend in der Verwaltung und 4,9% überwiegend in sonstigen Tätigkeitsbereichen (NMSFFG 2006: 733).

<sup>26</sup> Die Gesamtstichprobe umfasste 533 Pflegekräfte aus 107 Pflegediensten (Roth 2001).

<sup>27</sup> Dass hier keine umfassende Bedarfsermittlung und Aufklärung der Patienten stattfindet, lässt sich auch aus vielen anderen Befunden dieser und auch anderer Studien erhärten. Die professionelle Umgangsweise mit bekannten Finanzrestriktionen der ‚Teilkaskoversicherung‘ Pflegeversicherung bestünde darin, zunächst losgelöst von der finanziellen Deckung Bedarfe objektiv zu erheben und Patienten zumindest entsprechend aufzuklären.

- 24-Stunden-Betreuung
- palliative Versorgung
- Netzwerke und Kooperation (z.B. mit Wohnungsbaugesellschaften)
- Tages- und Nachtpflege
- Angebote für Demenzkranke
- Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen
- Angebote für Angehörige
- Reisen
- Pflegehotels
- Gastfamilien
- Notrufsysteme
- Internet
- Spezialisierungen

Verschiedene Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass das ambulante Leistungsangebot nach wie vor nicht für alle Pflegegruppen ausreichend ist. Büscher machte in seiner Studie für den DRK-Landesverband 2003 darauf aufmerksam, dass sich die Leistungsangebote insbesondere auf ältere Pflegebedürftige mit geringer Pflegestufe konzentrieren. Angebote für spezielle Krankheiten (z.B. Aids oder Multiple Sklerose), Schwerstkranke oder jüngere Patienten seien dagegen selten vorhanden. Es fehle auch an spezieller medizinisch-technischer Ausrüstung, z.B. für Dauerbeatmung und Infusionstherapie. Ferner fehle es an Angeboten zur Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Palliativpflege, Hospiz, außerdem zur „familienorientierten Pflege“ (Büscher 2003: 26f.). Ähnlich weist die Enquete-Kommission ‚Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen‘ darauf hin, dass sich die Mehrheit der Pflegedienste eher reaktiv und nicht aktiv am Bedarf orientiert verhalte, wobei diese sich auf den klassischen Pflegeversicherungspatienten eingestellt hätten und die Leistungen den gegebenen Finanzierungsmöglichkeiten folgten (Landtag NRW 2005: 135). Menschen mit davon abweichenden Problemlagen, stießen demnach auf Schwierigkeiten, wozu u.a. jüngere Patientengruppen, Einwanderer, Demenzerkrankte oder gerontopsychiatrisch Erkrankte, chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Schwerkranke und Sterbende gehörten (ebd. 135 f.). In diesem Zusammenhang ist zuletzt bemerkenswert, dass knapp 67% der in den Fachzeitschriften diskutierten Initiativen zur Ausweitung und Verbesserung von Versorgungsangeboten offenbar von privat-gewerblichen Pflegediensten und nur 33% von frei-gemeinnützigen Trägern ausgingen (Juch et al. 2006: 5).

### 2.2.3. Zusätzliche oder ‚niedrigschwellige‘ Betreuungsangebote<sup>28</sup>

Seit dem Inkrafttreten des Pflegeleistungsergänzungsgesetz im Jahr 2002 können Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45a SGB XI) gegeben ist (vor allem Demenzkranke), auch ohne einen Pflegebedarf im Sinne der Pflegeversicherung aufzuweisen, zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr in Anspruch nehmen (§ 45b SGB XI). Dieser Betrag kann unter anderem für die Erstattung von Aufwendungen von nach Landesrecht anerkannten so genannten ‚niedrigschwelligen‘ Betreuungsangeboten eingesetzt werden (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI). Entsprechend § 45b Abs. 3 SGB XI können die Bundesländer die Anerkennung in einer Rechtsverordnung näher bestimmen. Für Niedersachsen ergeben sich nach § 2 AnerkVO - SGB XI<sup>29</sup> folgende Voraussetzungen zur Anerkennung:

- das Vorliegen eines Betreuungskonzepts (einschl. Leistungsbeschreibung),
- die Sicherstellung einer fachlichen Anleitung, Schulung sowie kontinuierlichen Anleitung und Unterstützung der Helferinnen und Helfer,
- die Sicherstellung und den Nachweis einer qualifizierten Vorbereitung der Helferinnen und Helfer im Mindestumfang von 20 Stunden sowie den Nachweis deren kontinuierlicher Fortbildung,
- eine hinreichende Versicherung des Anbieters des niedrigschwelligen Betreuungsangebotes gegen Schäden, die durch Betreuung entstehen können.

Beantragt werden muss die Anerkennung schriftlich beim Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben (§ 3 AnerkVO - SGB XI). Niedrigschwellige Betreuungsleistungen sind nach § 45c Abs. 3 SGB XI förderungsfähig, wobei vor allem in Betracht kommen (§ 45c Abs. 3 Satz 5 SGB XI):

- Betreuungsgruppen für Demenzkranke
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen im häuslichen Bereich
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a SGB XI
- Familienentlastende Dienste

Die Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen wurden für Niedersachsen als nicht erforderlich erachtet und sind somit nicht förderungsfähig (NMFSSG 2005:

---

<sup>28</sup> Nach § 45c Abs.3 Satz 1 SGB XI sind niedrigschwellige Betreuungsangebote, Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlastend und beratend unterstützen.

<sup>29</sup> Verordnung über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45 b des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (AnerkVO- SGB XI) vom 28. August 2002



427). Die Förderung ist in einer Richtlinie<sup>30</sup> geregelt, die besagt, dass Förderung nur für anerkannte Betreuungsangebote möglich ist und nur die Personal- und Sachkosten gefördert werden. Die Förderbeträge belaufen sich auf 200 Euro/Jahr pro Helfer und Helferin mit mindestens 10 Einsätzen im Jahr und auf bis zu 2.000 Euro jährlich je Betreuungsgruppe oder Tagesbetreuung in Kleingruppen mit mindestens vier zu betreuende Personen bei mindestens 44 Treffen im Jahr in etwa einwöchigem Abstand. Die Richtlinie tritt mit dem 31.12.2007 außer Kraft. Für weitere Informationen und Materialien sei auf das Informationsbüros für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen<sup>31</sup> bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V. hingewiesen. In der Datenbank des Informationsbüros wurden am 20.01.2007 125 Angebote in Niedersachsen aufgelistet. Eine aktuelle Liste mit Anschrift und Kontaktdaten aller Betreuungsangebote ist auf der Internetseite abrufbar.

#### **2.2.4. Palliativversorgung und Sterbebegleitung**

Mit der demographischen und epidemiologischen Entwicklung in der Bundesrepublik wächst die Bedeutung der Palliativversorgung (Buser et al. 2004: 40). Palliativversorgung wird als deutsche Übersetzung für den englischen Begriff ‚palliative care‘ verwendet und meint die Versorgung unheilbar kranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Im Jahr 2004 gab es in Deutschland 94 stationäre Palliativeinrichtungen (Palliativstationen und Palliativbereiche), 113 stationäre Hospize und 637 ambulante Hospizdienste und sonstige Palliativeinrichtungen (Buser et al. 2004: 38). In Niedersachsen gibt es 104 ambulante und 12 stationäre Hospize (NMFSSG 2005: 56). Betreut werden zum überwiegenden Teil onkologische Patienten (Buser et al. 2004: 148). Die weitere Palliativstruktur in Niedersachsen: Es gibt neun Krankenhäuser mit speziellen Palliativstationen/-bereich mit durchschnittlich 5,7 Palliativbetten. Zwölf stationäre Hospize mit insgesamt 85 Betten, dabei besteht eine Häufung der Angebot in Südniedersachsen. Es gibt 79 ambulante Hospizdienste, die zum größten Teil psychosoziale und spirituelle Begleitung, nur in seltenen Fällen auch pflegerische und medizinische Beratung anbieten. Alten- und Pflegeheime haben im Durchschnitt 31 Patienten, die eine Lebenserwartung von höchstens 6 Monaten haben. Dazu kommen die Hausärzte, die durchschnittlich 12 Palliativpatienten betreuen (Buser et al. 2004: 4). Die Palliativdienste arbeiten mit drei bis sechs Mitarbeitern, alle haben einen ähnlichen Stellenschlüssel von 0,02 oder 0,03 – (Anzahl der Stellen im Verhältnis zur Anzahl der Patienten) (Buser et al. 2004: 117f.).

Nach § 39a Abs. 2 SGB V haben die Krankenkassen ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären

---

<sup>30</sup> Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben nach § 45 c SGB XI. RdErl. d. MS v. 6. 9. 2004 — 104-43 590/55

<sup>31</sup> Im Internet zu finden unter [www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de](http://www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de).

oder teilstationären Hospizversorgung bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. Konkretisiert werden die Fördervoraussetzungen sowie Inhalt, Qualität und Umfang der Leistungen in einer Rahmenvereinbarung.<sup>32</sup> Trotz dieser Fördermöglichkeiten ist die Finanzierungssituation jedoch prekär, weil spezielle palliativpflegerische Leistungen nicht explizit abgerechnet werden können (Schindler 2006: 1082). Schindler (2006: 1082) betont die Abgrenzungsproblematik zwischen den Leistungen des SGB V und SGB XI, da es vor allem in der Palliativpflege zu Überschneidungen kommt. Er resümiert:

„Pflegedienste, die sich auf die Versorgung von Palliativpatienten konzentrieren wollen, können dies auf Basis der üblichen Abrechnungspraxis und ohne (regional vereinzelt mögliche) Sondervereinbarungen nicht durchführen, ohne ein erhebliches wirtschaftliches Risiko einzugehen“ (Schindler 2006: 1082).

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, Regelungen zur besseren palliativmedizinischen Versorgung im Leistungs-, Vertrags- und Finanzierungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung zu treffen (CDU/CSU/SPD 2005: 90). Aufbauend auf ein Gutachten der Medizinischen Hochschule in Hannover legte die Landesregierung Niedersachsen im März 2006 ein Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen vor (NMSFFG 2006). Darin heißt es als Ziel: „Angestrebt wird der landesweite flächendeckende Aufbau einer qualitativ guten und quantitativ ausreichenden Palliativversorgung, ausgehend von den Modulen einer Basis- und einer Spezialversorgung in Palliative Care“. Die Spezialversorgung soll aus zwei Komponenten bestehen: den Palliativstützpunkten einerseits sowie Forschung und Lehre in Palliativmedizin und Palliativ Care andererseits. Palliativstützpunkte werden definiert als ein konzeptioneller Organisationsverbund zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern der Spezialversorgung auf der Basis einer gemeinsamen Vereinbarung über Vernetzung und Kooperation im Sinne eines abgestuften Zusammenwirkens nach Maßgabe der jeweiligen Bedürfnisse der betroffenen Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Die Leistungen der Palliativstützpunkte sollen unter anderem die ambulante Versorgung durch Pflegedienste, die durch fest angestellte Pflegekräfte mit Weiterbildung in Palliative Care eine entsprechende 24stündige Bereitschaft gewährleisten, umfassen. Des Weiteren fungieren ambulante Palliativdienste als Ergänzung zur Basisversorgung (im Wesentlichen Beratung, Anleitung und Mithilfe bei der Koordination im Versorgungsprozess durch in Palliative Care besonders qualifizierte Personen) und ambulante Begleitung und Betreuung durch Hospizdienste.

Bei der Befragung von 68 ambulanten Pflegediensten in Niedersachsen bejahten 51 Pflegedienste, dass spezielle Leistungen im Rahmen der Palliativversorgung angeboten werden. 80,9% der Einrichtungen gaben weiterhin an, 24 – Stunden erreichbar zu

---

<sup>32</sup> Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 17.01.2006

sein. 70,6% bieten die Versorgung von Patienten mit einem Port an, 67,6% sehen sich in der Lage, Schmerzpumpen zu bedienen, 44 Einrichtungen begleiten ihre Patienten auch auf psychosozialer und spiritueller Ebene, die Hälfte der Einrichtungen bietet nach eigener Aussage Trauerbegleitung für ihre Patienten und Angehörigen an und 26 Einrichtungen gaben explizit Sterbebegleitung als spezielle Leistung der Palliativversorgung an. Die weitere Befragung zeigte, dass die niedersächsischen Dienste gute Voraussetzungen für die Palliativversorgung besitzen. Nach eigenen Angaben sei es kein besonderes Problem, wenn komplexe pflegerische Fälle, die Wissen über Ernährung, Flüssigkeitsabgabe, Luftnot, Übelkeit und Ileus voraussetzen auftreten. Schwierigkeiten sahen 24 ambulante Einrichtungen in der ungenügenden Finanzierung für die Zeitaufwendungen, die für eine angemessene Betreuung solcher Patienten nötig sei (Buser et al. 2004: 132 f.). Bei einer Umfrage unter den 79 niedersächsischen Hospizdiensten beurteilten 40% das regionale Angebot zur Palliativversorgung als eher nicht ausreichend und 23% als gar nicht ausreichend. Nur 3% halten das Angebot für voll ausreichend, 31% für überwiegend ausreichend. Laut Hospizdiensten fehle es insbesondere an Ärzten mit Kenntnissen in der Palliativversorgung, insbesondere der Schmerztherapie (Buser et al. 2004: 130).

Für Pflegedienste gibt es drei Möglichkeiten, in der Palliativpflege pflegerisch tätig zu werden: Laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist ein **ambulanter Palliativdienst** ein „auf die palliativmedizinische und -pflegerische Betreuung spezialisierter Dienst“. Das Pflegepersonal dieser ambulanten Palliativdienste muss examiniert sein und über eine Zusatzqualifikation in Palliative Care verfügen. Weiter ist die Beschäftigung oder eine Kooperation mit einem palliativmedizinisch qualifizierten Arzt erforderlich, Kooperationen sind zudem mit ambulanten Hospizdiensten, erfahrenen Sozialarbeitern, Seelsorgern und Psychologen anzustreben. Außerdem sollten Palliativdienste rund um die Uhr erreichbar sein. Die Leistungen der ambulanten Palliativdienste können variieren und reichen von reiner Beratung bis zur direkten Versorgung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2003).

Ein **Palliative Care-Team** bietet ein ähnliches Leistungsspektrum an wie ein ambulanter Palliativdienst. Unter einem Palliative-Care-Team wird ein multiprofessionelles Team verstanden wird, das aus einem palliativmedizinisch qualifizierten Arzt und palliativpflegerisch qualifiziertem Pflegepersonal bestehen muss (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2003). Auch weitere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Seelsorger oder Psychologen können – wie auch beim Palliativdienst – dazugehören; eine enge Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist ebenfalls wünschenswert. Auch hier ist eine 24-stündige Erreichbarkeit verpflichtend (Buser et al. 2004: 24).

Als dritte Variante gibt es den **Palliativmedizinisch erfahrener Pflegedienst**, diese Bezeichnung wurde durch die Erweiterung des § 39a des SGB V im Jahre 2002 eingeführt und meint einen ambulanten Pflegedienst, der sich „in besonderem Maße der Pflege schwerkranker und sterbender Menschen annimmt und sich den Inhalten der Hospizbewegung verpflichtet fühlt“. Im Gegensatz zum ambulanten Palliativdienst ar-

beitet ein solcher Pflegedienst jedoch weiterhin hauptsächlich als herkömmlicher Pflegedienst, ohne sich ausschließlich auf Palliativpflege spezialisiert zu haben. Um als palliativmedizinisch erfahrener Pflegedienst anerkannt zu werden, müssen neben einer engen Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten zwei examinierte Krankenpflegekräfte mit einer Zusatzqualifikation über 160 Stunden in Palliative Care eingestellt sein. Außerdem muss eine fortlaufende Dokumentation über mindestens 20 Sterbebegleitungen pro Jahr existieren. Wünschenswert ist auch hier eine Zusammenarbeit mit einem palliativmedizinisch kompetenten Arzt.

### **2.2.5. Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege (haushaltsnahe Dienstleistungen)**

Haushalte mit gesundheitlich eingeschränkten Mitgliedern geben, laut einer Repräsentativerhebung in Nordrhein-Westfalen, generell mehr Geld ihres Einkommens aus, was auch an den vermehrten Ausgaben für haushaltsnahe Dienstleistungen liegt (MGSFFG NRW 2003: 65f.). In dieser Studie wurde unter anderem die Inanspruchnahme und die Ausgaben für sechs typische haushaltsnahe Dienstleistungen<sup>33</sup> untersucht. Insgesamt wurden für diese Dienstleistungen aber lediglich 1,1% des Haushaltsnettoeinkommens (23,96 €) im Monat ausgegeben. Am weitaus häufigsten wurden Putz- und Waschdienste sowie professionelle Fahrdienste in Anspruch genommen, was relativ gut mit der Rangfolge der Nennungen von Wünschen haushaltsnaher Dienstleistungen einher geht, in der Putz- und Haushaltshilfen nach Notrufzentralen und Pflegediensten an der dritten Stelle stehen (Abbildung 1).

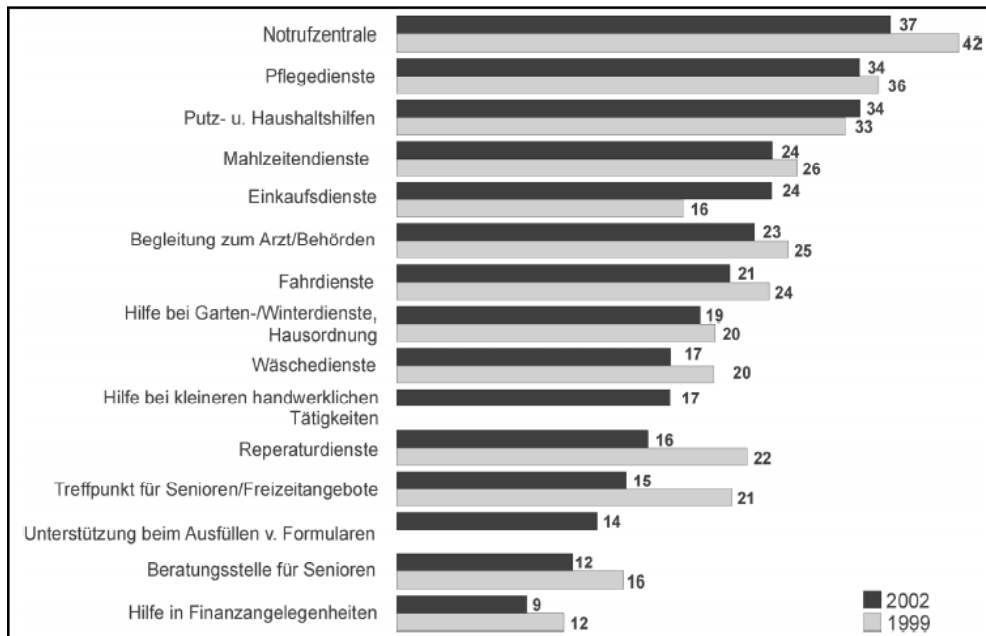
Zwar ist der genannte Durchschnittsbetrag für die getätigten Ausgaben für Haushaltsdienste nicht sehr hoch, doch nehmen die Ausgaben für solche Leistungen tendenziell mit steigender Kaufkraft zu (MGSFFG NRW 2003: 35). Cirkel et al. (2004 : 28) vermuten zudem in der niedrigen Inanspruchnahme dieser haushaltsnahen Dienstleistungen sowohl noch ein Akzeptanzproblem der Nachfrager, als auch ein Vermarktungsproblem der Anbieter. Um die Nachfrage nach haushaltsnahen Dienstleistungen zu stärken sollten zudem „Problemlösungen“ und nicht nur einzelne Leistungen angeboten werden (Preissl 1998: 522). „Die Funktion des Anbieters besteht dann darin, die für die Erfüllung einer Aufgabe notwendigen Komponenten zusammenzustellen und die Arbeit der einzelnen Teillieferanten zu koordinieren. Innovativ sind nicht die einzelnen Dienstleistungskomponenten, sondern deren Zusammenstellung und die Bereitstellung aus einer Hand“ (Preissl 1998: 522). Weinkopf (2005: 32) betont, dass ältere Nachfrager häufig ältere Leistungserbringer bevorzugen und auf den soziale Austausch mit der Anbietern von Dienstleistungen großen Wert legen. Nebenbei sei bemerkt, dass auch

---

<sup>33</sup> Hierbei handelte es sich um folgende Dienstleistungen: Putz-/Waschdienst, Fahrdienst, Ambulante pflegerische Hilfe, bezahlte Wohnungsbetreuung, Einkaufsdienst und Hilfe bei Zubereitung der Mahlzeiten

die Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen ein Mindestmaß an sozialer und fachlicher Kompetenz erfordert (Weinkopf 2005: 33).

**Abbildung 2: Wünsche haushaltsnaher Dienstleistungen  
(Prozentanteile der Nennungen von über 50-Jährigen) (1999 u. 2002)**



Quelle: Cirkel et al. 2003: 62

Nach Berechnungen der Gesellschaft für Konsumforschung ist zudem das Potential für haushaltsnahe Dienstleistungen durchaus hoch. Entsprechend diesen Berechnungen sind in der Altersgruppe der 50- bis 79-Jährigen folgende Potentiale zu verzeichnen (GfK 2002: 160):

- Notrufzentrale 9,7 Mio. Personen
- Pflegedienste 8,9 Mio. Personen
- Putz- und Haushaltshilfen 8,9 Mio. Personen
- Einkaufsdienste 6,3 Mio. Personen
- Reparaturdienste 4,2 Mio. Personen
- Hilfe in Finanzangelegenheiten 2,4 Mio. Personen

Von den Befragten sind generell 71 % bereit, benötigte Dienstleistungen zu vergüten. Einer Hochrechnung der GfK zufolge gibt es hier ein „gewaltiges Potenzial von rund 26 Mrd. Euro pro Jahr, was die 50- bis 79-Jährigen insgesamt bereit sind, für haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen auszugeben (Cirkel et al. 2004: 63). Auch hier sei abschließend auf die skizzierten Wandel sozialer Milieus verwiesen, der auch

eine expansive Tendenz des Angebotes und der Nachfrage beruflich erbrachter Haushaltsdienste unterstützen dürfte.

### 2.2.6. Angebote der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege

Ende 2003 waren in Niedersachsen insgesamt 98 *Tagespflegeeinrichtungen* mit zusammen 1.091 Plätzen zugelassen.<sup>34</sup> Von 1999 bis 2003 hat das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen kontinuierlich abgenommen – von 111 über 102 im Jahre 2001 auf 98 Einrichtungen im Jahre 2003. Die Zahl der Tagesplätze in den Einrichtungen hat dessen ungeachtet leicht zugenommen – von 979 über 1.080 auf 1.091 Plätze. Das Platzangebot der Tagespflege in Niedersachsen liegt mit 1,4% aller stationärer Einrichtungen unter dem Bundesdurchschnitt von 2,5 (NMSFFG 2005: 214f.). Insgesamt kann Tagespflege als schwieriger und unrentierlicher Markt – auch für gemeinnützige Träger – gewertet werden (NMSFFG 2005: 216). Doch dort wird auch betont (221 f.): Das Kriterium dicht besiedelter städtischer Siedlungsraum (oder dünn besiedelter ländlicher Siedlungsraum) und die damit jeweils verbundenen Merkmale einer vergleichsweise guten oder ungünstigen Erreichbarkeit sowie der Notwendigkeit oder Bereitschaft der Inanspruchnahme zur häuslichen Versorgung ergänzender externer Unterstützungsangebote sind für die Frage des Vorhandenseins oder der Möglichkeit zur Führung eines wirtschaftlich tragfähigen Tagespflegeangebotes nicht oder nur von nachrangiger Relevanz. Vielmehr scheinen hier der unternehmerische Wille zur Bereitstellung eines solchen Angebotes und die unternehmerischen Fähigkeiten, die erforderliche Nachfrage zu erreichen, von maßgeblicher Bedeutung. *Nachtpflegeeinrichtungen* gab es Ende 2003 in Niedersachsen keine und es gibt kaum Nachfrage nach diesem Angebot (NMSFFG 2005: 222f.).

Anspruch auf Pflege in einer *Kurzzeitpflegeeinrichtung* besteht, wenn häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (§ 42 Abs. 1 SGB XI). Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der

---

<sup>34</sup> Die rechtliche Grundlage für die Kurzzeit- und die Tagespflege ist der § 41 SGB XI. Pflegebedürftige haben danach Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück ist in der teilstationären Pflege enthalten. Die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege können neben den Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bezogen werden. Teilstationäre Pflegeleistungen sind zu den Pflegesachleistungen jedoch nachrangig und können nur in dem Umfang erfolgen, in dem durch die Leistungen nach § 36 SGB XI der gesetzlich festgelegte monatliche Höchstbetrag nicht verbraucht ist (§ 41 Abs. 3 SGB XI). Gefördert werden Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach § 10 NPflegeG.

Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr (§ 42 Abs. 2 SGB XI). Gefördert werden Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 10 NPflegeG.

Ende 2003 waren in Niedersachsen 47 selbständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit zusammen 486 Plätzen zugelassen. Die Zahl dieser Einrichtungen ist seit Ende 1999 (69 Einrichtungen; 553 Plätze) bis zum Jahresende 2001 (65; 571) kontinuierlich zurückgegangen. Gleichzeitig stiegen aber die Plätze in Dauerpflegeeinrichtungen, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können von Ende 1999 bis Ende 2003 um annähernd 1.300 auf über 3.600 Plätze (NMSFFG 2005: 230). Kurzzeitpflege ist hinsichtlich der Nachfrage schwer kalkulierbar und starken saisonalen Schwankungen unterworfen. Deshalb wird sie von den Trägern vollstationärer Einrichtungen bevorzugt in Abhängigkeit zur Auslastung ihrer Einrichtungen durch Dauerbewohner als ‚eingestreute‘ Kurzzeitpflege angeboten (NMSFFG 2005: 226).

### **2.2.7. Unterstützung pflegender Angehöriger**

Die Pflege erfordert einen großen Zeitaufwand und bringt große psychische und physische Belastungen für die Pflegepersonen mit sich. Durchschnittlich stehen 80 % der Hauptpflegepersonen (in der Regel Frauen, siehe Fußnote 12 oben) rund um die Uhr zu Verfügung (BMFSFJ 2002: 197). Die Hauptpflegeperson sind bei 28% der Pflegebedürftigen der Ehepartner, bei 26 die Tochter, bei 12% die Mutter und in 10% der Fällen der Sohn. Sonstige Verwandte pflegen zu 17% und bei weiteren 7% sind es Nachbarn oder sonstige Bekannte die pflegen (TNS Infratest Sozialforschung 2003: 19). Die meisten Hauptpflegepersonen, nämlich 83% empfinden sich mit der Pflege eher belastet oder sogar sehr stark belastet (Schneekloth 2006: 409). Verschiedene frühere Studien zeigen ähnliche Ergebnisse, so gaben in der Studie von Schneekloth/Müller (2000: 56) 40% der Pflegehaushalte an, sehr belastet zu sein, 43% bezeichnen sich zusätzlich als stark belastet. Laut einer etwas älteren Studie von Gräßel (1998a) waren 61% der Pflegepersonen als mittel und 15% als stark oder sehr belastet anzusehen, während nur 24% als nicht belastet einzustufen sind. Neben milieubedingten Einstellungsmustern sind - wie bereits aufgezeigt - auch finanzielle Umstände der Pflegeversicherung dafür verantwortlich, dass die Inanspruchnahme von Sachleistungen oder Kombinationsleistungen dennoch häufig nur sehr gering oder gar nicht erfolgen. Das ist ganz besonders der Fall, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen fungieren (Runde 2003:18).

Auch das Bundesmodellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ förderte einige Projekte, welche die Entlastung von pflegenden Angehörigen zum Ziel hatten. Dabei setzten sich die Modellprojekte zum Ziel, den Angehörigen

- zeitliche Freiräume zu schaffen,

- theoretische Kompetenz im Krankheits- und Pflegewissen zu vermitteln,
- praktische Kompetenz in der Pflege- und Betreuungspraxis zu vermitteln
- die soziale Reintegration zu ermöglichen, also die häusliche Isolation aufzulösen,
- ein verbessertes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden zu vermitteln
- die psychosoziale Balance des Familiensystems wiederherzustellen oder zu erhalten.

Die wissenschaftliche Begleitung dieser Projekte ergab, dass insbesondere Besuchsdienste freiwillig engagierter Seniorinnenbegleiterinnen zu neuem Lebensmut führten, Freizeitangebote mit Gruppenbetreuung von Demenzkranken und Einzelbetreuung durch „Tagesmütter“ zu einer starken Entlastung der pflegenden Angehörigen führten. Selbsthilfegruppen konnten die soziale Isolation verringern, Fortbildungskurse vermittelten erfolgreich Pflegekompetenz und führten zu einer deutlichen Entlastung (Klaes et al. 2004: 142 ff.).

### **2.2.8. Unterstützungen beim Wohnen im Alter**

„Das Ziel älterer Menschen in Bezug auf ihre Wohnsituation besteht darin, solange wie möglich selbst bestimmt und selbstständig in einer stabilen und sicheren Umgebung zu leben, auch dann, wenn alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten. Dieses Ziel bezieht sich in erster Linie auf die Situation in einer Mietwohnung, einer Eigentumswohnung oder in einem eigenen Haus. Es gilt jedoch im Prinzip auch für eine ‚neue‘ Wohnung in einem Wohnheim, im Betreuten Wohnen oder im so genannten gemeinschaftlichen Wohnen“ (BMFSFJ 2002: 109f.). Diese bekannte Zielsetzung kann einerseits durch individuelle Wohnungsanpassung und andererseits durch generelle Wohnungsanpassung erreicht werden. Bei letzterem handelt es sich um die Anpassung von Gebäuden oder sogar Stadtteilen an die Erfordernisse alter Menschen (BMFSFJ 2002: 110). Eine barrierefreie Wohnung und Umwelt, ist eine wesentliche Voraussetzung für den Verbleib alter Menschen in ihrer Wohnung (BMFSFJ 2002: 111). Entsprechende Maßnahmen der individuellen Wohnumfeldverbesserungen, z.B. auch technische Hilfen im Haushalt, können durch die Pflegekassen finanziell bezuschusst werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Für solche Maßnahmen stiegen die Ausgaben der Pflegeversicherung in den Jahren 2001 bis 2004 von 50 auf 54 Millionen Euro (NMSFFG 2005: 184). Mit steigendem Lebensalter und Zunahme von Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit dürften auch die wohnbezogenen Risiken zunehmen, woraus sich ein Beratungsbedarf ergibt, der bisher nicht gedeckt und die Finanzierung nicht gesichert ist (BMFSFJ 2002: 111).



Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Wohnformen<sup>35</sup>, die sich beispielsweise in der Ausprägung folgender Entscheidungssituationen unterscheiden lassen (Kremer-Preiß/Stolarz 2003: 21):

- Selbstständigkeitsfördernde räumliche Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld
- Sicherstellung von Normalität
- Erhaltung von sozialen Kontakten und Mitwirkung der Betroffenen
- Versorgungssicherheit und Prävention von (erhöhtem) Pflegebedarf
- Integration in die soziale und räumliche Umwelt

Neben ambulanter Pflege und Pflegeheimen werden immer mehr auch **alternative Wohnkonzepte** für ältere, bzw. auch pflegebedürftige Menschen ins Auge gefasst: Beim **Betreuten Wohnen**, manchmal auch **Servicewohnen** genannt, kooperieren meist Pflegeanbieter und Wohnbaugesellschaften miteinander, Initiator ist dabei sogar häufig die Wohnbaugesellschaft. Als Grundlage hat das Servicewohnen ganz reguläre Mietverträge, ambulante Dienstleistungen werden privat beauftragt. Teilweise gibt es zusätzlich eine Beratungsstelle oder ein Servicebüro eines bestimmten Anbieters, so dass die Pflegedienstleistungen dieses Anbieters in der Regel auch in Anspruch genommen werden.

Immer mehr in Mode kommen auch die **Wohngemeinschaften**. Der Schwerpunkt neuerer Projekte liegt derzeit bei Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte. Die Angebote zeigen sich als sehr kostenintensiv und werden aus Eigenmitteln der Nutzer realisiert, jedoch werden einige Leistungen durch örtlichen Sozialhilfeträger anteilig finanziert. Hinzu kommt häufig der Einsatz von Ehrenamtlichen für Betreuungsleistungen (Juch et. Al. 2006: 10).

Im Modellprojekt „Hausgemeinschaft für pflegebedürftige ältere Menschen in Dießen“, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und wissenschaftlich begleitet wird, wurde im Seniorenwohnpark Dießen ein Hausgemeinschaftskonzept entwickelt. Sechs Hausgemeinschaften wurden in einem zusammenhängenden Gebäude gebildet, wobei jede Hausgemeinschaft sieben Bewohner hat. Für sie ist jeweils eine Präsenzkraft zuständig, die sowohl die Hauswirtschaft, als auch die Erfüllung individuellen Pflegebedürfnisse der Bewohner übernimmt. Durch diese Vielfalt an Anforderungen kommt dieser Präsenzkraft eine große Verantwortung zu. Tatsächlich ergab eine Befragung unter diesen Kräften, dass für diese die Übernahme der Mehrfachrolle schwierig war. Daraufhin wurden auch auf Wunsch der Präsenzkräfte

---

<sup>35</sup> Kremer-Preiß/Stolarz (2003: 15f.) weisen darauf hin, dass die Wohnalternativen, die in den letzten Jahren entstanden sind für „viele eher verwirrend“ sind und tragen mit ihrer Wohntypisierung nach Entscheidungsmöglichkeiten sogleich weiter dazu bei. Sie unterscheiden folgende Wohnformen: Barrierefrei Wohnung, angepasste Wohnung, Siedlungsgemeinschaften, Betreutes Wohnen zu Hause, Quartiersbezogene Wohn- und Betreuungskonzepte, Altenwohnungen, Selbstorganisierte Wohn- und Hausgemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen/Integrierte Wohnprojekte, Betreutes Wohnen, Wohnstifte/Seniorenresidenzen, Alten- und Pflegeheime, KDA-Hausgemeinschaften, Betreute Wohngemeinschaften.

Zuständigkeiten, Verantwortungen, fachliche Unterstützung, Berücksichtigung der eigenen Interessen und personelle Ausstattung klarer definiert. Ein Fachpflegedienst übernimmt nun diejenigen Aufgaben, welche die Präsenzkraft nicht abdecken kann. Im Bereich der allgemeinen sozialen Betreuung kommen Angehörige und Ehrenamtliche ins Spiel. Zusätzlich gibt es Kooperationen mit einer Wäscheversorgung, für die Reinigung werden hauswirtschaftliche Hilfskräfte zur Verfügung gestellt. Im Laufe des Projektes wünschten sich die Bewohner mehr Freizeitangebote, wozu 20 Ehrenamtliche gewonnen werden konnten. Diese bieten unter anderem Vorlesedienste, Tierbesuche mit Spaziergängen, Musizieren und Gedächtnistraining an. Die weitere wissenschaftliche Untersuchung dieses Projektes ergab, dass die Bewohner entgegen der Erwartung durch ihr Krankheitsbild höhere Aktivität, größere Mobilität und intensivere Kommunikation entwickelten. Zudem waren auch die Angehörigen hoch zufrieden mit dem Projekt und boten verstärkt ihre Mithilfe im Sinne von ehrenamtlichen Unterstützungen an (Klaes et al. 2004: 116ff.). Probleme gab es jedoch bei den gesetzlichen Bestimmungen und der Finanzierung, denn laut § 3 Heimgesetz i.V.m. § 5 Abs. 1 Heimpersonalverordnung<sup>36</sup> muss bei mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein (sog. 50%-Fachkraftquote). Die Präsenzkräfte verfügten jedoch hauptsächlich über eine hauswirtschaftliche Qualifikation. Ein Antrag wurde jedoch anerkannt, nachdem in Dießen nicht nur Fachkräfte für betreuende Tätigkeiten nach § 6 HeimPersV anerkannt wurden, sondern auch sonstige Fachkräfte<sup>37</sup> aus dem Gesundheit- und Sozialwesen. Dadurch mussten von den Beschäftigten lediglich 40% Pflegefachkräfte sein. Bei der Finanzierung ergaben sich Probleme mit Bewohnern in niedriger Pflegestufe („Null“ und I). Zwar war das Angebot insbesondere auch für Demenzkranke attraktiv, aufgrund der selten genehmigten Pflegestufe bei Demenzkranken, lässt sich das Projekt aber nur schwer finanzieren. Durch eine gezielte Aufnahmepolitik wurde eine rentable Belegung mit Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und III erreicht. Der Pflegesatz liegt 15% über dem regionalen Pflegedurchschnitt, zusätzlich wird ein Eigenanteil von 400€ pro Monat erhoben (Klaes et al. 2004: 116ff.). Trotz des hohen Eigenanteils hatte das Projekt insgesamt eine überdurchschnittliche Zufriedenheit bei Pflegebedürftigen wie deren Angehörigen zum Ergebnis (Klaes et al. 2004: 224f.).

Unter dem Begriff **Pflegehotel** werden unterschiedliche Leistungen angeboten. Zum einen werden pflegebedürftige Patienten durch den Hausarzt und den Pflegedienst in angemieteten Räumen einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt, die eine ärztliche Einweisung aufgrund spezieller Indikatoren voraussetzt und eine Alternative zum Kran-

---

<sup>36</sup> Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung - HeimPersV)

<sup>37</sup> Gemäß § 5 Abs. 1 HeimPersV dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Nach Abs. 2 kann von diesen Anforderungen mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden. Fachkräfte definieren sich nach § 6 HeimPersV. Sie müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Altenpflege- und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte.

kenhaus darstellen soll. Zum anderen wurde ein Hotel um eine medizinisch pflegerische Versorgungseinrichtung erweitert, die ebenfalls einer Zuweisung durch den betreuenden Arzt bedarf. Eine dritte Möglichkeit ist die Anmietung von Appartements durch einen Pflegedienst, ohne dass eine ärztlich gestellte Indikation Voraussetzung ist. Teilweise erbringen hier ambulante Pflegedienste Leistungen, manchmal aber auch nicht.

Im Zuge seiner Wohnungsförderungsprogramme hat das Land Niedersachsen zwischen 2000 und 2004 insgesamt 366 Altenwohnungen und 60 Wohnungen für schwerbehinderte Menschen - davon 219 Wohnungen als Betreutes Wohnen - gefördert (NMSFFG 2005: 423). Ambulant betreute Wohngemeinschaften gibt es in Niedersachsen zur Zeit 23, davon 15 Gemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen (NMSFFG 2005: 424). Mit Blick auf die zukünftige Entwicklung des altengerechten Wohnens betonen Eichener et al. (2004: 211), dass vor allem bei Wohnformen, „die weniger umfassende Hilfe anbieten, als vielmehr dem Bedarf nach *Selbständigkeit* [...] nachkommen“ kurzfristig besonders hoher Bedarf herrscht. Langfristigen Bedarf sieht er in Wohnformen, die „weniger auf Selbständigkeit als auf Selbstbestimmung“ trotz hohem Pflegebedarf gewährleisten. Bedeutsam für das DRK ist die zentrale Erkenntnis aus dem Modellprogramm „Selbstbestimmt wohnen im Alter“ des BMFSFJ, dass die Gestaltung des Wohnraums für die ältere Bevölkerung eine stärkere Verknüpfung aller Beteiligten erfordert, also gemeinschaftlich von Wohnungsunternehmen, Kommunen und Wohlfahrtsverbänden unter Beteiligung der ‚Betroffenen‘ gelöst werden muss (Mette 2004: 3).

### **2.2.9. Kooperationen**

Kooperationen oder ‚Vernetzung‘ ist in der deutschen Altenpflege seit Jahren in der Diskussion und in unterschiedlichen Formen möglich,<sup>38</sup> auch vor dem Hintergrund der oft sehr schlecht koordinierten Versorgungsstrukturen sozialer und gesundheitlicher Dienste mit unterschiedlichen Kostenträgern, Anbietern usw., was der Sachverständigenrat für Gesundheitsfragen auf die griffige und bekannte Formel von der Über-, Unter- und Fehlversorgung gebracht hat (Deutscher Bundestag 2003). Diese Feststellung gilt auch und gerade bei Übergängen zwischen gesundheitlichen und sozialen Diensten für ältere Menschen – wobei dieses Problem in Deutschland ganz besonders groß ist (Leichsenring et al. 2004; Billings/Leichsenring 2006). Deshalb werden hierzulande seit Jahren integrative und koordinierende Bemühungen und zahlreiche Modellprojekte diskutiert (Klaes et al. 2004), deren Erträge indes bis heute entweder eher gering sind oder deren Evidenz kaum nachgewiesen werden konnte, vor allem weil anspruchsvolle Forschungsdesigns in Form kontrollierter prospektiver Studien hier eher selten sind

---

<sup>38</sup> Beispielsweise im Rahmen einer Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V oder eines Medizinischen Versorgungszentrums nach § 95 SGB V.

(Reichert/Roth 2004). Eine positive Ausnahme stellt hier das Projekt ambulantes gerontologisches Team (PAGT) dar, das seine Wirksamkeit auch in einem Forschungsdesign mittels Kontrollgruppen nachweisen konnte.<sup>39</sup> Ziel des wegweisenden Projektes war die Gesundheitsförderung und Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen und deren Angehörigen durch einen multidisziplinären Ansatz (Döhner et al. 2002: 13; 23). Das Team besteht aus dem Hausarzt, dem ein Koordinator (Care Manager) und ein Patientenbegleiter (Case Manager) zur Seite gestellt werden. Die Hauptaufgaben des Koordinators sind die Koordination der Teamarbeit und die Interaktion mit anderen Gesundheits- und Sozialdiensten, während der Patientenbegleiter den Betreuungsumfang (mittels multidimensionalem Assessment) des Hilfebedürftigen feststellt und vor Ort Beratung und Hilfestellung leistet (Döhner et al. 2002: 27ff.).

Generell unterscheidet man meist zwischen *Care Management* und *Case Management*. Beim Care Management bemühen sich Pflegebetriebe um eine Strukturveränderung zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung – z.B. durch die Veränderung der Organisationsstruktur, Arbeitsformen und vertragliche Regelungen. Beim Case Management dagegen geht es um die zielgerichtete Versorgung von bedürftigen Individuen – zum Beispiel durch Maßnahmeneinleitung und Assessment. Häufig werden diese Ebenen jedoch auch vermischt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend förderte im Rahmen ihres Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ auch Modellprojekte, die sich eine verbesserte Kooperation oder Koordination zum Ziel gesetzt hatten. Die wissenschaftliche Begleitforschung ergab, dass Vernetzung im Sinne von Care Management insbesondere dann erfolgreich funktionierte, wenn folgende *Strukturelemente* vorlagen:

- es finden regelmäßig Netzwerkkonferenzen aller Netzwerkpartner statt
- es finden regelmäßige inhaltsspezifische Arbeitstagen statt
- es gibt kontinuierlich arbeitende Arbeitsgruppen
- es werden Kooperationsverträgen/Rahmenvereinbarungen der Netzwerkpartner abgeschlossen
- es gibt ein Steuergremium im Sinne eines Aufsichtsrats
- es wird ein professionelles Netzwerkmanagement etabliert
- es gibt Koordinierungsstellen
- es wird an bereits vorhandene Strukturen angeknüpft

Als förderlich zeigte sich zudem, wenn niedergelassene Ärzte in das Vernetzungsprojekt eingebunden wurden (was leider meist nur schwer gelingt), wenn es Kooperationsinteressen auf der Ebene der örtlichen Pflegekonferenz gab und wenn auch bereits vorhandene Arbeitskreise eingebunden wurden. Für die Kooperationsverträge sollten

---

<sup>39</sup> Die Wirksamkeit und Evidenz sozialer Interventionen kann *ausschließlich* im experimentellen randomisierten Kontrollgruppendesign nachgewiesen werden, das somit auch das einzige ist, das dem Anspruch der Evaluationsforschung genügt (Bortz/Döring 2002). Dem genügen insbesondere nicht die häufig als ‚Evaluation‘ bezeichneten Zufriedenheitsbefragungen.

gemeinsame Leitbilder und Qualitätsstandards erarbeitet werden. Projekte, die sich allerdings im Rahmen des Case Managements bewegten zeigten sich als leichter zu realisieren, wenn sie von einer Einrichtung mit einem interdisziplinären Team oder von einer Beratungsstelle mit direktem Patienten/Klientenkontakt ausgingen und nicht im Rahmen eines umfassenden Netzwerkes unterschiedlicher Partner (Klaes et al 2004: 29 ff.). Büscher et al. (2003: 43) schlugen dem Deutschen Roten Kreuz in einem Gutachten vor, sich an einem systematischen Management der Versorgung zu beteiligen. Dadurch könnten zum einen viele Angebote des DRK miteinander vernetzt werden, so dass ein breiteres und besser aufeinander abgestimmtes Angebot entstehen könnte, wodurch sich laut Büscher Wettbewerbsvorteile ergeben würden. Zum anderen könne sich das DRK mit den Ergebnissen im Rahmen des Versorgungsmanagement an der weiteren Ausgestaltung des Gesundheitssystems beteiligen.

Kooperationen sollten jedoch vertraglich geregelt und den Leistungskatalog des Partners und die alleinige Erbringung für den eigenen Pflegedienst festlegen. Ferner sind die Haftung, Kündigungsfristen und -gründe sowie Dokumentationspflichten im Vertrag zu fixieren. Abzuklären sind die Fristen, innerhalb deren der Kooperationspartner seine Dienste erbringen muss und ob er Vermittlungsprovisionen zahlen muss. Zur Gestaltung der Kooperationsverträge sollte auf jeden Fall eine anwaltliche Beratung erfolgen (Douma 2005: 33).

#### **2.2.10. Freiwilliges Engagement oder Ehrenamt**

Die Einbeziehung freiwilliger Helfer in die häusliche Pflege wird vielfach für unumgänglich angesehen, um deren Zukunft sicher zu stellen (vgl. Meyer 2004: 110). Freiwilliges Engagement wird als entlastend für vorhandene stabile Pflegenetzwerke und stabilisierend für labile und prekäre Pflegenetzwerke angesehen (vgl. Deutscher Bundestag 2002a: 243). Stabilisierend können etwa sogenannte ‚niedrigschwellige‘ Unterstützungsangebote durch freiwillige Helferinnen oder Helfer sein (Gräbel/Schirmer 2006: 217; Schneekloth 2006: 411). 11 % der Pflegebedürftigen nehmen solche freiwilligen Leistungen in Anspruch (Schneekloth 2006: 411). Grundsätzlich ist häusliche Pflege dann schwer aufrecht zu erhalten, wenn Helferinnen und Helfer nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen sowie bei Pflegebedürftigen mit sehr großem Betreuungsbedarf, wie er häufig bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen vorliegt (Schneekloth 2006: 405). Nach Schneekloth (2006: 411) kann der Inanspruchnahme freiwilliger Hilfeleistungen durch den pflegebedürftige Menschen oder dessen Angehörigen eine spätere Einbindung professioneller Dienstleistungen folgen. Für Jansen (1998: 320) stellt die Verknüpfung formeller und informeller Hilfen ein „entscheidendes Merkmal von Professionalität und Wettbewerbsfähigkeit ambulanter Dienstleistungen“ dar (ähnlich auch Meyer 2004: 111). Für die öffentliche Förderung ambulanter Hospiz-

arbeit ist die Einbindung freiwilliger Mitarbeiter sogar eine unerlässliche Voraussetzung.<sup>40</sup>

Zukünftig ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen mit sozialen Problemen, etwa Vereinsamung, und extensiver zeitlicher Betreuung zunehmen wird. Die daraus entstehenden Bedürfnisse werden nicht alleine über professionelle Dienste und familiärer Leistungen abzudecken sein (Deutscher Bundestag 2002a: 252). Für die professionelle ambulante Pflege bedeutet das, dass sie vermehrt auf freiwillige Helferinnen oder Helfer zurückgreifen muss, will sie die neben der professionellen Pflege bestehenden Bedarfe decken. Bisher zeigen ambulante Dienste jedoch wenig Interesse, mit ehrenamtlichen Initiativen zu kooperieren und entsprechende Anreizstrukturen zur Zusammenarbeit zu schaffen (Deutscher Bundestag 2002a: 252). Die Pflege hat zudem das Problem, das bürgerschaftliche Engagement nicht als Lückenbüßer erscheinen zu lassen. Es sollten deshalb Leitbilder entworfen werden, die bürgerschaftliches Engagement als „Modernisierung und Humanisierung der Pflegekultur“ deutlich machen (Deutscher Bundestag 2002a: 253).

Wie ist es in Deutschland und speziell in Niedersachsen um das freiwillige Engagement bzw. Ehrenamt<sup>41</sup> bestellt? Betrachtet man die Entwicklung von 1999 bis 2004, ist insgesamt in Deutschland durchaus eine Zunahme der Engagementquote<sup>42</sup> von 34% auf 36% zu konstatieren (Gensicke et al. 2005: 15). In Niedersachsen stieg das freiwillige Engagement insgesamt sogar noch deutlicher von 31% auf 37% und liegt somit, gemeinsam mit Bayern, auf dem dritten Platz im Bundesländervergleich. Zusätzlich sind 11% der Bevölkerung bereit, sich verbindlich zu engagieren (Gensicke 2005: 5). Vor allem im Süden Niedersachsens gab es einen großen Anstieg von 10% seit 1999. Das ehemals bestehende Nord-Süd-Gefälle im Gebiet der ehemaligen Regierungsbezirke Weser-Ems und Lüneburg einerseits sowie Hannover und Braunschweig andererseits hat sich durch diese Zunahme angeglichen. Vor allem in den Randgebieten größerer und mittlerer Städte (Zunahme 8%) als auch in ländlichen Gebieten (Zunahme 5%) liegt die größte Steigerungsrate (Gensicke 2005: 6). Bundesweit ist der Anteil der Engagierten, die mehr als eine Aufgabe oder Funktion übernommen haben, von 37% auf 42% gestiegen. Zudem stieg die Bereitschaft der nicht Engagierten um 6 Prozentpunkte von 26% auf 32% an. Somit nahmen sowohl die Zahl der freiwillig Engagierten als auch die Intensität des freiwilligen Engagements zu. Zu betonen ist außerdem das lang anhaltende Engagement der Freiwilligen, die ihre Aufgaben, Arbeiten und Funktionen längerfristig ausüben; 2004 im Durchschnitt bereits seit 9 Jahren (Gensicke et al. 2005: 15f.). Am deutlichsten stieg das freiwillige Engagement bei älteren Menschen im Alter ab 60 Jahren. Die Engagementquote stieg hier bundesweit von 26% auf 30% (Gensicke 2005b: 22) und in Niedersachsen um 9% (Gensicke 2005:

---

<sup>40</sup> Näheres zur Förderung: Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 17.01.2006

<sup>41</sup> Freiwilliges und bürgerschaftliches Engagement sowie Ehrenamt werden synonym verwendet.

<sup>42</sup> Engagementquote = der Anteil von freiwillig Engagierten an der Bevölkerung ab 14 Jahren.

6f.). In der Gruppe der jüngeren Senioren, d.h. der 60- bis 69-Jährigen, erhöhte sich das Engagement sogar von 31% auf 37%, begleitet von einem starken Anstieg des Engagementpotentials (Gensicke et al. 2005: 22). Von den Bereichen, in denen sich die Freiwilligen engagieren, war 2004 „Sport und Bewegung“ mit 11% der größte, gefolgt von den Engagementbereichen „Schule und Kindergarten“ (7%) sowie „Kirche und Religion“ (6%). Am stärksten zugenommen hat aber das Engagement im sozialen Bereich (2004: 5,5%, 1999: 4%) sowie im Bereich „Schule und Kindergarten“ (1999: 6%) (Gensicke et al. 2005: 16).

Möchte eine Einrichtung freiwillig Engagierte zur Mitarbeit gewinnen, so ist die Kenntnis deren „Motive, der Hindernisse und der sozio-ökonomischen Stellung“ unerlässlich, weil hiervon zugleich „Anreizstrukturen und Maßnahmen zur Aktivierung von Bürgern“ abgeleitet werden können (Meyer 2004: 114). So werden an eine freiwillige Tätigkeit neben dem Wunsch zu helfen und etwas für das Gemeinwohl zu tun, vielfältige Erwartungen geknüpft, darunter auch der Spaß an der Tätigkeit und der Wunsch, mit netten Menschen zusammen zu treffen oder die eigenen Erfahrungen und Kenntnisse zu erweitern, Verantwortung und Entscheidungsmöglichkeiten zu haben oder auch Anerkennung zu finden (Gensicke et al. 2005: 102). Neben diesen sehr allgemeinen Vorstellungen haben freiwillig Engagierte bzw. potentielle Kandidaten sehr spezifische Erwartungen und werden bei Nichteinhaltung enttäuscht und möglicherweise von einem Engagement abgeschreckt. Zu diesen Erwartungen zählen (Dettbarn-Regentin/Regentin 2004: 83f.):

- Versicherungsschutz (Haftpflicht und Unfallversicherung)
- Vorgabe einer klaren Aufgabenstellung
- Einarbeitung und fachliche Betreuung
- zeitliche Befristung um Angst der Vereinnahmung entgegenzuwirken
- Angebot einer Aufwandsentschädigung
- bessere Informationsmöglichkeiten über Möglichkeiten zum ehrenamtlichen Engagement
- öffentliche Anerkennung, z.B. durch Presseberichte und Ehrungen

Eine Organisation, welche ehrenamtliche Mitarbeiter ausdrücklich mit einbeziehen möchte, muss sich also Gedanken darüber machen, wie sie die Rahmenbedingungen<sup>43</sup> hierfür ausgestalten will und welches Konzept dafür eingesetzt werden soll. Gute Rahmenbedingungen können die Motivation und die Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit fördern. Andererseits erzeugt die Erweiterung des Leistungsangebotes durch Freiwillige häufig Spannungen zwischen den Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen. Um diesen vorzubeugen, sind klare Konzepte zu entwickeln und klare Abgrenzungen der Aufgaben vorzunehmen (Meyer 2004: 118).

---

<sup>43</sup> Zur konkreten Ausgestaltung der Rahmenbedingungen sei verwiesen auf Schumacher/Stiehr 2002 und auf ‚EQ - Ehrenamt und Qualität‘ ([www.equalitaet.de](http://www.equalitaet.de)).

*Zusammenfassend* lässt sich festhalten, dass viele Bürgerinnen und Bürger zu freiwilligem Engagement bereit sind, doch davon auszugehen ist, dass sich diese „Potenziale nicht einfach abrufen lassen, dass die ‚stille Reserve‘ sich bei Bedarf nicht einfach aktivieren lässt. Vielmehr muss angenommen werden, dass das Ehrenamt sich dann aktivieren lässt, wenn es als solches auch in seiner Bedeutung von denen wahrgenommen wird, die das Handlungsfeld bereitstellen“ (Dettbarn-Regentin/Regentin 2004: 84). Zieht eine Einrichtung die Einbindung Ehrenamtlicher ernsthaft in Erwägung, sollte sie die Motive und Erwartungen der Ehrenamtlichen beachten sowie die Rahmenbedingungen entsprechend gestalten.

### **3. Zur Lage ambulanter Pflegedienste des DRK in Niedersachsen<sup>44</sup>**

#### **3.1. Nachfrage und Angebot**

Die an der Befragung teilnehmenden DRK-Pflegedienste verfügten nach deren Angaben über sehr unterschiedlich große Kundenstämme, die im Jahr 2006 pro Dienst insgesamt zwischen 23 und über 500 Klienten umfassen, bei einem mittleren Wert (Median) von 136 (Tabelle 5, Abbildung 3).<sup>45</sup> Die aufgezeigten Werte scheinen im Vergleich zu anderen Erhebungen sehr hoch, auch wenn nur auf die Pflegebedürftigen nach SGB XI Bezug genommen wird, deren Zahl pro DRK-Dienst im Mittel 91 betrug, wozu gleich noch mehr zu sagen sein wird. So zeigt eine bundesweite Stichprobe von 107 ambulanten Diensten einen Median von 54 pro Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen nach SGB XI inkl. Stufe 0 (Roth 2001: 244); nach der Pflegestatistik versorgte Ende 2003 in Niedersachsen ein Pflegedienst im arithmetischen Mittel knapp 48 Klienten nach SGB XI, der Bundesdurchschnitt lag bei nur gut 42 Klienten pro Pflegedienst (NMSFFG 2005: 701).<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Die Auswertung einer schriftlichen Befragung aller DRK-Dienste stellt eine zusätzliche, im Angebot nicht vorgesehene, Leistung dar, um die qualitativen Studien in den vier Regionen vor allem hinsichtlich ökonomischer Kennzahlen zu ergänzen.

<sup>45</sup> Aufgrund der großen Streuung wird zur Abbildung der ‚zentralen Tendenz‘ nicht der dafür weniger aussagekräftige arithmetischen Mittelwert oder ‚Durchschnitt‘ herangezogen, vielmehr primär der dafür besser geeignete Median als mittlerer Wert einer Zahlenfolge.

<sup>46</sup> Zwar müsste auch hier die Streuung beachtet werden und zum Vergleich der dort nicht ausgewiesene Median herangezogen werden.



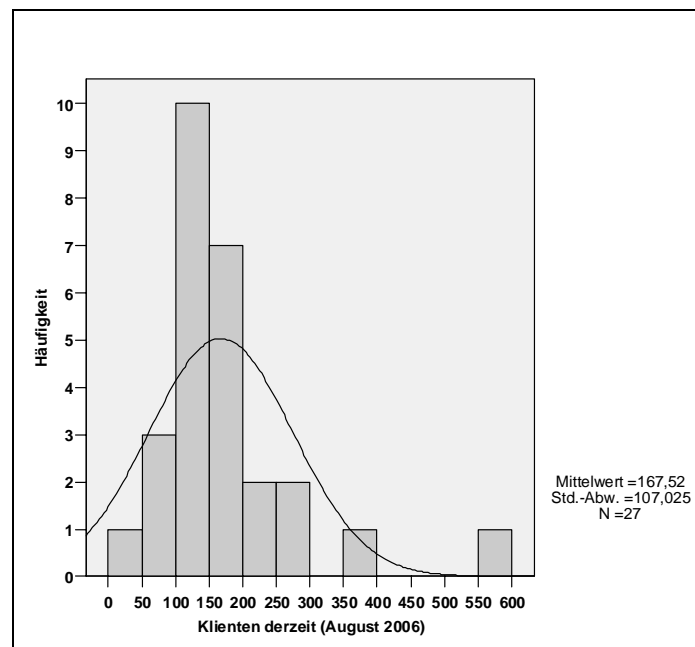
**Tabelle 5: Anzahl betreuer Klienten pro Dienst**

|               | Klienten ges. (2003) | Klienten ges. (2004) | Klienten ges. (2005) | Klienten ges. derzeit (07/2006) | Pflegebedürftige nach SGB XI ges. (2006) |
|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| Minimum       | 0                    | 19                   | 22                   | 23                              | 15                                       |
| Quartil 25    | 106                  | 113                  | 110                  | 112                             | 50                                       |
| <b>Median</b> | <b>130</b>           | <b>168</b>           | <b>139</b>           | <b>136</b>                      | <b>91</b>                                |
| Quartil 75    | 191                  | 200                  | 206                  | 185                             | 114                                      |
| Maximum       | 481                  | 490                  | 517                  | 560                             | 417                                      |
| N             | 21                   | 21                   | 23                   | 27                              | 22                                       |

Quartile (25., 50. und 75. Perzentile) teilen die Beobachtungen und Daten in vier gleich große Gruppen.

Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 3: Anzahl ‚derzeit betreuer Klienten‘ in ambulanten Diensten (August 2006)**



Quelle: Eigene Erhebung

Bei den Zahlen der DRK-Dienste muss aber zum einen berücksichtigt werden, dass möglicherweise Antworten einzelner DRK-Sozialstationen auch assoziierte ‚Filialen‘ enthalten können (siehe oben das einleitend zur Rücklaufquote Gesagte). Ferner bezogen sich die Angaben in Bezug auf die Jahre 2003-2005 nicht wie bei der Pflegestatistik ausdrücklich auf einen Stichtag (wie bei der Pflegestatistik), sondern auf eine geschätzte Zahl der über das Jahr Betreuten, während die „derzeit“ betreute Summe an Klienten den Stand zum Zeitpunkt der Befragung (August 2006) wiedergeben sollte. Angesichts der Tatsache, dass einige Angaben der Dienste hierzu inkonsistent schei-

nen<sup>47</sup> sowie dem Umstand, dass die Stichprobe nicht sehr groß ist, müssen die Ergebnisse also etwas vorsichtig interpretiert werden.

Schließlich muss bei der Einschätzung der Summe der Zahl versorgter Klienten auch berücksichtigt werden, dass über den Umfang der damit verbundenen Nachfrage nach Dienstleistungen nur grob etwas gesagt werden kann, selbst wenn die Pflegestufen der Klienten hier einbezogen werden würden. Denn Pflegedienste sind meist nur ‚Koproduzenten‘ neben der dominierenden familiären Pflege, auch bei hohen Pflegestufen (vgl. Garms-Homolová/Roth 2004). So betrug in einer Stichprobe von 122 Klienten der mittlere von *informellen* Helfern geleistete Pflegeaufwand zwischen 6-15 Stunden täglich, der durch die jeweils beteiligten 18 Pflegedienste in der ganzen Woche geleistete Pflegeaufwand im Mittel insgesamt nur ca. 1-2 Stunden pro Klient für häusliche Krankenpflege, 2-4 Stunden für Grundpflege und 3-4 Stunden für hauswirtschaftliche Versorgung; viele Klienten erhalten dabei nur wenige Minuten pro Tag oder auch in der Woche Pflege oder Unterstützung durch ambulante Dienste (Garms-Homolová/Roth 2004: 113; 122).

Insgesamt überwiegen bei den DRK-Pflegediensten in Niedersachsen ungeachtet dessen aber als Haupttendenz wohl eher größere Dienste, was im Übrigen mit dem Befund aus anderen Studien einher geht, wonach ambulante Dienste von Wohlfahrtsverbänden in der zentralen Tendenz signifikant größer sind als solche privater gewerblicher Anbieter (Roth 2001: 232 f.). Indes kann die ‚Größe‘ der Pflegedienste nicht primär nach der Zahl der versorgten Klienten, sondern auch an der Zahl des eingesetzten Personals gemessen werden, wozu unten mehr zu sagen sein wird. Hinzu kommt, dass die Zahl der versorgten Klienten zwischen 2003 und 2006 im Mittel eher zunahm. Nur sieben von 21 Diensten geben für August 2006 (‚derzeit‘) weniger versorgte Klienten an als für das Jahr 2003, bei den übrigen vierzehn Diensten sind mehr oder weniger große Anstiege zu verzeichnen – was aber angesichts der vorstehenden Ausführungen vorsichtig im Sinne einer sehr groben Tendenz interpretiert werden sollte.

Die Klienten der DRK-Dienste gehören zum größten Teil entweder *keiner Pflegestufe* an, deren Anteil im Mittel der Dienste bei 38% lag (Tabelle 6). Darunter dürften vor allem Hilfsbedürftige mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V fallen. Dieses unterstreichen die Antworten auf die Frage nach den Anteilen unterschiedlicher Leistungsarten der ambulanten Dienste, wobei SGB V-Leistungen nach eigener Schätzung der Dienste bei etwa der Hälfte der Dienste zwischen ca. 30% und 40% der gesamten Leistungen ausmachen. Insgesamt dominieren in der Regel aber

---

<sup>47</sup> So klaffte mitunter eine mehr oder weniger große und kaum zu erklärende Lücke zwischen der angegebenen Summe versorgter Klienten „derzeit“ und der danach folgenden Aufschlüsselung der Klienten nach Pflegestufen. Hierbei fiel auf, dass insbesondere Angaben bei der Kategorien ‚Keine Pflegestufe‘ oder ‚Pflegestufe 0‘ häufiger fehlten. Bei der Auswertung wurden deshalb Fälle mit sehr unglaubwürdigen Angaben nicht berücksichtigt oder, soweit offenkundige oder kleinere Fehler eindeutig waren, kleinere Bereinigungen vorgenommen.

die Leistungen nach dem SGB XI (Tabelle 7).<sup>48</sup> Bemerkenswert wenig Bedeutung kommt hauswirtschaftlichen oder sonstigen Leistungen zu, deren Anteile zusammen meist mehr oder weniger deutlich unter 10% aller Leistungen der befragten Dienste des DRK ausmachen. Damit kann die bereits in anderen Untersuchungen (Roth 2001) belegte Erkenntnis bestätigt werden, dass sich ambulante soziale Dienste primär auf die gängigen und bekannten sozialrechtlich kodifizierten ‚Standardleistungen‘ beschränken und bisher kaum darüber hinausgehende Angebote realisieren – ob gewollt oder ungewollt, kann hier zunächst dahingestellt bleiben.

**Tabelle 6: Anteile der durch DRK-Dienste versorgten Klienten nach Pflegestufen in Prozent (2006)**

| Anteile der Klienten nach Pflegestufen in Prozent |                  |               |                |                 |
|---|------------------|---------------|----------------|-----------------|
|   | Ohne Pflegestufe | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III |
| Minimum   | 7,6              | 17,9          | 8,3            | 1,5             |
| Quartil 25  | 27,3             | 29,3          | 15,5           | 4,4             |
| <b>Median</b>                                     | <b>38,3</b>      | <b>34,7</b>   | <b>20,0</b>    | <b>7,6</b>      |
| Quartil 75  | 44,8             | 39,9          | 26,3           | 10,7            |
| Maximum   | 68,3             | 46,6          | 37,1           | 17,4            |
| N   | 22               | 22            | 22             | 22              |

Quelle: Eigene Erhebung

**Tabelle 7: Anteile unterschiedlicher Leistungsarten an den gesamten Leistungen in DRK-Diensten in Prozent (2006)**

|               | Leistungen nach SGB XI | Leistungen nach SGB V | Hauswirtschaftliche Leistungen | Sonstige Leistungen |
|---------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------|
| Minimum       | 37,0                   | 20,0                  | 0                              | 0                   |
| Quartil 25    | 51,5                   | 27,3                  | 3,8                            | 0                   |
| <b>Median</b> | <b>56,0</b>            | <b>35,0</b>           | <b>5,0</b>                     | <b>0</b>            |
| Quartil 75    | 60,0                   | 40,0                  | 9,0                            | 2,5                 |
| Maximum       | 75,0                   | 59,0                  | 22,0                           | 11,0                |
| N             | 27                     | 27                    | 27                             | 27                  |

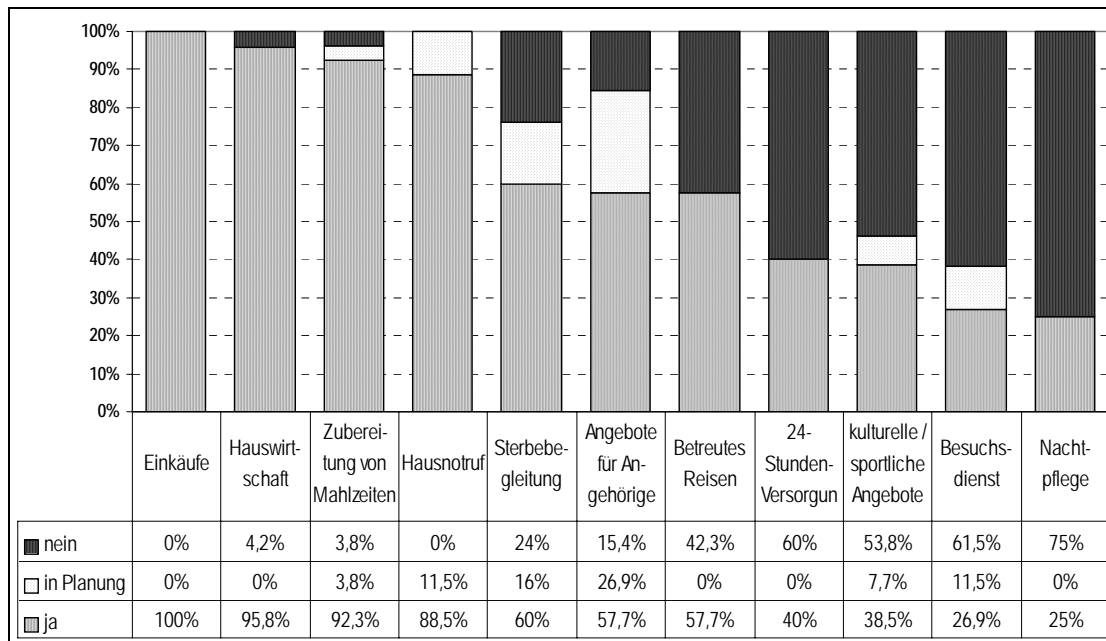
Quelle: Eigene Erhebung

Dennoch bieten die teilnehmenden Pflegedienste in der Regel neben den Leistungen nach dem SGB sonstige Betreuungs- oder Zusatzleistungen an (Abbildung 4). Lediglich 3,6% gaben an, ausschließlich Leistungen nach SGB XI zu erbringen. Es zeigt sich

<sup>48</sup> Erneut ergab die Aufschlüsselung der prozentualen Anteile der Leistungen der Pflegedienste in der Summe nicht immer die erwarteten 100%, mit zum Teil eklatanten Abweichungen von bis über 50- Prozentpunkten. Siehe zu den teilweise inkonsistenten Antworten der Dienste im Übrigen die Anmerkung in Fußnote 47.

aber, dass besondere Entlastungs- und Betreuungsangebote<sup>49</sup> eher selten bereitgestellt werden. Einen etwas höheren Stellenwert nehmen die Angebote wie „Einkaufen“, „Hauswirtschaftliche Leistungen“, „Zubereitung von Mahlzeiten“ und der „Hausnotrufdienst“ ein, die zum Teil auch durch das SGB abgedeckt werden.

**Abbildung 4: Ausgewählte ‚sonstige‘ Entlastungs- u. Betreuungsangebote ambulanter Dienste**

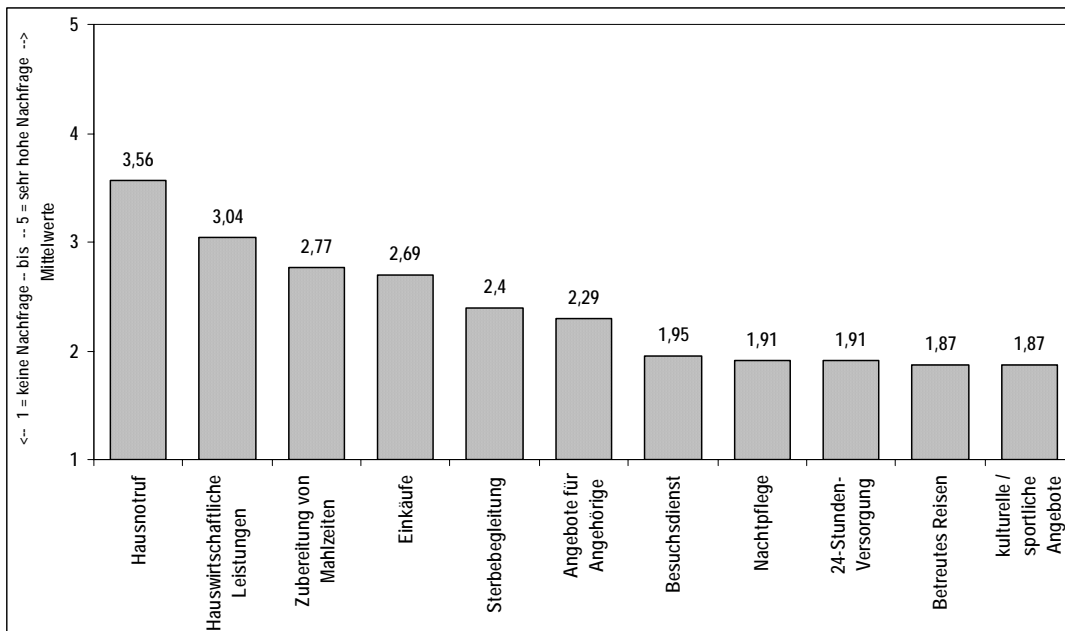


Quelle: Eigene Erhebung

In einem zweiten Schritt sollte von den Pflegediensten angegeben werden, wie hoch die Nachfrage nach diesen Leistungen jeweils eingeschätzt wird, wobei der Wert 1 für „keine Nachfrage“ und 5 für eine „sehr hohe Nachfrage“ stand. Mit den Werten dazwischen konnte jeweils abgestuft werden. Es zeigte sich, dass besonders diejenigen Leistungen auch angeboten werden, in denen eher eine hohe Nachfrage vermutet wird (Abbildung 5). Dazu gehören insbesondere der Hausnotruf, Hauswirtschaftliche Leistungen, die Zubereitung von Mahlzeiten und die Erledigung von Einkäufen. Größere Unterschiede gibt es allerdings bei den Besuchsdiensten und der Nachtpflege. Hier werden die Nachfragen höher eingeschätzt als der Umfang, in dem diese Leistungen bisher angeboten werden.

<sup>49</sup> Mit besonderen Entlastungs- und Betreuungsangebote sind die „niedrigschwellig“ genannten Angebote gemeint. Es wurde ein anderer Begriff gewählt, da nicht nur auf die anerkannten ‚niedrigschwelligen‘ Betreuungsangebote nach §45b SGB XI i.V.m. §2 AnerkVO-SGB XI abgezielt wurde.

**Abbildung 5: Einschätzungen der Pflegedienste zur Nachfrage ausgewählter Betreuungsangebote**



Anmerkung: Ausgewiesen sind übliche arithmetische Mittelwerte aus den gültigen Antworten der insgesamt 29 Dienste, trotz der verwendeten Ordinalskala, die streng genommen keine Mittelwerte zulässt.

Quelle: Eigene Erhebung

Regional zeichnete sich das überwiegend ländlich geprägte Niedersachsen auch bei den Standorten und Einzugsgebieten der Pflegedienste ab. Ca. zwei Drittel der Klienten leben im ländlichen Raum, knapp 20% im stadtnahen Umland und ca. 15% in einer Stadt. Der mittlere maximale Einzugsbereich der Pflegedienste liegt im Durchschnitt bei 15 km, deren Streuung reicht von 5 bis 50 km.

### 3.2. Personal und Organisation

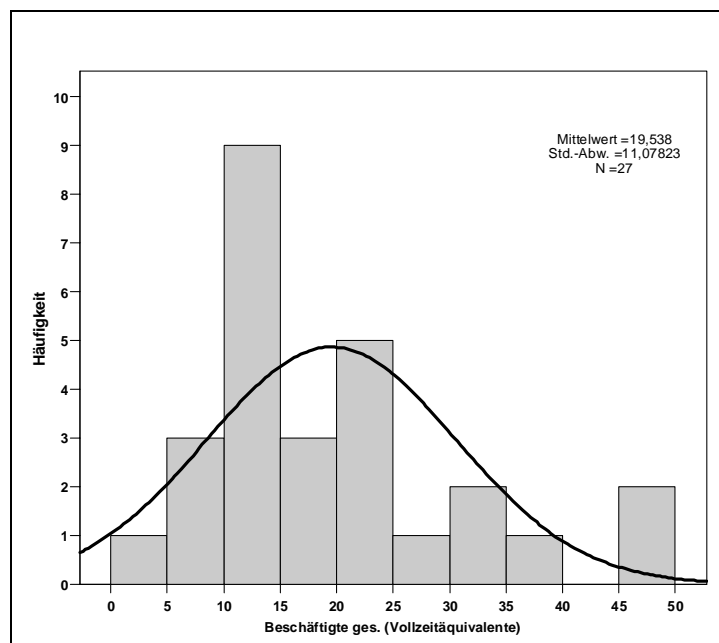
Die ambulanten Dienste des DRK in Niedersachsen weisen im Mittel relativ hohe Zahlen an Beschäftigten auf (ca. 30-35), wobei die Varianz oder Streuung zwischen großen Diensten mit bis zu 80 Kräften und sehr kleinen Diensten mit nur 10 Beschäftigten auffällt (Tabelle 8, Abbildung 6). Während die DRK-Dienste der Stichprobe umgerechnet im Mittel 16,7 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten einsetzen, lag dieser Wert in einer gesamtdeutschen Stichprobe von 107 Diensten bei 10,9, unter den gemeinnütziger Träger nur bei 13,3 (Roth 2001: 229, 232).

**Tabelle 8: Beschäftigte und Klienten pro Beschäftigten in ambulanten Diensten (August 2006)**

|            | Anzahl Beschäftigte ges. | Beschäftigte (Vollzeit-äquivalente) | Klienten ges. pro Besch. ges. (Vollzeit-äquivalente) | Pflegebedürftige SGB XI ges. pro Besch. ges. (Vollzeit-äquivalente) |
|------------|--------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Minimum    | 10                       | 4,95                                | 3,96   | 2,38  |
| Quartil 25 | 22,75                    | 12,54                               | 6,07   | 3,19  |
| Mittelwert | 34,69                    | 19,54                               | 9,70   | 5,18  |
| Median     | 30,50                    | 16,70                               | 8,02   | 4,96  |
| Quartil 75 | 44,25                    | 22,78                               | 10,15  | 6,04  |
| Maximum    | 78                       | 46,70                               | 25,34  | 14,76   |
| N          | 26                       | 27                                  | 26   | 22  |

Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 6: Zahl der Beschäftigten in ambulanten Diensten (Vollzeitäquivalente) (August 2006)**



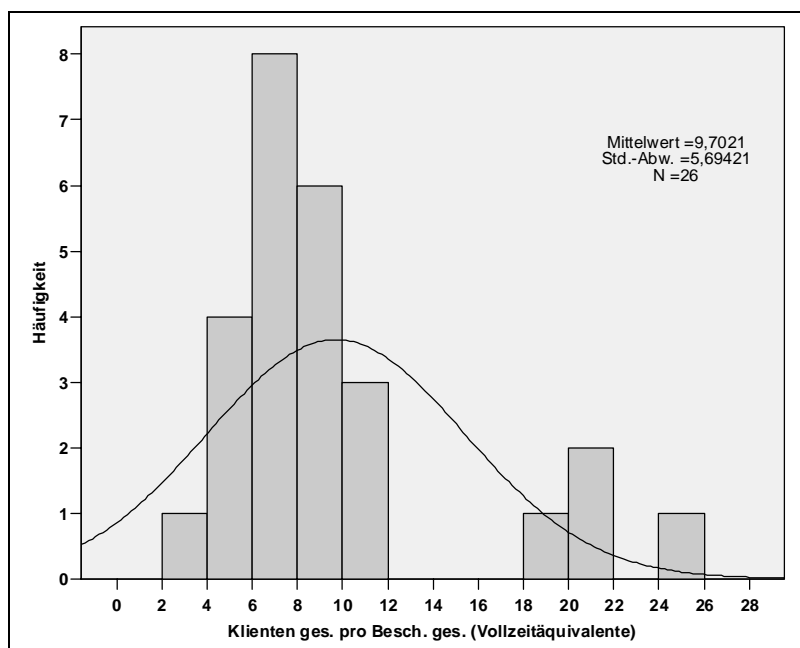
Quelle: Eigene Erhebung

Beim folgenden Bezug der Zahl der Beschäftigten auf die jeweilige Summe der betreuten Klienten fällt eine enorme Streuung der Quoten auf mit starken ‚Ausreißern‘ nach oben, sowohl bei einem Bezug auf die Gesamtzahl der Klienten als auch der Pflegebedürftigen nach SGB XI (Abbildung 7). Insgesamt erscheint der im Mittel bei ca. 5 Pflegebedürftigen nach SGB XI pro Beschäftigten liegende Wert der DRK-Dienste im Vergleich zum Mittelwert in Deutschland und auch in Niedersachsen in Höhe von ca. 2 Pflegebedürftigen nach SGB XI je Mitarbeiter (NMSFFG 2006: 728) eher hoch. Ande-

rerseits zeigt die Studie von Garms-Homolová/Roth (2004: 66) in einer Stichprobe von 122 Klienten bei 18 Pflegediensten eine Streuung von 6,2 bis 39 Klienten pro Mitarbeiterin (Vollzeitäquivalente).

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Leistungsspektrum der Dienste und der zu versorgenden Klienten natürlich sehr unterschiedlich sein kann, trotzdem die Standardleistungen der Pflege nach SGB XI und SGB V generell dominieren. So gibt es Dienste, die eher ‚leichtere Pflegefälle‘ mit wenig Leistungen pro Woche versorgen, während andere eher aufwändigere Klienten aufweisen. Insofern dürfen die hier ausgewiesenen Quoten nur vorsichtig interpretiert werden, selbst wenn die Verteilungen der Klienten über die Pflegestufen der Dienste einbezogen werden würde, weil der (meist dominierende) Anteil der Pflege durch Angehörige oder informell Pflegende auch dann unberücksichtigt bleibt. Hinzu kommen unter Umständen Varianzen und Determinanten des individuellen Leistungsgeschehen und der Pflegepraxis: So dürfte z.B. unter gewissen Umständen bei einem Pflegebedürftigen mit einer eher niedrigen Pflegestufe mitunter real mehr Pflegeaufwand geleistet werden als bei einem der Stufe III (vgl. Blinkert/Klie 2006; Heinemann-Knoch u.a. 2005).

**Abbildung 7: Anzahl Klienten ges. pro Mitarbeiter ges. (Vollzeitäquivalente) (August 2006)**



Quelle: Eigene Erhebung

Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Angaben der Dienste hierzu auch nicht immer ganz konsistent und zuverlässig scheinen, sowohl bei der Zahl der derzeit versorgten Klienten als auch bei derjenigen der Beschäftigten und ihrer Arbeitszeiten. So fällt z.B. wiederum auf, dass die Summe der Aufschlüsselung der Zahl der Mitarbeiter nach ihrer Qualifikation häufig nicht mit der zuvor angegebenen Summe der Zahl

der Beschäftigten übereinstimmt. Andererseits muss hier aber – trotz der vorstehenden Überlegungen – betont werden, dass die Zahl der Klienten und die Zahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten (2006) bei den hier untersuchten Diensten durchaus wie erwartet stark und hoch signifikant korreliert, d.h. die Zahl der Klienten bestimmt in hohem Maße auch die Zahl der eingesetzten Beschäftigten und hier besteht ein starker statistischer Zusammenhang.<sup>50</sup>

Der Vergleich zwischen der Zahl der Beschäftigten insgesamt und der nach Vollzeitäquivalenten unterstreicht den bekannten Umstand, dass in ambulanten Diensten eher wenig Vollzeitkräfte arbeiten (in Deutschland laut Pflegestatistik betrug der Anteil an Vollzeitkräften Ende 2003 im Mittel nur 29%). Hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass wiederum meist eine große – und sachlich wenig begründete – Streuung im Personaleinsatz bei ambulanten Diensten auftritt (vgl. Roth 2001: 228 ff.). So arbeiten einige Dienste nur mit Vollzeitkräften, während andere wiederum fast keine Vollzeitkräfte einsetzen. Insbesondere im Bereich der Betreuung und Pflege ist die Halbtags- oder sonstige Teilzeitbeschäftigung verbreitet.

Ehrenamtliche werden im Übrigen bisher in nur sehr geringem Maße eingesetzt. Nur zwei der 29 antwortenden DRK-Dienste gaben an, freiwillige Mitarbeiter zu beschäftigen. Davon hat ein Dienst sieben Helfer, die zusammen lediglich eine Stunde pro Woche tätig werden. Acht Mitarbeiter eines weiteren Dienstes werden zusammen 9 Stunden in der Woche eingesetzt. Auch Zivildienstleistende, Auszubildende und Praktikanten werden nur geringfügig in den Diensten eingesetzt. Unter den zwei Diensten, die überhaupt ehrenamtliche Kräfte einsetzen, werden diese für „Besuchsdienste“, „Hausnotrufsbesuchsdienste“, „Betreuungsangebote bei Demenz“ und „Palliativbetreuung“ eingesetzt. In einer offenen Frage wurde auch nach den Erfahrungen mit der Arbeit von Ehrenamtlichen gefragt. Dabei zeigte sich, dass die Zusammenarbeit durchaus als sehr positiv gewertet wurde, die Ehrenamtlichen werden als zuverlässige Helfer eingeschätzt. Probleme sahen die beiden Pflegedienste jedoch in dem erhöhten Aufwand für die Betreuung und die Organisation, da Ehrenamtliche „mehr Aufmerksamkeit als fest angestellte Mitarbeiter benötigen“. Als weitere Probleme wurde angegeben, die Ehrenamtlichen überschätzten teilweise ihr Können, zudem sei es schwierig, langfristig tätige Ehrenamtliche zu finden. Unterstützung und Anerkennung erhalten die freiwilligen Mitarbeiter meist durch Aufwandsentschädigungen, Geburtstags- oder Weihnachtsgeschenke, Feiern und Feste und die Ausstellung von Tätigkeits- oder Weiterbildungsnachweisen. Als Maßnahmen zur Rekrutierung von Ehrenamtlichen wurden „Zeitungsartikel“, „Empfehlungen“, „Pressemitteilungen“, „Mundpropaganda“, „Handzettel bei Ärzten oder Apotheken“, „Mundpropaganda und Zeitungsanzeigen mit Beschreibung des Profils“, „Werbung im Ortsverein“, „Akquisition durch Ehrenamtliche“, „ehemalige Mitarbeiter (Rente, Erziehungsurlaub)“ und „Kostenfreie Fortbildungen“ genannt.

---

<sup>50</sup> Der Rangkorrelationskoeffizient Spearman-Rho beträgt zwischen der Zahl der Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) und der Zahl der Klienten für das Jahr 2006 0,72 und ist auf einem Fehlerniveau von 1% hoch signifikant (ähnlich der Pearsonsche Korrelationskoeffizient). Angesichts durchweg eher nicht normal verteilter Daten werden hier i.d.R. nichtparametrische Verfahren angewandt.



Bei der Betrachtung der *Qualifikationen* der eingesetzten Mitarbeiter wird deutlich, dass die Pflegedienste in sehr unterschiedlichem Maße formell qualifizierte Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung in der Kranken- und Altenpflege oder weniger bis kaum qualifizierte Hilfskräfte einsetzen. Auch hier werden frühere Befunde bestätigt, wonach einige Dienste überwiegend oder sogar nur mit examinierten Kräften arbeiten, während andere wiederum vorwiegend angelernte Hilfskräfte ohne formelle Qualifikation oder Pflegeausbildung einsetzen (Roth 2001: 231). Die vorliegende Stichprobe der DRK-Dienste in Niedersachsen hatte im Mittel ca. 40-45% Fachkräfte im Einsatz, flankiert durch Pflegehelferinnen ohne Ausbildung, deren Anteil im Mittel bei ca. 37% lag (Tabelle 9). Der Rest entfällt auf Kranken- oder Altenpflegehelferinnen oder sonstige Qualifikationen. Damit liegen die Qualifikationsprofile der DRK-Dienste *unter* dem Bundesmittel der Pflegestatistik, die Ende 2003 im Mittel einen Anteil von 53,5% Fachkräften (Krankenschwester oder -pfleger sowie Altenpflegerin oder Altenpfleger und Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger) am gesamten Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) ausweist.<sup>51</sup> Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass bei der vorliegenden Auswertung lediglich eine Quote der Anzahl eingesetzter Beschäftigter errechnet werden konnte, ohne Einbezug der jeweiligen Beschäftigungsumfänge. Unter der Annahme, dass die qualifizierten Kräfte eher größere Beschäftigungsvolumina aufweisen als die Hilfskräfte, würde sich die Quote der DRK-Dienste beim Bezug auf Vollzeitäquivalente entsprechend verbessern.

**Tabelle 9: Qualifikation der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste (2006)**

| Lage- und Streuungsmaße | Beschäftigter mit akademischer Qualifikation | Examinierte Fachkräfte (3-jährige Ausbildung) | Krankenpflege- oder Altenpflegehelferinnen | Helferinnen ohne Ausbildung | sonstige Qualifikation |
|-------------------------|--|---|--|-----------------------------|------------------------|
| Anteile in Prozent      |  |   |  |                             |                        |
| Minimum                 | ,00  | 24,44   | ,00  | ,00                         | ,00                    |
| Quartil 25              | ,00  | 33,82   | ,00  | 24,70                       | ,00                    |
| Mittelwert              | 1,51   | 43,51   | 3,57                                       | 36,41                       | 3,57                   |
| Median                  | ,00  | 40,59   | 2,33                                       | 37,41                       | ,00                    |
| Quartil 75              | ,00  | 53,61   | 5,10                                       | 47,38                       | 4,35                   |
| Maximum                 | 20,00  | 76,47   | 18,18                                      | 79,17                       | 30,00                  |
| N                       | 24   | 24  | 24   | 24                          | 26                     |

Quelle: Eigene Erhebung

Hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche nimmt erwartungsgemäß die „Betreuung und Pflege“ mit meist 60-80% der Arbeitszeit in der Regel den größten Stellenwert bei den ambulanten Diensten ein (Tabelle 10). Etwa 10% der Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen entfällt auf die Pflegedienstleitung, der Rest entfällt auf Verwaltung, Hauswirtschaft oder

<sup>51</sup> Eigene Berechnungen nach Pflegestatistik 2003, S. 15.

Sonstiges (je ca. 5-8%). Zwar ist davon auszugehen, dass die Pflegedienstleitung nicht nur Leitungsaufgaben oder administrative Funktionen ausübt und mehr oder weniger stark auch in der Pflege und Betreuung tätig ist, jedoch scheint der Anteil des Leitungspersonals zusammen mit dem für Verwaltung auch im Vergleich zu den Mittelwerten in Deutschland (laut Pflegestatistik arbeiten Ende 2003 6,4% als Pflegedienstleistung und 5,2% im Bereich Verwaltung oder Geschäftsführung) insgesamt eher hoch. Bezahlt wird das Personal im Übrigen bei 75% der Dienste nach einem Tarifvertrag, 11% arbeiten auf Honorarbasis und 14% werden nach anderen Modalitäten bezahlt.

**Tabelle 10: Personalanteile ambulanter Dienste nach Arbeitsbereichen**

| Lage- u. Streuungsmaße | Anteile Arbeitszeit an Arbeitszeit gesamt nach Bereichen in Prozent |                      |                |            |           |
|------------------------|---|----------------------|----------------|------------|-----------|
|                        | PDL   | Pflege und Betreuung | Hauswirtschaft | Verwaltung | Sonstiges |
| Minimum                | 4,67  | 36,61                | ,00            | 1,12       | ,00       |
| Quartil 25             | 6,46  | 59,29                | ,00            | 4,25       | ,00       |
| Mittelwert             | 9,85  | 68,25                | 8,00           | 6,35       | 7,25      |
| Median                 | 7,52  | 70,94                | 2,17           | 5,85       | 4,70      |
| Quartil 75             | 10,47   | 81,17                | 10,70          | 7,68       | 13,53     |
| Maximum                | 50,06   | 88,29                | 36,35          | 19,06      | 28,64     |
| N                      | 27  | 27                   | 28             | 27         | 27        |

Quelle: Eigene Erhebung

Die *Tourenplanung* der Pflegedienste wird zu 30% durch ein eingekauftes EDV System oder Programm organisiert. Dabei wurden viermal das Programm MediFox, viermal BOS+S, einmal Hycar, einmal Mikos und einmal Vivendi (Connex) genannt. 48% der Pflegedienste arbeiten jedoch mit einem eigenen EDV-System (z.B. mit Excel), 11% organisieren die Tourenplanung noch nach einem schriftlichen System.

Die *Pflegedokumentation* wird zu 26% durch ein eingekauftes EDV System oder Programm organisiert. Dabei wurde dreimal „MediFox“ genannt, einmal „Buchner“ und einmal „DAN-Produkte“. Nach einem eigenen EDV-System arbeiten 11% der Pflegedienste und die Mehrheit, nämlich 59% gehen nach einem eigenen schriftlichen System vor.

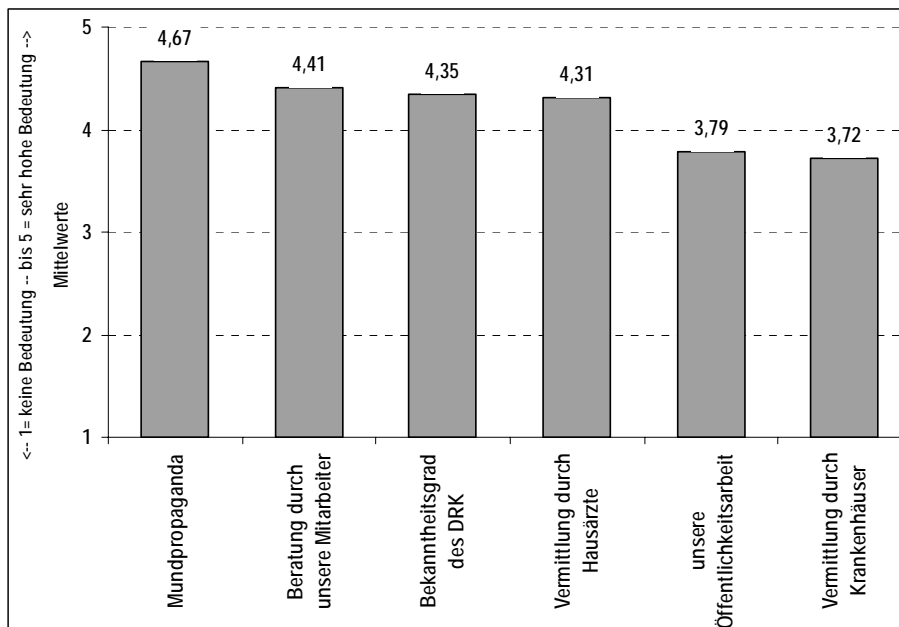
Um festzustellen, inwieweit die ambulanten Dienste bereit sind, ihr Handeln verbessern zu wollen, wurde auch nach einer *Teilnahme an Betriebsvergleichen oder Benchmarking* gefragt. An diesen nehmen nach eigenen Angaben 65,4% der Pflegedienste teil, 11,5% planen eine Teilnahme.

### 3.3. Öffentlichkeitsarbeit

Zur Einschätzung der Öffentlichkeitsarbeit der Pflegedienste wurde zunächst gefragt: „Was glauben Sie: Wie sind Ihre Klienten auf Sie aufmerksam geworden?“ Dabei er-

folgte die Einschätzung wiederum auf einer Rangskala von 1 für „spielt keine Rolle“ bis 5 für „spielt eine sehr wichtige Rolle“. Unter den wenig streuenden Antworten – fast alle Antwortmöglichkeiten wurden im Mittel als sehr wichtig bis wichtig eingeschätzt – wurde die Bedeutung der ‚Mundpropaganda‘ am größten eingeschätzt, nur etwas dahinter folgen die Beratung durch die eigenen Mitarbeiter und die Wirkung der Bekanntheit des DRK, dann die Vermittlung durch Hausärzte. Trotz hoher Werte folgen mit etwas geringeren Einschätzungen der Bedeutung für die Rekrutierung von Klienten die generelle eigene Öffentlichkeitsarbeit und die Vermittlung durch Krankenhäuser. Insofern fällt auf, dass die eigene aktive Werbung durch die Öffentlichkeitsarbeit nicht als besonders effektiv eingeschätzt wird. Zwar trauen die antwortenden Pflegedienste ihren Mitarbeitern in hohem Maße zu, neue Klienten zu generieren, allerdings dürften hier keine direkten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit gemeint sein.

**Abbildung 8: Antworten zur Frage: "Was glauben Sie: Wie sind Ihre Klienten auf Ihren Dienst aufmerksam geworden?"**

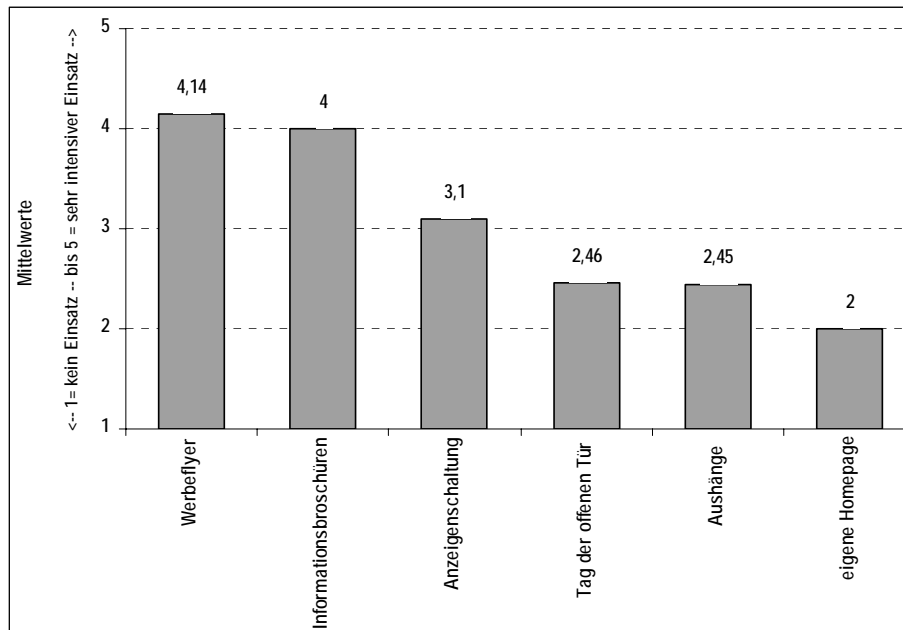


Quelle: Eigene Erhebung

In einer zweiten Frage wurde ermittelt, welche Mittel der Öffentlichkeitsarbeit tatsächlich eingesetzt werden und wie intensiv das jeweils geschieht. Eine 1 bedeutete dabei jeweils „das Mittel der Öffentlichkeitsarbeit wird nicht eingesetzt“ und eine 5, „das Mittel der Öffentlichkeitsarbeit wird sehr intensiv eingesetzt“. Es zeigte sich, dass insbesondere Werbeflugblätter, Informationsbroschüren und das Schalten von Anzeigen als Mittel der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden. Übrige Methoden werden eher selten genutzt. Offenbar schätzen die Pflegedienste die Wirksamkeit entsprechender Mittel eher als gering ein. Insgesamt fällt auf, dass die Einschätzungen der Intensität der durchgeführten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zwar hoch sind, aber nicht ganz

so hoch, wie vielleicht für diese ‚Standardmaßnahmen‘ zu erwarten wäre. Insofern passen dazu die zuvor genannten Einschätzungen, wonach insbesondere der direkten persönlichen Ansprache und Vermittlung in der Kundengewinnung eine überragende Bedeutung zugemessen wird, so dass auch die Relevanz der eigenen Öffentlichkeitsarbeit – zumal im Vertrauen auf die Bekanntheit und Anziehungskraft der ‚Marke‘ DRK – zurückzutreten scheint.

**Abbildung 9: Eingesetzte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit**



Quelle: Eigene Erhebung

Inwiefern eine sehr aktive allgemeine Öffentlichkeitsarbeit auch tatsächlich effektiv für die Kundengewinnung ist, kann hier aber nicht gesagt werden. So muss aber wohl insgesamt angenommen werden, dass die rechtzeitige aktive und umfassende rationale Information über unterschiedliche Angebote und Leistungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen eher selten ist. Letztere sind real meist in erster Linie die konkret nach Hilfen Suchenden und in hohem Maße auch Entscheidungsträger bei Pflegearrangements und müssen infolgedessen auch beworben werden. In der Regel dominieren bei der Suche nach Hilfen nahe liegende oder ‚brauchbar‘ erscheinende, eher beliebige oder gar zufällige Auswahlentscheidungen im Sinne einer sehr unvollständigen Rationalität (vgl. Roth 2001: 128 ff.). Angesichts der nur sehr geringen Bereitschaft, den einmal ausgewählten Pflegedienst zu wechseln (vgl. Roth ebd.), muss die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit in diesem Zusammenhang unterstrichen werden. Andererseits muss aber darauf hingewiesen werden, dass sich bei der Öffentlichkeitsarbeit der Kurzschluss zwischen Maßnahmen oder Kampagnen und direktem kurzfristigem Erfolg verbietet, so dass die Effektivität von Öffentlichkeitsarbeit und strategischem Marketing auf längere Sicht angelegt sein sollte und auch nur danach beurteilt werden kann.

Auch im Anschluss dieser Frage hatten die ambulanten Dienste die Möglichkeit, eigene zusätzliche Angaben zur Öffentlichkeitsarbeit zu machen. Dabei wurden als weitere Mittel genannt:

- Werbung durch eingesetzte Dienstfahrzeuge, etwa durch aufgeklebte Logos.
- Präsenz auf Messen und weiteren öffentlichen Veranstaltungen
- Vorstellung bei Organisationen und Vereinen
- Festlichkeiten für Patienten und Angehörige (z.B. Weihnachtsfeier oder Sommerfest)
- andere Publikationen, wie eigene Zeitungen oder ‚Newsletter‘.

Bei der Frage, wie intensiv die Pflegedienste sich bemühen, losgelöst von sozialstaatlichen Leistungen Selbstzahler anzuwerben, antwortete die Pflegedienste mit einer durchschnittlichen Einschätzung von 3,2, was bedeutet, dass die Bemühung um Selbstzahler als nicht so bedeutend eingestuft wird. In einer folgenden offenen Frage wurde den Pflegediensten die Möglichkeit gegeben, Gründe für die gegebenenfalls geringen Bemühungen um Selbstzahler anzugeben. Häufig wurde dazu die geringe Zahlungsbereitschaft Angehöriger und Pflegebedürftiger angeführt: Hier wird noch immer eine Art „kostenloser Service“ erwartet. Verstärkt werde diese Erwartungshaltung durch den gemeinnützigen Charakter der DRK-Dienste. Zuletzt wünschen sich einige Pflegedienste aber auch mehr Unterstützung des Landesverbandes in der Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von Schulungen hinsichtlich einer guten Qualität. Häufig wird jedoch im Übrigen auch Zeitmangel als Grund für eine eher geringfügige Intensität der Öffentlichkeitsarbeit genannt.

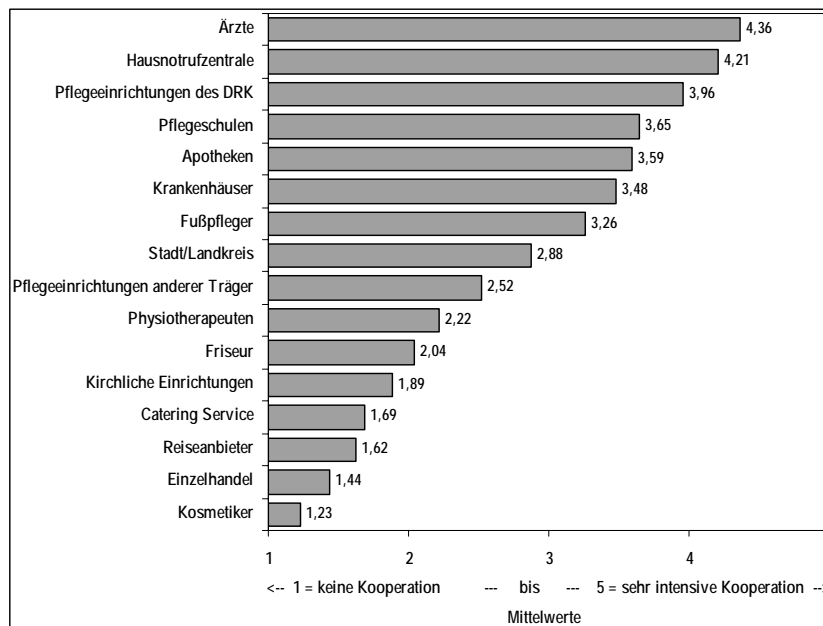
### **3.4. Kooperationen**

Um bestehende Kooperationen der Pflegedienste zu ermitteln, wurde gefragt: „Mit welchen Personen oder Institutionen arbeiten Sie zusammen? Eine Zusammenarbeit kann sowohl ein reiner fachlicher Austausch, als auch eine intensivere Kooperation darstellen.“ Die Intensität sollte wieder auf einer Skala von 1-5 bewertet werden, wobei eine 1 bedeutete, dass „keine Zusammenarbeit“ und 5 eine „sehr intensive Zusammenarbeit“ besteht. Die Auswertung zeigt, dass Kooperationen hauptsächlich mit nahe stehenden Berufsgruppen oder Organisationen wie Ärzten, Pflegeschulen und Hausnotrufzentralen bestehen, aber auch, dass in hohem Maße mit anderen Pflegediensten des DRK Kontakt gepflegt wird. Kooperationen mit weiteren Diensten, die das Angebot der Pflegedienste ausweiten könnten, werden nur in sehr geringem Maße wahrgenommen. Dazu gehören Kooperationen mit Physiotherapeuten, Friseuren und Einzelhandel.

Um weitere, im Fragebogen nicht genannte, Kooperationen zu erfassen wurde in einer offenen Frage um weitere Angaben gebeten. Dabei wurden Kooperationen mit regionalen Pflegenetzwerken, Wohnungsbaugesellschaften, Sanitätshäusern, Pflegeüberlei-

tung in Kliniken, stationäre Alteneinrichtungen, Krankenpflegeschulen und die Aids-Hilfe genannt. Weiterhin konnte angegeben werden, welche Kooperationen für die Zukunft geplant seien. Hier wurden mehrfach Palliativdienste bzw. -beratungsstellen und Krankenhäuser genannt, außerdem Apotheken, Krankenkassen, Pflegeheime und Fußpflegeanbieter.

**Abbildung 10: Einschätzungen zur Intensität der Zusammenarbeit von DRK-Pflegediensten mit Personen oder Institutionen**



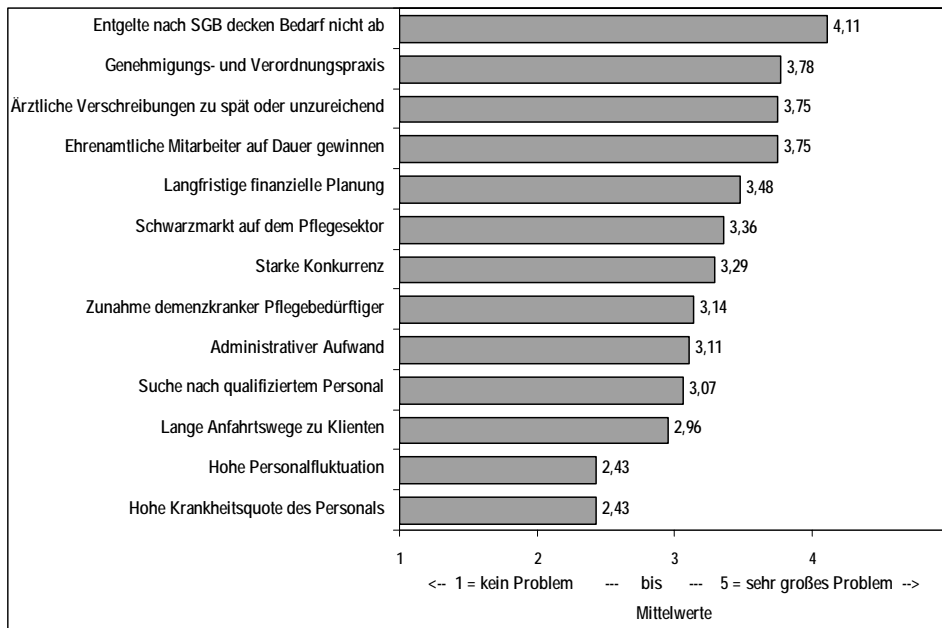
Quelle: Eigene Erhebung

### 3.5. Einschätzungen der Dienste zu Schwierigkeiten

Hier wurde ermittelt in welchen Bereichen die Pflegedienste für Ihr Unternehmen Schwierigkeiten und Probleme sehen. Wiederum sollten Antwortvorgaben auf einer Skala von 1 bis 5 bewertet werden. Eine 1 bedeutete, der abgefragte Bereich stellt für den Pflegedienst *keine Schwierigkeit* dar, eine 5, er stellt eine *sehr große Schwierigkeit* dar. Mit den Werten dazwischen konnte wieder abgestuft werden. Darüber hinaus war Raum für weitere Angaben.

Deutlich wurde an den nachfolgend aufgezeigten Antworten, dass lediglich die Probleme „Personalfuktuation“ und „hohe Krankheitsquote“ als nicht gravierend angesehen werden. Als besonders vordringlich werden dagegen die Restriktionen erlebt, die durch die Pflegeversicherung sowie Pflege- und Krankenkassen oder die Verschreibungspraxis von Ärzten verursacht werden. Diese Felder stellen für die Dienste in der eigenen Wahrnehmung ein größeres Problem dar als etwa die Konkurrenz mit anderen Pflegediensten oder der administrative Aufwand.

**Abbildung 11: Antworten zur Frage: „In welchen Bereichen sehen Sie für Ihren Sozialdienst Schwierigkeiten oder Probleme?“**



Quelle: Eigene Erhebung

In einer anschließenden Möglichkeit, weitere Probleme anzugeben oder weitere Erläuterungen zu den gemachten Angaben zu anzubringen, stellte sich heraus, dass besonders wiederum das Abrechnungsverfahren nach dem SGB bemängelt wird. Zum einen seien die Vergütungen nach dem SGB generell zu niedrig ausgelegt. Hinzu kämen Leistungen, die häufig von den Pflegediensten erbracht werden müssten, jedoch nicht über das SGB beglichen werden könnten. Außerdem werden die langen Wartezeiten bis zur Einstufung durch das MDK bemängelt, zudem sei das derzeitige Genehmigungsverfahren der Kostenträger als zunehmend regressiv zu bezeichnen.

Auffällig an diesen Antworten ist, dass Schwierigkeiten mit Klienten oder Kunden oder mit deren Erwartungen oder Zahlungsbereitschaft hier auch bei den offenen Angaben nicht genannt werden. Aber auch im Zusammenhang mit der Vorrangigkeit des Problemempfindens hinsichtlich der öffentlichen Finanzierung von Sozialleistungen wird deutlich, dass die Beschäftigten der Pflegedienste nach wie vor stark in den Strukturen einer öffentlichen Vollkostendeckung denken. Die Möglichkeit, die real – dank nicht erhöhter Vergütungen und weiter steigenden Kosten – sinkenden Finanzvolumina nach dem SGB durch private Kostenerstattung auszugleichen, bleibt ausgeblendet und wird noch nicht einmal erwähnt. Eventuelle dahingehende Beschränkungen (weil Klienten keine Zahlungsbereitschaft aufweisen oder sozialrechtliche Begrenzungen bestehen) werden ebenso noch nicht einmal erwähnt. Entsprechend dominieren in der Regel in der Praxis ambulanter Dienste im Falle der seit Jahren erfolgenden realen Kürzungen von Leistungen nach dem SGB passive und restriktive Anpassungsmaßnahmen, die vor allem beim Personal und beim Klientel ansetzen (Verkürzung von Pflegezeiten,

Ausschöpfen von Effizienzreserven) anstelle offensiv andere Finanzierungsquellen auch nur zu versuchen zu erschließen – wobei der Erfolg solcher Versuche an dieser Stelle natürlich noch dahingestellt ist.

### **3.6. Zu ökonomischen Bedingungen**

#### **3.6.1. Entwicklungen von Erlösen minus Kosten**

Die Entwicklung der wirtschaftlichen Ertragslage stellt sich nach den Antworten der Pflegedienste, soweit diese zu diesem ‚sensiblen‘ Thema vorlagen und wiederum plausibel erschienen, insgesamt sehr unterschiedlich dar – unter insgesamt *relativ ähnlichen* Rahmenbedingungen (vgl. Tabelle 11).<sup>52</sup> Die ökonomischen Rahmenbedingungen sind aufgrund der Dominanz der Erlöse nach dem SGB und den in diesem Bereich in der Regel per landesweiten kollektiven Vereinbarungen festgelegten Bedingungen weitgehend einheitlich, trotzdem im einzelnen natürlich auch unterschiedliche Bedingungen gegeben sein können.

Im Jahr 2005 sind 13 Dienste von 22 in der ‚Gewinnzone‘ und neun haben einen *negativen* Saldo von Erträgen und Kosten (Abbildung 12 und Abbildung 13). Jedoch ist der Überschuss mit ca. 30-35 Tsd. € im Mittel der Dienste nicht sehr hoch, wenngleich die ‚Spitzenreiter‘ ca. 200 Tsd. € an jährlichen Überschüssen erzielten, dem aber jeweils verlustbringende Dienste in fast ähnlicher Größenordnung gegenüber stehen. Bei der Interpretation muss zudem berücksichtigt werden, dass die Stichprobe nicht sehr groß ist und die Datenqualität nicht abschließend beurteilt werden kann.

Über die Verwendung möglicher Überschüsse, kann hier nichts gesagt werden, das Postulat der Gemeinnützigkeit verbietet aber natürlich an sich ‚Gewinne‘, so dass Überschüsse wohl primär zum Ausgleich nicht kostendeckender sozialer Angebote in sonstigen Bereichen oder viell. als begrenzte Rückstellungen eingesetzt werden dürften. Ebenso wenig können hier Angaben zu den Quellen des Ausgleichs von Verlusten gemacht werden. Sofern im Folgenden also vereinfachend von ‚Gewinnen‘ gesprochen wird, sind immer nur Überschüsse der Erlöse über die Kosten gemeint, ohne etwas über die Verwendung auszusagen.

---

<sup>52</sup> Der separat abgefragte Gewinn oder Verlust im Rahmen von Bilanzdaten wird hier nicht ausgewiesen, weil die Angaben dazu nicht immer zuverlässig schienen, etwa weil die Ausweisung von Rückstellungen unplausibel schienen.

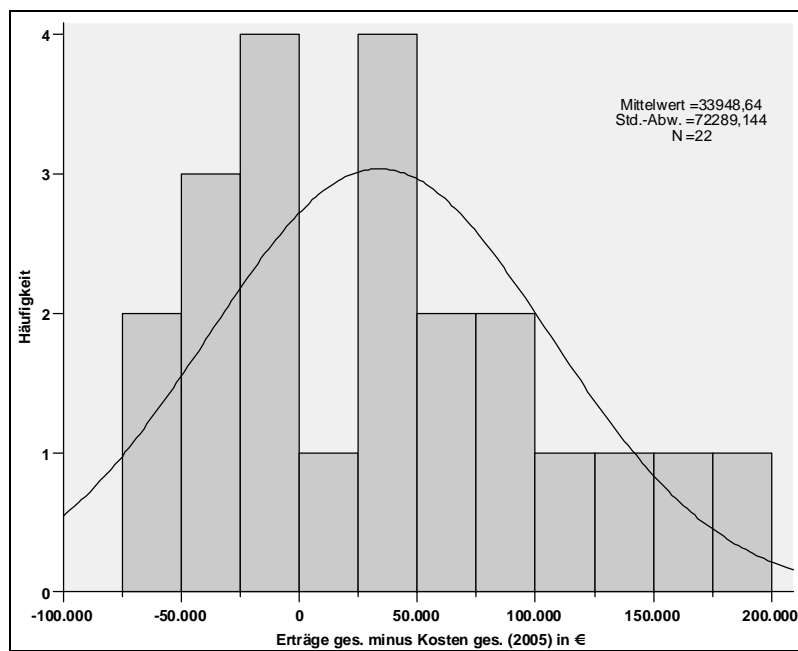


**Tabelle 11: Erlöse minus Kosten bei ambulanten Diensten in €(2003-2005)**

| Lage- u.<br>Streuungsmaße | Erträge minus Kosten ges. in € |          |         |                      |
|---------------------------|--------------------------------|----------|---------|----------------------|
|                           | 2003                           | 2004     | 2005    | 2003-2005<br>(Saldo) |
| Minimum                   | -105.414                       | -159.521 | -74.742 | -197.927             |
| Quartil 25                | -25.884                        | -6.958   | -25.795 | -72.876              |
| Median                    | 1.297                          | 35.158   | 29.165  | -70.985              |
| Mittelwert                | 16.998                         | 33.445   | 33.949  | 87.569               |
| Quartil 75                | 46.749                         | 71.504   | 81.065  | 217.523              |
| Maximum                   | 226.188                        | 222.108  | 182.596 | 612.099              |
| Gültige Fälle (N)         | 21                             | 22       | 22      | 20                   |
| Fehlend (N)               | 8                              | 7        | 7       | 9                    |

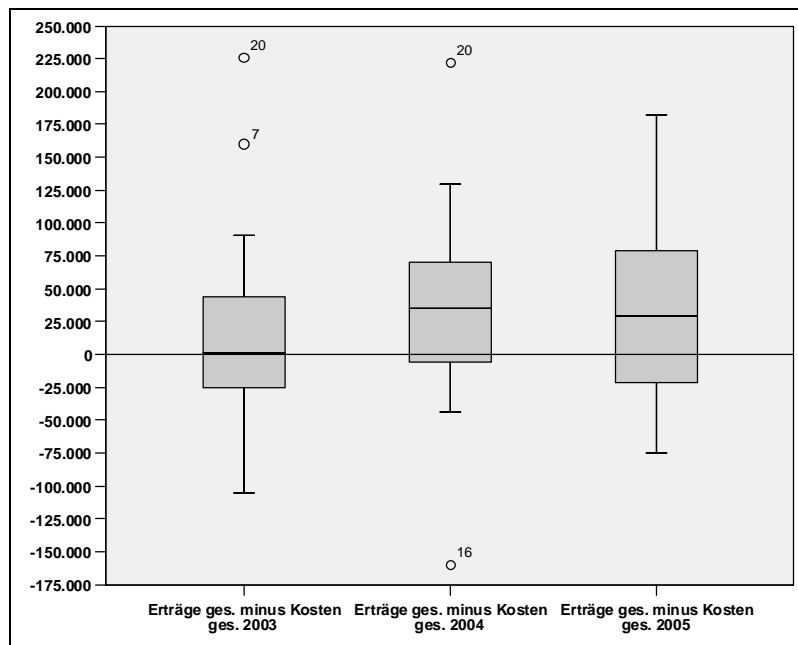
Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 12: Erlöse minus Kosten bei ambulanten Diensten (2005)**



Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 13: Streuung der Erlöse minus Kosten ambulanter Dienste (2003-2005) in €**



Erläuterung: Im Kastendiagramm werden Median (Strich in der Mitte des Kastens) und Interquartilbereich zwischen dem 25. u. 75. Quartil (Kastenslänge) angezeigt. Ferner werden Ausreißer (Fälle mit Werten, die zwischen 1,5 und 3 Boxlängen vom oberen oder unteren Rand der Box entfernt sind) und Extremfälle (Fälle mit Werten, die mehr als 3 Balkenlängen von der oberen oder unteren Kante des Balkens entfernt sind) angezeigt.

Quelle: Eigene Erhebung

Der Blick auf die **Veränderungen der Ertragslage** der ambulanten Dienste in den Jahren 2003 bis 2005 unterstreicht das bisher Gesagte (Tabelle 12, Abbildung 14). Die Differenz des Saldos von Erlösen minus Kosten zu jenen des jeweils vorherigen Jahres ergibt jeweils überwiegend eher eine positive ‚Gewinnentwicklung‘. Die Differenz der ‚Gewinne‘ des Jahres 2005 zu jenen im Jahr 2003 ergibt im Mittel der Dienste einen positiven Saldo von ca. 20 Tsd. €. Allerdings hatten immerhin 8 von 20 Diensten im Jahr 2005 eine schlechtere Ertragsbilanz als im Jahr 2003 (Abbildung 14).

Entsprechend überwiegend positiv ist deshalb im Untersuchungszeitraum auch die *relative* Veränderung des Saldos von Erlösen minus Kosten gegenüber dem Vorjahr. Zwischen 2003 und 2004 erzielten die in der Stichprobe vertretenen Dienste eine Steigerung ihrer Überschüsse in Höhe von im Median 44%, von 2004 auf 2005 nur um 0,5% (Median), jeweils gegenüber dem Ausgangswert. Zwar gab es hier zum Teil sehr große prozentuale Veränderungen gegenüber dem Vorjahr, die allerdings auch aufgrund der zum Teil sehr kleinen Beträge überhaupt zustande kamen und deshalb nicht überinterpretiert werden dürfen. Insgesamt ergaben sich nämlich nur bei wenigen Fällen sprunghafte Veränderungen des Saldos von Erlösen minus Kosten. In der Tendenz gilt der Zusammenhang, dass wenn ein Dienst im Jahr 2003 Überschüsse (oder Verluste) aufwies, hatte er mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch im Jahr 2005 eine mehr

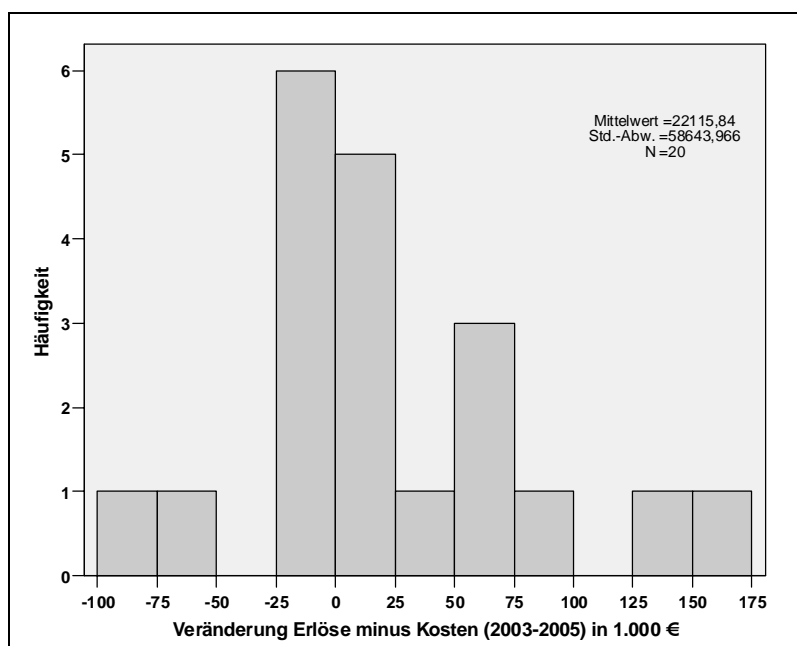
oder weniger positive (oder negative) Ertragslage<sup>53</sup> (zu dieser ‚Pfadabhängigkeit‘ der ökonomischen Entwicklung wird unten noch mehr zu sagen sein).

**Tabelle 12: Differenz der Erlöse minus Kosten geg. Vorjahr (2003-2005)**

| Lage- u. Streuungsmaße | Differenz Erlöse minus Kosten geg. Vorjahr in € |           |           |
|------------------------|---|-----------|-----------|
|                        | 2003-2004                                       | 2004-2005 | 2003-2005 |
| Minimum                | -134,406  | -58,304   | -81,103   |
| Quartil 25             | -9,358  | -20,769   | -15,184   |
| Median                 | 14,709  | -301      | 17,100    |
| Mittelwert             | 12,568  | 8,944     | 22,116    |
| Quartil 75             | 42,029  | 22,206    | 53,467    |
| Maximum                | 135,451   | 164,778   | 152,802   |
| Gültige Fälle (N)      | 20  | 21        | 20        |
| Fehlend (N)            | 9   | 8         | 9         |

Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 14: Veränderung der Erlöse minus Kosten bei ambulanten Diensten (2003-2005)**



Quelle: Eigene Erhebung

Neben Erträgen, Kosten und Gewinnzahlen wurden weitere wirtschaftliche Daten aus unterschiedlichen Bereichen abgefragt, um *wirtschaftliche Kennzahlen* errechnen zu können. Angegeben werden sollten Rückstellungen, Eigenkapital, Anlagevermögen, Umlaufvermögen und Kurzfristige Verbindlichkeiten. Bei dieser Frage wurde jedoch nur

<sup>53</sup> Korrelation nach Spearman-Rho=0,808, signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von < 1%.

von neun Diensten einige, jedoch nicht vollständige Angaben gemacht. Lediglich zum Umlaufvermögen und zu den Kurzfristigen Verbindlichkeiten nannten die Verantwortlichen Zahlen, so dass das durchschnittliche ‚*Working Capital*‘ für diese Betriebe errechnet werden konnte. Das Working Capital ergibt sich aus der Differenz von Umlaufvermögen und kurzfristigen Verbindlichkeiten. Je höher das Working Capital, desto höher ist die Liquidität und Beweglichkeit des Unternehmens. Die überwiegend positiven Ergebnisse der Dienste in dieser allerdings vermutlich positiv verzerrten Kleinststichprobe mit im Mittel jeweils ca. 100 bis 200 Tsd. € an Working Capital machen deutlich, dass ein Teil des Umlaufvermögens mit langfristig zur Verfügung stehendem Kapital finanziert wird. Bei diesen Diensten ist somit nicht damit zu rechnen, dass rasch Liquiditätsschwierigkeiten auftreten werden, was aber keineswegs als repräsentatives Bild für die DRK-Dienste gelten kann. Entsprechend positiv betrachten diese Dienste auch ihre ökonomische Lage und beantworten dementsprechend z.B. die Frage, inwiefern ihr Dienst in seiner ökonomischen Lage gefährdet sei, mit ‚Nein‘.<sup>54</sup>

Die *ökonomische Selbsteinschätzung* der Verantwortlichen der befragten Dienste ist insgesamt überwiegend eher positiv bis zurückhaltend optimistisch: 11 Antworten lauten auf die Frage, ob Ihre Einrichtung insgesamt gewinnbringend, kostendeckend oder mit Verlust arbeite, mit „gewinnbringend“, jeweils 8 Dienste sagen „kostendeckend“ oder der Dienst arbeite „mit Verlust“. Insgesamt antworten aber gleichzeitig auch 14 Dienste auf die Frage „Sehen Sie ihren Dienst in seiner ökonomischen Existenz gefährdet“, mit „Ja“, 13 antworteten mit ‚Nein‘.

Interessant ist die Frage, inwiefern diese Selbsteinschätzung der ökonomischen Lage, auch mit ‚harten Daten‘ wie den erzielten Gewinnen oder Verlusten einher geht, hier als Saldo von Erlösen und Kosten, ohne etwaige Rückstellungen etc. zu berücksichtigen. Dabei fällt auf, dass zwar grundsätzlich der erwartete statistisch signifikante Zusammenhang zwischen objektiven ökonomischen Daten (Erträge minus Kosten) und subjektiven Einschätzungen der Lage besteht,<sup>55</sup> dass aber auch einige interessante Abweichungen hiervon auftreten (Abbildung 15): Zunächst fallen viele Fälle auf, deren Selbsteinschätzungen offenbar viel zurückhaltender oder kritischer ausfallen als es der realen Lage von Erlösen minus Kosten entspräche (sowohl für den in der Abbildung gezeigten Gesamtsaldo 2003-2005 als auch nur bezogen auf die Ertragslage des Jahres 2005). Dieses ‚Understatement‘ könnte einem kaufmännischen Habitus und strategischer Zurückhaltung oder auch dem der Gemeinnützigkeit geschuldet sein, vielleicht auch der in dem Sektor verbreiteten (und ja auch durchaus, wenn auch nicht immer, berechtigten) ‚Rhetorik der Knappheit‘ entsprechen. Umgekehrt gibt es aber auch sol-

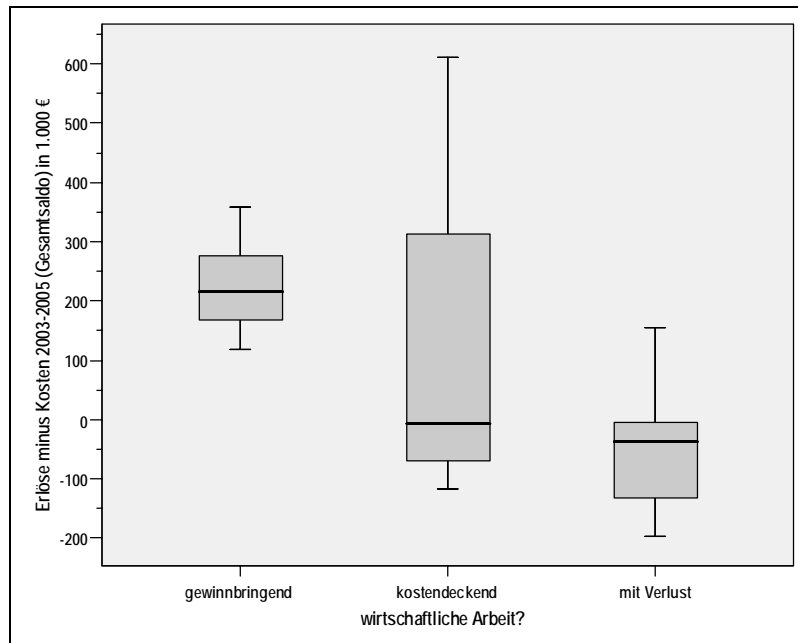
---

<sup>54</sup> Die Variablen sind stark korreliert: Spearman-Rho = 0.7, signifikant auf dem 5%-Niveau, d.h. beim Zurückweisen der Nullhypothese (kein Zusammenhang zwischen den Variablen) liegt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 5% vor.

<sup>55</sup> Kruskal-Wallis-Test für n-unabhängige Stichproben und Mediantest sind für beide abhängigen Variablen (Erlöse minus Kosten ges. 2003-2005 und Erlöse minus Kosten 2005) auf einem Fehler-niveau von unter 2% signifikant, d.h. die Irrtumswahrscheinlichkeit für das Zurückweisen der Nullhypothese (kein Zusammenhang) liegt unter 2%.

che Dienste, die offenbar dauerhaft mehr Kosten als Erlöse aufweisen und die dennoch angeben, sie arbeiteten ‚kostendeckend‘ (sowohl insgesamt im Zeitraum 2003-2005 wie abgebildet, aber auch nur bezogen auf das Jahr 2005).

**Abbildung 15: Gesamtsaldo Erträge minus Kosten (2003-2005) und Einschätzungen der ökonomischen Lage bei ambulanten Diensten**

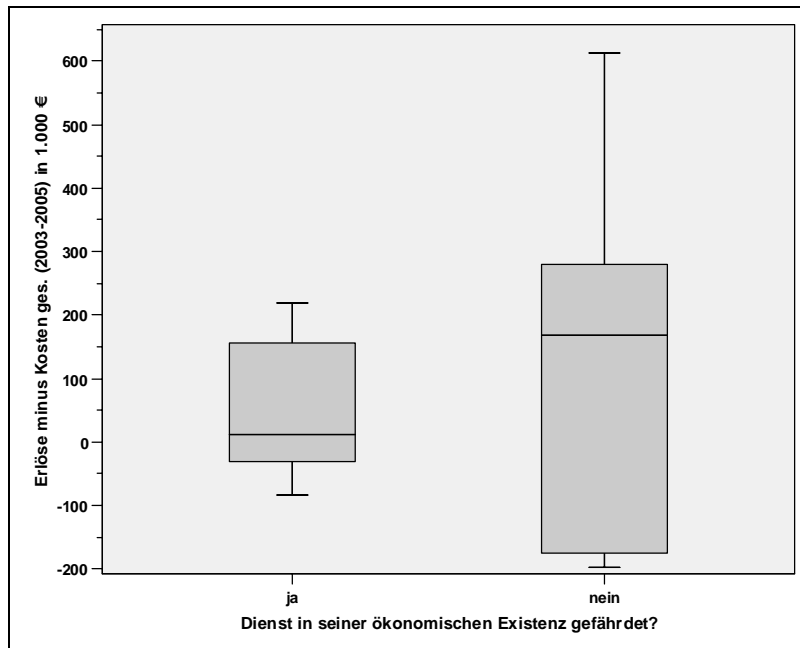


Quelle: Eigene Erhebung

Noch stärker wird die Diskrepanz der eigenen Einschätzungen der Dienste zu den ‚harten ökonomischen Fakten‘, wenn die Antworten auf die Frage „Sehen Sie Ihren Dienst in seiner ökonomischen Existenz gefährdet?“ einbezogen werden. Dienste, die eine ökonomische Gefährdung sehen, weisen gegenüber jenen, die keine solche Gefährdung sehen, *keine* signifikanten Unterschiede bei den Daten zur Ertragslage auf bei einem Vergleich des Saldos von Erlösen minus Kosten von 2003 bis 2005 (Abbildung 16). Eine eher schwach signifikante Differenz<sup>56</sup> entsteht nur, wenn man die beiden Gruppen hinsichtlich der Ertragslage im Jahr 2005 vergleicht (Abbildung 17). Dabei zeigt die Abbildung aber wiederum, dass erneut einige Dienste – trotz negativer oder schmäler Gesamtertragslage im Jahr 2005 – für sich *keine* ökonomische Existenzgefährdung sehen, während andere in ähnlicher oder besserer Ertragslage die ökonomische Existenz eher kritisch sehen.

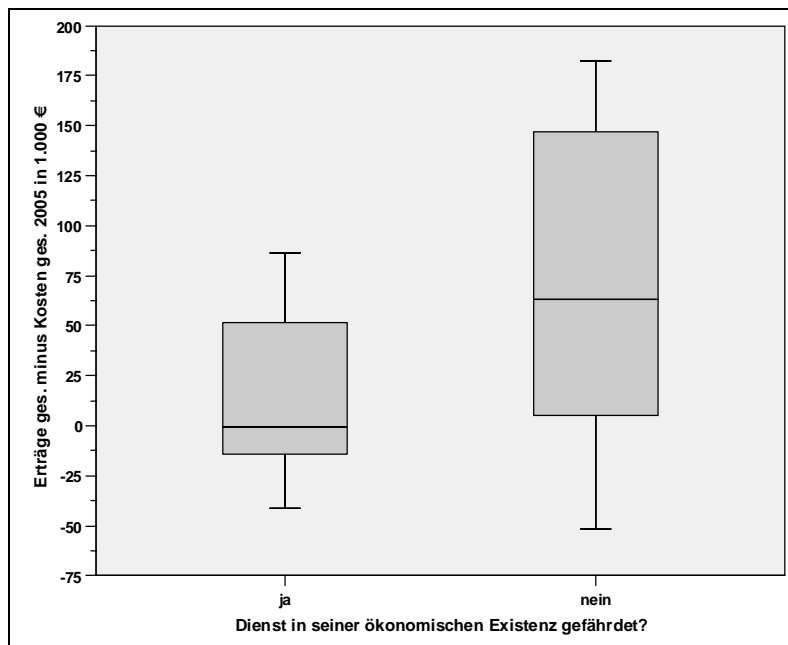
<sup>56</sup> Mann-Whitney-U-Test liefert die Signifikanz von 0,099, d.h. beim Zurückweisen der Nullhypothese (es besteht kein Unterschied der Ertragslage zwischen den beiden Gruppen) liegt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 10% vor.

**Abbildung 16: Erlöse minus Kosten ges. (2003-2005) und Einschätzung der ökonomischen Lage ambulanter Dienste (08/2006)**



Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 17: Ertragslage im Jahr 2005 und Einschätzung der ökonomischen Lage ambulanter Dienste (08/2006)**



Quelle: Eigene Erhebung

### 3.6.2. Entwicklungen der Erlöse

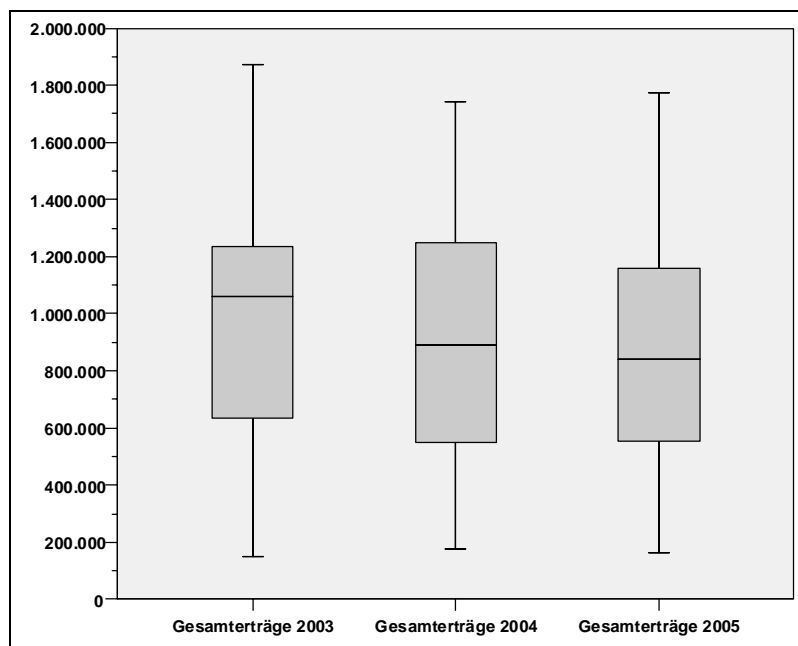
Bei den *Umsatzerlösen* oder Einnahmen zeigen sich die drastischen Unterschiede der ökonomischen Lage der ambulanten Dienste: Eher minimalen Umsätzen von unter 200 Tausend € pro Jahr stehen eher stattliche gegenüber, die bis an fast 2 Mio. € pro Jahr gehen (Tabelle 13, Abbildung 18).

**Tabelle 13: Erlöse oder Einnahmen ambulanter Pflegedienste (2003-2005)**

| Lage- u.<br>Streuungsmaße | Umsätze oder Erlöse ges. in € |           |           |
|---------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|
|                           | 2003                          | 2004      | 2005      |
| Minimum                   | 150.098                       | 176.353   | 161.313   |
| Quartil (25)              | 612.244                       | 497.639   | 545.284   |
| Mittelwert                | 966.343                       | 921.707   | 901.319   |
| Median                    | 1.058.409                     | 889.220   | 839.458   |
| Quartil (75)              | 1.239.890                     | 1.254.905 | 1.167.339 |
| Maximum                   | 1.871.943                     | 1.743.007 | 1.772.952 |
| Gültig (N)                | 22                            | 23        | 24        |
| Fehlend (N)               | 7                             | 6         | 5         |

Quelle: Eigene Erhebung

**Abbildung 18: Gesamterlöse ambulanter Dienste (2003-2005) in €**



Quelle: Eigene Erhebung

Bevor auf die sich an den vorstehenden Daten bereits abzeichnenden kritischen Veränderungen der Umsätze oder die Erlösentwicklung eingegangen wird, soll im Folgenden die *Zusammensetzung* der Gesamteinnahmen oder Umsatzerlöse aufgezeigt wer-

den. Hier kommt den Leistungsentgelten nach der Pflege- und Krankenversicherung die größte Bedeutung zu, trotzdem bei den Diensten auch diesbezüglich jeweils eine gewisse Varianz vorliegt (Tabelle 14).

Im Mittel entfallen auf Erlöse aus Leistungsentgelten nach dem SGB XI etwa ein Drittel bis die Hälfte der gesamten Umsätze, die Krankenversicherung deckt etwa 30-40% der Erträge, private Kostenerstattungen liefern dagegen meist *noch* einen eher geringen Anteil der Erlöse, im Mittel aber immerhin 10%. Daneben stellen verschiedene öffentliche Zuschüsse von Bund, Land und Kommunen sowie solche des DRK und private Spenden auch noch einen gewissen Anteil an den Erträgen der Dienste (im Mittel ca. 5%), Zahlungen der Sozialhilfe spielen nur eine unbedeutende Rolle, wenngleich diese wieder angestiegen sind.<sup>57</sup>

**Tabelle 14: Anteile ausgewählter Erlösquellen am Gesamtumsatz ambulanter Dienste (2005)**

| Lage- und Streuungsmaße | Anteile ausgewählter Erlöse an Gesamterlösen in Prozent |       |                          |   |             |
|-------------------------|---|-------|--------------------------|---|-------------|
|                         | SGB XI  | SGB V | Private Kostenerstattung | Zuschüsse und Spenden (öffentlich und privat) | Sozialhilfe |
| Minimum                 | 31,64   | 22,54 | 3,76                     | 3,07  | ,00         |
| Quartil 25              | 38,28   | 29,85 | 4,71                     | 3,94  | ,05         |
| Mittelwert              | 44,08   | 33,84 | 9,73                     | 5,47  | 1,10        |
| Median                  | 45,00   | 32,51 | 9,69                     | 4,59  | ,50         |
| Quartil 75              | 49,69   | 40,39 | 12,74                    | 7,64  | 1,38        |
| Maximum                 | 55,24   | 45,92 | 18,93                    | 10,33   | 6,18        |
| Gültige Fälle (N)       | 22  | 22    | 22                       | 16  | 18          |
| Fehlend (N)             | 7   | 7     | 7                        | 13  | 11          |

Fehlende sonstige Erträge umfassen noch ca. 5-9% der Gesamterträge.

Quelle: Eigene Erhebung

Die *Veränderung* der Einnahmen ist bei den ambulanten Diensten zwischen 2003 und 2005 wie bereits angedeutet überwiegend (bei 14 von 22) *negativ*. Im Mittel weisen die Dienste in diesem Zeitraum mehr oder weniger rückläufige Umsatzerlöse auf, mit einem Median der Differenz zwischen 2005 und 2003 von Minus 12 Tausend € und einem Mittelwert von fast 30 Tsd., wobei aber erhebliche Streuungen auftreten und einige Dienste ihre Umsätze auch stark verbessern konnten (Tabelle 15).

<sup>57</sup> Zuschüsse vom DRK erhielten 2003 zwölf, 2004 sieben und 2005 sechs Pflegedienste, Zuschüssen vom Bund erhielten in den Jahren 2003 bis 2005 jeweils zehn Pflegedienste, Zuschüsse vom Land erhielten 2003 und 2004 sieben und 2005 acht Pflegedienste, Zuschüsse vom Landkreis erhielten 2003 und 2005 jeweils 16 Pflegedienste, 2004 – 15 Pflegedienste und Zuschüsse von einer Stadt bzw. Gemeinde erhielten 2003-2005 jeweils vier Pflegedienste. Über die Jahre blieben diese Erträge relativ konstant bei insgesamt ca. 50-60 Tsd. € pro Dienst.



**Tabelle 15: Veränderung der Gesamtumsätze ambulanter Dienste (2003-2005)**

| Lage- und Streuungsmaße | Veränderung der Umsatzerlöse ges. in € |           |           |
|-------------------------|--|-----------|-----------|
|                         | 2003-2004                              | 2004-2005 | 2003-2005 |
| Minimum                 | -152,230                               | -191,547  | -295,489  |
| Quartil (25%)           | -69,952                                | -54,232   | -102,694  |
| Median                  | -24,611                                | -6,487    | -12,214   |
| Mittelwert              | -22,072                                | -6,237    | -29,715   |
| Quartil (75%)           | 21,506                                 | 24,700    | 5,170     |
| Maximum                 | 194,702                                | 392,431   | 397,942   |
| Gültige Fälle (N)       | 22                                     | 23        | 22        |
| Fehlend (N)             | 7                                      | 6         | 7         |

Quelle: Eigene Erhebung

Dem liegt offenbar zugrunde, dass die Erlöse aus den Leistungen nach SGB XI zwischen 2003 und 2005 bei den Pflegediensten überwiegend abnehmen, nur ein Viertel der Dienste kann die darauf aufbauenden Erlöse in diesem Zeitraum steigern. Ähnlich verhält es sich bei den Leistungen aus dem SGB V, wo sieben von zwanzig Diensten auf wachsende Umsätze aus dieser Quelle zurückblicken können. Beachtet werden muss an dieser Stelle, dass die Zahl der versorgten Klienten überwiegend eher *zu-* als *abnahm*. Hierbei muss aber beachtet werden, dass die pure Summe der versorgten Klienten natürlich nur unzureichend Auskunft über die reale Nachfragelage der Dienste gibt, wenngleich wiederum wie dargestellt die Zahl der Klienten durchaus stark und hoch signifikant mit der Zahl der eingesetzten Mitarbeiter und auch mit den Erlösen oder Umsätzen korreliert.<sup>58</sup> Insgesamt könnten aber auch Marktanteile verloren gegangen sein, trotz steigender Klientenzahlen, weil etwa eine Veränderung der Zusammensetzung der Klienten und Leistungsprofile im Hinblick auf leichter pflegebedürftige Klienten oder solche mit lediglich geringen Leistungen oder Kurzeinsätzen eingetreten sein könnte. Insofern kann über die Gründe für die insgesamt trotz steigender Klientenzahlen eher rückläufigen Erlöse – vor allem im Bereich SGB XI und SGB V – nur spekuliert werden. So berichten Pflegedienste (siehe 4 unten), dass zunehmend weniger Leistungen von den Kassen genehmigt und Anerkennung von Pflegebedürftigkeit bzw. Erhöhungen der Pflegestufen restriktiver erfolgen als in den vergangenen Jahren, andererseits gelang es eben auch einem Viertel der Pflegedienste, die Umsatzerlöse zwischen 2003 und 2005 zu steigern.

Zuletzt fällt bei der Struktur und Entwicklung der Erlöse der Pflegedienste auf, dass diese die Einnahmen durch private Kostenerstattung, die im Mittel der Dienste nur bei ca. 70 bis 80 Tsd. € (2005) lagen, nur in geringfügigem Maße steigern konnten, im Mittel stiegen diese zwischen 2003 und 2005 um ca. 2.500 € pro Dienst. Damit konnten insgesamt die Umsatzrückgänge bei den ‚Standardleistungen‘ eher nicht ausgeglichen

<sup>58</sup> Die Zahl der Klienten 2006 und die gesamten Umsatzerlöse 2005 korrelieren sehr stark: Spearman-Rho = 0,748, signifikant auf einem Fehlerniveau von 0,1%.

werden, zumal die dahingehenden Bemühungen und Erfolge sehr unterschiedlich waren. So gelang 9 von 20 Diensten zwischen 2003 und 2005 *keine* Ausweitung der Erlöse aus der privaten Kostenerstattung, während ein Viertel zwischen 2003 und 2005 insgesamt Steigerungen der Einnahmen aus dieser Quelle zwischen 15 bis 40 Tsd. € erzielen konnte.

### 3.6.3. Entwicklungen der Kosten

Trotz rückläufiger Entgelte bewirkte eine offenbar insgesamt sehr restriktive Kostenkontrolle, dass die *Gesamtkosten* der ambulanten Dienste zwischen 2003 und 2005 überwiegend mehr oder weniger deutlich gesenkt wurden (vgl. Tabelle 16), womit offenbar eine ja insgesamt eher positive Entwicklung bei Verlusten und Gewinnen erreicht wurde. Der Rückgang der Gesamtkosten betrug bei den in der Stichprobe vertretenen Diensten zwischen 2003 und 2004 im Mittel ca. 40-50 Tsd. € und zwischen 2004 und 2005 ca. 12-13 Tsd. €. Lediglich 5 von 19 Diensten verzeichneten zwischen 2003 und 2004 steigende Gesamtkosten, zwischen 2004 und 2005 waren es 6 von 20 Diensten, deren Kosten insgesamt stiegen. Bei der Interpretation dieser Daten und der Ableitung von Tendenzen muss aber wieder die Größe der Stichprobe berücksichtigt werden und der Zusammenhang mit anderen Kennzahlen gesehen werden, wobei im Einzelfall natürlich durchaus sehr unterschiedliche Hintergründe vorliegen können (z.B. Investitionen oder Ausweitungen des Angebotes usw.).<sup>59</sup>

**Tabelle 16: Veränderung der Gesamtkosten ambulanter Dienste (2003-2005)**

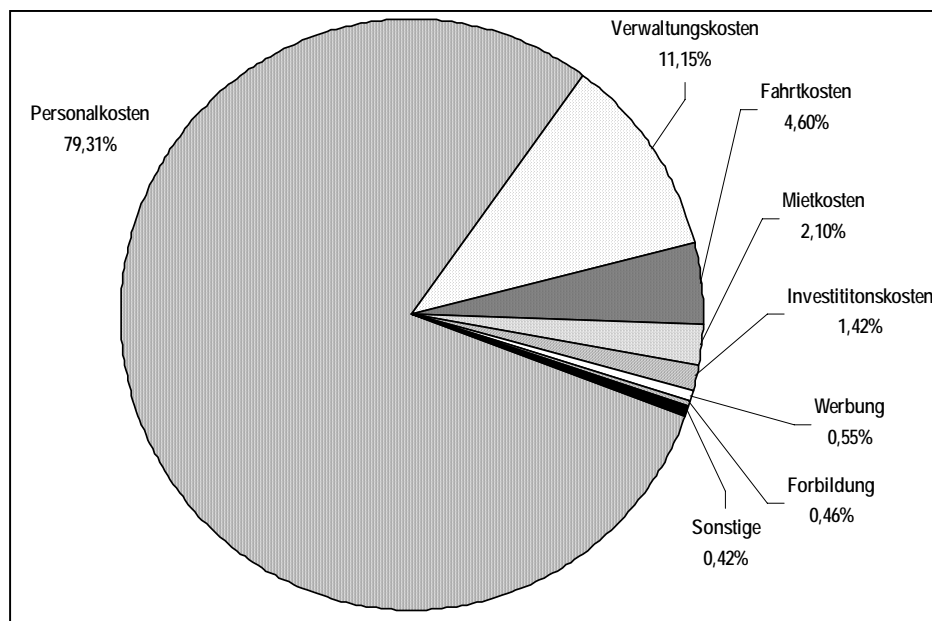
| Lage- und Streuungsmaße | Veränderung der Gesamtkosten ambulanter Dienste in € |           |           |
|-------------------------|--|-----------|-----------|
|                         | 2003-2004  | 2004-2005 | 2003-2005 |
| Minimum                 | -175.633   | -198.091  | -270.534  |
| Quartil (25 %)          | -123.136   | -75.916   | -133.731  |
| Mittelwert              | -43.513  | -12.573   | -58.212   |
| Median                  | -53.089  | -13.737   | -63.508   |
| Quartil (75 %)          | 2.057  | 16.605    | 6.092     |
| Maximum                 | 185.478  | 391.769   | 339.639   |
| Gültig (N)              | 19   | 20        | 19        |
| Fehlend (N)             | 10   | 9         | 10        |

Quelle: Eigene Erhebung

<sup>59</sup> Nicht erfasst wurde z.B. das Gründungsdatum der Dienste. Falls ein Dienst noch in der Gründungsphase wäre, könnte das die Ergebnisse etwas verzerren. Es ist aber nach Plausibilitätskontrollen anzunehmen, dass dieses, wenn überhaupt, nur bei sehr wenigen Diensten in der Stichprobe der Fall sein könnte. Zudem müssen hier die relativ geringen Investitionskosten berücksichtigt werden.

Betrachtet man die *Kostenstruktur*, nehmen die Ausgaben für Personal mit ca. 80% erwartungsgemäß den größten Anteil an den Gesamtkosten ein, wobei die Unterschiede der Anteile zwischen den Diensten nur zwischen 74 und 86 Prozent streuen. Darauf folgen mit großem Abstand die Aufwendungen für Verwaltung mit 11%, wobei hier zwar gewisse Streuungen auftreten, deren Varianz aber in auffälligem Zusammenhang (hoch signifikant korrelierend) mit der recht großen Streuung der Kostenanteile für ‚Sonstiges‘ stehen, d.h. hier traten bei den Diensten offenbar auch gewisse Zuordnungsprobleme auf. Weitere relevante Kosten sind Fahrtkosten, die im Mittel 4,6% ausmachen, bereits kaum mehr ins Gewicht fallen die anderen Kostenanteile, darunter auch die für Miete, Investitionen, Werbung und Marketing oder Fortbildung. Damit wird deutlich, wie reduziert die wirtschaftlichen Aktivitäten von Pflegediensten im Sinne ‚normaler Unternehmen‘ sind, wobei insbesondere die marginalen Ausgaben für Investitionen und Werbung auffallen und zu weiteren Untersuchungen Anlass geben könnten – etwa darüber, wie wirksam breit angelegte Marketingkampagnen und -strategien (etwa im Sinne von Franchising) in diesem Bereich sein könnten.

**Abbildung 19: Kostenstruktur ambulanter Dienste (Median, N=19) (2005)**



Quelle: Eigene Erhebung

Seit 2003 verringerten die Pflegedienste ihre Personalkosten von 2003 bis 2005 um im Mittel 7% gegenüber dem Ausgangswert, nur vier der 21 dazu antwortenden Dienste erhöhten diese. Die Personalkosten korrelieren in den Jahren mehr oder weniger stark mit der jeweils angegebenen Zahl betreuter Klienten.<sup>60</sup> Nur leicht, nämlich im Mittel um

<sup>60</sup> Der Rangkorrelationskoeffizient Spearman-Rho beträgt für 2005 0,695 bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,01.

ca. 2% geg. dem Ausgangswert von 2003, verminderten die ambulanten Dienste ihre Verwaltungskosten; indes verzeichnete aber die Hälfte der Dienste auch Steigerungen der Verwaltungskosten im Zeitraum von 2003 bis 2005. Auch die übrigen Kostenpunkte veränderten sich in ihrem Wert leicht im Laufe der Jahre, jedoch sind diese in ihrer Relevanz eher marginal. So scheint etwa der Stellenwert der Öffentlichkeitsarbeit etwas zuzunehmen und auch die Ausgaben für Werbe- und Marketingmittel sowie für Fortbildung haben sich teilweise erhöht, aber eben auf einem rudimentären Niveau.

#### 3.6.4. Hintergründe und wirtschaftliche Erfolgsfaktoren

Nachfolgend soll versucht werden, einige wirtschaftliche Erfolgsfaktoren ambulanter Dienste zu ermitteln, so weit das mit den vorliegenden Daten möglich ist. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass nur wenige Daten zu relevanten Parametern und diese in einer äußerst kleinen Stichprobe vorliegen. Zunächst fällt auf, dass auf der einen Seite eine Gruppe von Diensten steht, die in den Jahren 2003 bis 2005 insgesamt Überschüsse (Erlöse minus Kosten) aufweisen, auf der anderen Seite steht eine Gruppe der Dienste, die überwiegend mit Verlust arbeiten. Dabei wird eine bereits angesprochene überwiegend hohe **Kontinuität** oder ‚Pfadabhängigkeit‘ der ökonomischen Entwicklung deutlich: So arbeiteten im Jahr 2005 13 Dienste ökonomisch erfolgreich und 9 mit Verlusten, wobei 11 der 13 ökonomisch erfolgreichen Dienste auch im Saldo von 2003-2005 insgesamt Überschüsse aufweisen (von einem Dienst lagen nicht über die gesamte Zeit Daten vor und einer arbeitete sich erst im Jahr 2005 in die ‚Gewinnzone‘). Auch umgekehrt gilt in der Tendenz die ‚Pfadabhängigkeit‘ des ökonomischen Erfolgs, d.h. der Dienst, der im Jahr 2003 Überschüsse (oder Verluste) aufwies, hatte mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im Jahr 2005 eine positive Bilanz und umgekehrt.<sup>61</sup>

Als Hintergrund des wirtschaftlichen Erfolgs ambulanter Dienste kommt sowohl die Einnahmen- als auch die Ausgabenseite in Betracht. Zunächst zum Einfluss der **Einnahmenseite** auf die ökonomische Gesamtlage (Gewinne/Verluste) der Dienste: Die Höhe der Umsatzerlöse korreliert nicht signifikant mit der Höhe der Gewinne oder Verluste (Erlöse minus Kosten) der jeweiligen Jahre und auch nicht deren jeweiligen Veränderungswerte (ob absolut und prozentual). Und auch in einer Gruppierung nach wirtschaftlich erfolgreichen und verlustträchtigen Diensten zeigen sich jeweils wenig signifikante Unterschiede der Umsatzerlöse, wenngleich die Anzeichen grundsätzlich in die erwartete Richtung weisen: So betragen die Gesamterlöse bei den verlustbringenden Diensten im Mittel nur 693.540 € im Jahr 2005, während die Gesamterlöse bei den erfolgreichen Diensten zum gleichen Zeitpunkt bei über 1,1 Mio. € lagen. Allerdings ist die Streuung der Werte unter den wenigen Fälle so, dass diese Unterschiede der zentralen Tendenz zwischen den Gruppen in statistischen Tests nicht signifikant sind, weshalb dazu weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben folgen müssten.

---

<sup>61</sup> Spearman-Rho=0,808, hoch signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1%.

Allerdings treten mit der zunehmenden **Zahl der Klienten** offenbar systematische Unterschiede zwischen den wirtschaftlich erfolgreichen und nicht erfolgreichen Diensten und damit die zu erwartenden ‚Skaleneffekte‘ (effizienteres Arbeiten bei wachsenden Umsätzen) auf: So kann mit den vorliegenden Daten die Hypothese untermauert werden, dass die wirtschaftlich erfolgreichen Dienste im Mittel einen größeren Kundestamm aufweisen als die nicht erfolgreichen. Unter den zuerst genannten liegt die Summe versorgter Klienten im Jahr 2005 und 2006 im Mittel nur bei ca. 139-145, bei den erfolgreichen Diensten liegt die Zahl dagegen bei 188 bis 217.<sup>62</sup> Zudem sind im Mittel bei den Diensten mit Verlusten nur 13 Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) im Einsatz, während es bei den gewinnträchtigen 22 sind. Keine signifikanten Unterschiede zwischen rentablen und unrentablen Diensten zeigen sich jedoch hinsichtlich der Struktur und Art der Leistungen nach versorgten Klientengruppen (Pflegerstufen und Leistungs- sowie Erlösarten (z.B. SGB V oder SGB XI). Auch die Anteile der Pflegerstufen ist fast gleich, ebenso die Zusammensetzung der Erträge. Kaum systematische Unterschiede sind ferner in den Leistungsangeboten zu erkennen, wenn die erfolgreichen Dienste den weniger erfolgreichen gegenüber gestellt werden: Lediglich bei einem unter vielen anderen Angeboten, nämlich bei kulturellen und sportlichen Veranstaltungen, bieten die gewinnträchtigen signifikant weniger an (4 von 14 bei den erfolgreichen Diensten gegenüber 6, plus 2 ‚in Planung‘ von 10 nicht erfolgreichen). Andererseits bieten 10 der 14 ökonomisch erfolgreichen Dienste wiederum betreute Reisen an, während dieses bei den nicht erfolgreichen nur 5 von 10 nennen. Ansonsten sind keine weiteren relevanten Unterschiede im Leistungsangebot zu erkennen.

Im Zusammenhang mit den Einnahmen- oder Umsatzerlösen scheint interessant, dass die *Einschätzung der Konkurrenz* bei den Diensten der Stichprobe in der zentralen Tendenz nicht allzu kritisch ausfällt – trotz der ja im Mittel eher rückläufigen Umsätze: Auf einer Skala von 1 (kein Problem) bis 5 (sehr großes Problem) weisen mit einem arithmetischen Mittelwert von 3,3 zudem sowohl die wirtschaftlich erfolgreichen wie auch die nicht erfolgreichen *ähnliche* Einschätzungen von Konkurrenzproblemen auf.

Jedoch könnte hierzu noch vermutet werden, dass sich die Marktlage in *städtischen* oder *ländlichen* Gebieten unterschiedlich stellt. Zu erwarten wäre, dass in Städten die Ertragslage vielleicht eher günstiger ist, dass sich hier aber vielleicht auch die Konkurrenzsituation in verschärftem Maße stellt.<sup>63</sup> Die vorliegenden Daten (subjektive Einschätzungen wie objektive Daten) können die Hypothese, wonach in Städten eher günstigere Umsatz- oder Gewinnbedingungen vorliegen als in ländlichen Gebieten aber nicht stützen. Wenn überhaupt, dann haben in der (allerdings eben sehr kleinen und kaum dazu aussagefähigen) Stichprobe eher Dienste in ländlichen Regionen mehr Klientenzahlen, höhere Umsätze und höhere Gewinne (die Gruppenunterschiede sind

---

<sup>62</sup> Die Gruppenunterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test sign. auf einem Niveau von 5%.

<sup>63</sup> In der Abfrage wurde zusätzlich die Antwort „stadtnahes Umland“ ermöglicht. Insbesondere aufgrund der geringen Anzahl an Daten aus städtischen Gebieten wurden diese Angaben den städtischen Regionen zugeordnet. Die zur Kontrolle durchgeführten Auswertungen mit allen drei Kategorien ergaben aber keine anderen Ergebnisse.

aber jeweils nicht signifikant). So sind unter den Diensten im ländlichen Raum 11 gewinnträchtige, während 5 Verluste schreiben, in den Städten oder im stadtnahen Umfeld weisen dagegen 5 Gewinne und 4 Verluste auf.<sup>64</sup> Der zusätzlich durch die Dienste geschätzte maximale *Einzugsbereich* ist im übrigen bei denjenigen mit der Angabe ‚im ländlichen Raum‘ im Mittel tatsächlich größer und beträgt im Mittelwert 21 km, während er bei den städtischen und stadtnahen Diensten nur 14 km beträgt.<sup>65</sup> Die Größe des Einzugsbereichs spielt aber nach den vorliegenden Daten bezüglich der Ertragslage keine wesentliche Rolle. Dieses gilt im übrigen auch nach den subjektiven Einschätzungen der Dienste dazu, die auf der Skala von 1 (kein Problem) bis 5 (sehr großes Problem) im Mittel eine 2,9 vergeben. Zudem gilt dazu der Befund, dass die Einschätzungen zum Problem langer Anfahrtswege in keinem systematischen Zusammenhang mit den Angaben zum maximalen Einzugsbereich stehen: Die Dienste, die nach eigenen Angaben über einen großen Einzugsbereich verfügen, geben nicht häufiger Probleme langer Anfahrtswege an als solche mit kürzeren (und umgekehrt).

Auf der **Ausgabenseite** korrelieren zunächst die Gesamtkosten der jeweiligen Jahre *nicht* mit den Gewinnen oder Verlusten (Erlöse minus Kosten) der jeweiligen Jahre. Auch weisen die Dienste mit Gewinnen im Mittel nur unwesentlich niedrigere Gesamtkosten auf als jene mit Verlusten, so dass die Unterschiede in der zentralen Tendenz zwischen den Gruppen nicht signifikant sind. Dagegen sind die Gewinne (oder Verluste) des Jahres 2005 mit der absoluten und relativen (prozentualen) *Entwicklung* der Gesamtkosten zwischen 2003 bis 2005 korreliert, wenn auch nur schwach, d.h. es lässt sich mit den Daten die Hypothese tendenziell untermauern, dass je stärker die Gesamtkosten zwischen 2003 und 2005 gesenkt wurden, desto höher fallen die Gewinne im Jahr 2005 aus (*und umgekehrt*).<sup>66</sup> So wies die Gruppe der erfolgreichen Dienste zwischen 2003 und 2005 einen Rückgang der Gesamtkosten von im Mittel etwa 7-8% gegenüber dem Ausgangswert von 2003 aus, während die Dienste mit Verlusten im Mittel nur ca. 1,6%-5% Kostenreduktionen erzielen konnten.<sup>67</sup>

Ganz offenbar sind Kostenreduktionen angesichts rückläufiger Umsatzerlösen eine zentrale Maßnahme zur wirtschaftlichen Sicherung und wesentlich für die Gewinne oder Verluste der Dienste. Beide Seiten stehen natürlich erwartungsgemäß in einem engen Zusammenhang: Die relativen Veränderungen der Einnahmen zwischen 2003 und 2005 und die relativen Veränderungen der Ausgaben im gleichen Zeitraum korrelieren hoch signifikant positiv, d.h. über 80% der Varianz der relativen Ausgabenent-

---

<sup>64</sup> Basierend auf objektiven Daten zur Ertragslage, in wenigen Fällen um subjektive Einschätzungen auf die Frage: „Arbeitet Ihr ambulanter Dienst insgesamt gewinnbringend, kostendeckend oder mit Verlust?“ ergänzt, woraus sich die Abweichung in der Fallzahl zu den oben stehenden Angaben ergibt.

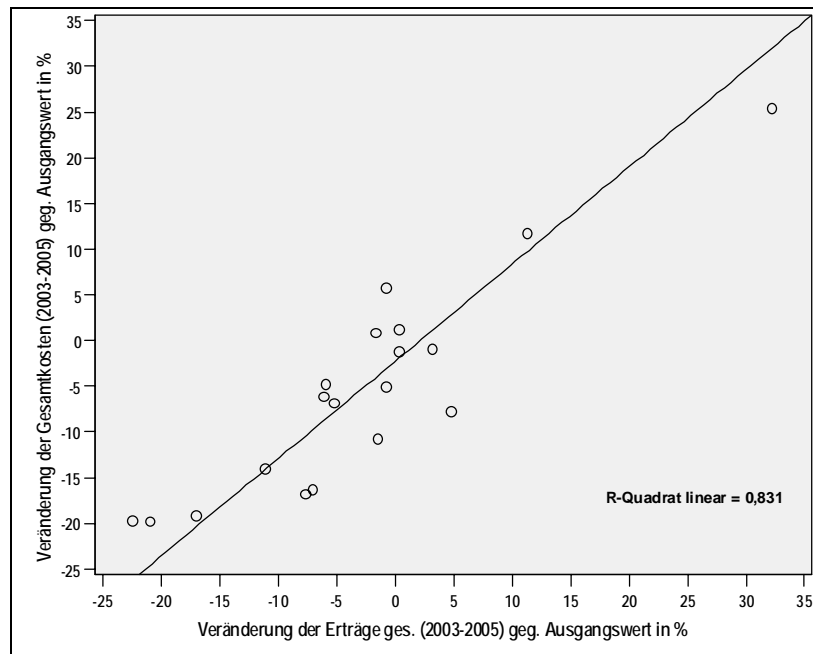
<sup>65</sup> Die Unterschiede sind laut Mann-Whitney-U-Test auf einem Niveau von 10% signifikant.

<sup>66</sup> Veränderung absolut: Spearman-Rho = - 0,386, sign. 0,103, Pearson = -0,480, sign. 0,038; Veränderung prozentual: Spearman-Rho = -0,326, sign. 0,173, Pearson = -0,392, sign. 0,097.

<sup>67</sup> Aufgrund der Streuung werden hier Median und Mittelwert angegeben.

wicklung lässt sich durch die Varianz der relativen Einnahmenentwicklung erklären (Abbildung 20).<sup>68</sup>

**Abbildung 20: Streudiagramm Veränderung der Erträge zu Veränderung der Gesamtkosten (2003-2005) geg. Ausgangswert in Prozent**



Quelle: Eigene Erhebung

Aufgrund der Personalintensität sozialer Dienste und den in der Regel bei fast 80% der Gesamtausgaben liegenden Personalausgaben kommt diesen hinsichtlich des wirtschaftlichen Erfolges auf der Kostenseite natürlich die vorrangige Bedeutung zu. Tatsächlich haben die Dienste wie dargestellt hier auch entsprechend der sinkenden Erlöse ihre Kosten zurückgefahren.<sup>69</sup> Entgegen häufig zu findenden Kurzschlüssen sind aber niedrige Personalkosten nicht *per se* positiv für den wirtschaftlichen Erfolg. So weisen die gewinnträchtigen Dienste generell *nicht* signifikant niedrigere Personalkostenanteile an den Gesamtkosten auf als diejenigen mit ‚roten Zahlen‘, wenngleich die ersteren ihre Personalkosten zwischen 2003 und 2005 im Mittel eher etwas stärker zurückführen (absolut: ca. 124 Tsd., prozentual ca. 12-15%) als die weniger erfolgreichen (absolut minus 63 – 73 Tsd. €, prozentual ca. 8-10%). Da jedoch die Streuung insgesamt wiederum sehr groß und nicht entsprechend verteilt war, fielen diese Differenzen in statistischen Tests nicht signifikant aus.

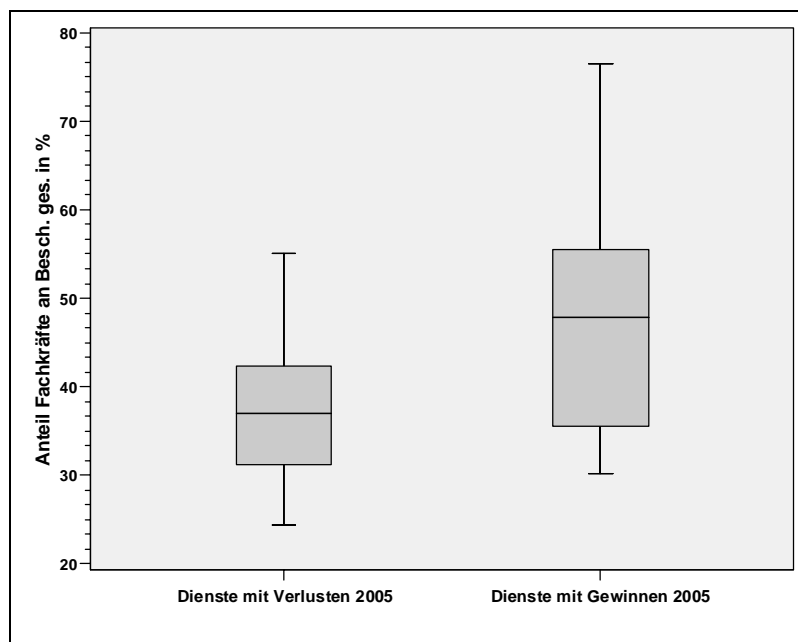
Entgegen vieler Annahmen führen zudem hohe Anteile un- oder angelernter Kräfte (in der Regel wohl eher gering bezahlt) eher *nicht* zum wirtschaftlichen Erfolg, vielmehr ist

<sup>68</sup> Spearman-Rho = 0,839, sign. 0.01.

<sup>69</sup> Korrelation der relativen Veränderung der Personalkosten (2003-2005) zum Ausgangswert zu der relativen Veränderung der Erlöse (2003-2005), Spearman-Rho = 0,835, sign. 0,01.

wohl eher das Gegenteil der Fall: So kann mit den vorliegenden Daten die Hypothese statistisch untermauert werden, dass der Anteil eingesetzter **Fachkräfte** am gesamten Personaleinsatz (nach Vollzeitäquivalenten) bei den wirtschaftlich erfolgreichen ambulanten Diensten signifikant *höher* ist als bei jenen, die Verluste schreiben.<sup>70</sup> Dieser Zusammenhang ist bei den vorliegenden Daten signifikant, aber es gibt natürlich auch wirtschaftlich erfolgreiche Dienste mit einem geringeren Fachkräfteanteil und Dienste mit einem höheren Fachkräfteanteil, die wirtschaftlich nicht so erfolgreich sind (Abbildung 21). Die Tendenz scheint aber insgesamt eindeutig, wobei eine sinngemäß ähnlich gerichtete Unterschiedshypothese entsprechend für den Einsatz von Hilfskräften untermauert werden kann, deren Anteil am Personal insbesondere bei den wirtschaftlich nicht erfolgreichen Diensten eher hoch ist, während er bei den wirtschaftlich erfolgreichen in der zentralen Tendenz niedriger ist (Abbildung 22).

**Abbildung 21: Anteil an Fachkräften und wirtschaftlicher Erfolg (Erlöse minus Kosten) in ambulanten Diensten (2005)**



Quelle: Eigene Erhebung

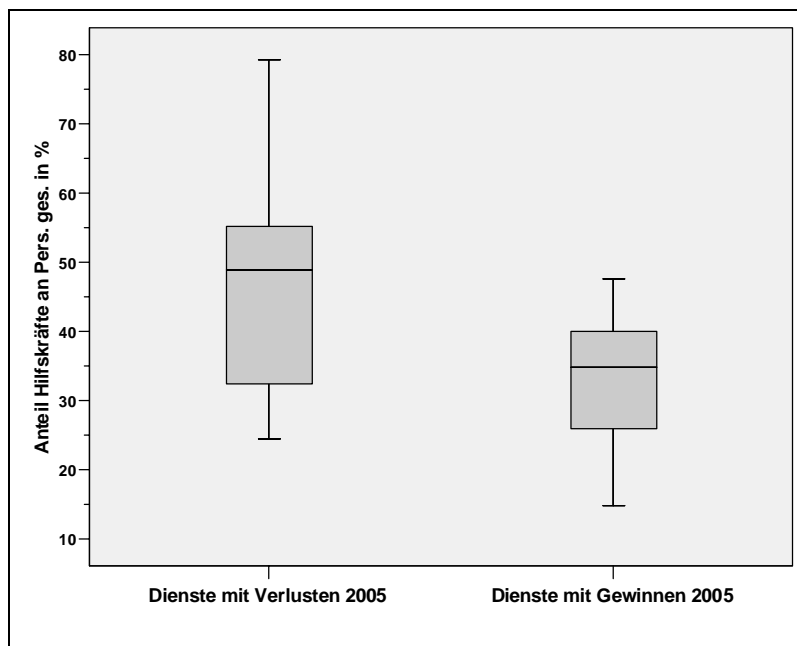
Diesem außerordentlich bedeutsamen Befund liegen sicher sehr unterschiedliche Aspekte zugrunde, die im einzelnen näher untersucht werden müssten. Ein Aspekt dürfte z.B. sein, dass die in ambulanten Diensten erforderliche hohe Flexibilität und die Ansprüche an die Einsatzplanung mit Fachkräften wesentlich leichter zu realisieren sind, weil Fachkräfte eben erforderliche Aufgaben umfassender wahrnehmen können als angelegerte Hilfskräfte. Ein Umstand, der weiter für einen höheren Anteil an Fachkräften in ambulanten Diensten spricht, ist auch die dadurch mögliche umfassende Wahrnehmung von Pflegediagnosen und der Bedarfe, womit eine umfassende Leistungspalette

<sup>70</sup> Mann-Whitney-U-Test ist signifikant auf einem Niveau von unter 10%.



erst bestimmt und eventuelle Kostendeckungen besser begründet werden können. Entsprechend der vorbildlichen Verfeinerung und Objektivierung der ärztlichen Diagnosen und der dadurch bekanntlich bewirkten ‚angebotsinduzierten Nachfrage‘ liegen in der Pflege noch erhebliche ungeweckte Nachfragepotentiale, insbesondere durch den Einsatz valider Assessment-Instrumente, die unbedingt ein hohes Maß fachlicher Qualifikationen (auch akademischer mit pflegewissenschaftlicher Fundierung) erfordern.

**Abbildung 22: Anteil an Hilfskräften und wirtschaftlicher Erfolg (Erlöse minus Kosten) in ambulanten Diensten (2005)**



Quelle: Eigene Erhebung

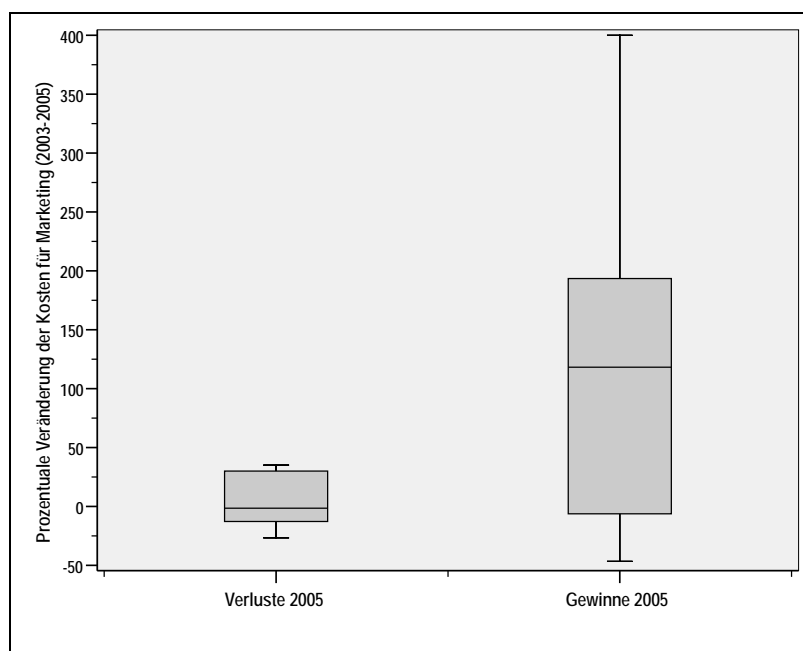
Bei der *Bezahlung* des Personals zahlen die wirtschaftlich erfolgreichen Dienste übrigens fast durchweg (über 90%) nach *Tarif*, die weniger erfolgreichen Dienste dagegen zahlen dagegen etwas seltener (88%) nach Tarif. Ein gewisser Unterschied besteht übrigens auch in der *Fehlzeitenquote*. Misst man die Fehlzeiten an der angegebenen Gesamtarbeitszeit, beträgt die Quote bei den erfolgreichen Unternehmen im Median 8%, bei den nicht erfolgreichen fast 20%, wobei die Unterschiede der zentralen Tendenz aufgrund der großen Streuung und kleinen Stichprobe aber laut statistischer Tests nicht signifikant ausfallen.

Ähnlich wie bei den Personalkosten verhält es sich bei den Verwaltungskosten und ihren Veränderungen zwischen 2003 und 2005. Hier gibt es wiederum im großen und ganzen keine wesentlichen Unterschiede der Anteile der Verwaltungskosten an den Gesamtkosten zwischen der Gruppe der ökonomisch erfolgreichen und nicht erfolgreichen Diensten, jedoch wiesen erstere wiederum eher etwas stärker rückläufige Veränderungswerte auf (im Mittel ca. -8%) als die mit Verlusten (Mittelwert: plus 0,5%, Median: plus 15%), wenn auch die Gruppendifferenzen insgesamt wiederum nicht signifikant ausfielen. Angesichts der großen Streuung und der kleinen Stichprobe müssen

Interpretationen hierzu also mit Vorsicht erfolgen und weitere größer angelegte Untersuchungen erfolgen. Weitere Tendenzen, aber nicht signifikante Unterschiede, ergaben sich hinsichtlich des Anteils der Investitionskosten (bei erfolgreichen Diensten eher höher), der Mietkosten (bei erfolgreichen signifikant niedriger)<sup>71</sup> sowie des Anteils der Werbe- und Fortbildungskosten (bei erfolgreichen Diensten eher höhere Anteile, insgesamt aber nicht signifikant).

Allerdings fällt auf, dass die rentablen Dienste ihre Kosten für Werbung oder Marketing im Untersuchungszeitraum relativ viel stärker *erhöht* haben als die Dienste, welche im Jahr 2005 per Saldo Verluste schrieben (Abbildung 23).<sup>72</sup> Die zehn im Jahr 2005 rentablen Dienste steigerten ihre Marketingausgaben zwischen 2003 und 2005 im Mittel (Median) um ca. 120%, während die sieben Dienste mit Verlusten im Mittel ihre Marketingausgaben um ca. 1,5% zurückfuhren. Zwar muss wiederum die Stichprobengröße in berücksichtigt werden und ebenso die absolut gesehen insgesamt eher marginalen Ausgaben für Marketing, weshalb dazu, um den hier ausgemachten Trend weiter zu untermauern oder zu falsifizieren, weitere Untersuchungen nötig wären.

**Abbildung 23: Prozentuale Veränderung der Ausgaben für Marketing (2003-2005) von ambulanten Diensten mit Gewinnen oder Verlusten (2005)**



Schließlich lassen sich aus der Befragung der Pflegedienste weitere interessante Hintergründe zum wirtschaftlichen Erfolg der Pflegedienste beitragen: Hinsichtlich der Or-

<sup>71</sup> Laut Mann-Whitney-U-Test aber nur sign. auf einem Niveau von 10%.

<sup>72</sup> Allerdings fallen die – gegenüber Verteilungsproblemen robusten – nichtparametrischen Tests dazu nur teilweise signifikant aus, dagegen ist der Unterschied der beiden Gruppen im Mittelwertvergleich mittels T-Test signifikant (0,026).

*ganisation der Tourenplanung und Pflegedokumentation* arbeiten die erfolgreichen Unternehmen eher mit moderneren Mitteln als die wirtschaftlich weniger erfolgreichen Unternehmen. Bei der Tourenplanung setzten die erfolgreichen Dienste zu 40% eingekaufte EDV-Systeme oder Programme ein, bei den weniger erfolgreichen sind es nur 25%. Für die Pflegedokumentation arbeiten die erfolgreichen Dienste zu 36% mit eingekauften EDV Systemen oder Programmen und nur 19% bei den wirtschaftlich nicht erfolgreichen. Zudem beteiligen sich unter den wirtschaftlich erfolgreichen Diensten 12 von 15 an Kennzahlenvergleichen oder ‚benchmarking‘, während es bei den nicht erfolgreichen nur 5 von 9 waren.

Weitere Unterschiede gab es in folgenden Bereichen: Bei vielen *Schwierigkeiten oder Problemen* gaben die weniger erfolgreichen Dienste höhere Werte als die wirtschaftlich erfolgreichen an. Deutlich größere Schwierigkeiten haben die verlustreichen Dienste bei der langfristige finanzielle Planung (Mittelwert: „Erfolgreiche: 2,8; „wirtschaftlich Erfolglose“: 4,0, Signifikanz: 0,05). Auch die Zunahme demenzkranker Pflegebedürftiger wird als deutlich höheres Problem angesehen (Mittelwert „Erfolgreiche: 2,7; „wirtschaftlich Erfolglose“: 3,5). In vielen Aspekten weisen ansonsten die beiden Gruppen bei den vorliegenden Daten aber auch recht ähnliche Ergebnisse auf, so sind etwa die Einschätzungen und Aktivitäten der Dienste in der Öffentlichkeitsarbeit nahezu identisch, so dass das ‚Erfolgsgeheimnis‘ der Dienste mit den Daten sicher auch noch nicht restlos gelüftet werden kann, wenngleich einige bedeutenden ‚Indizien‘ dazu gewonnen und Hypothesen generiert sowie untermauert werden konnten. Bei weiteren Untersuchungen müssten insbesondere die betrieblichen Abläufe und das Leistungsgeschehen am Patienten oder Klienten näher betrachtet werden.<sup>73</sup>

## **4. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste in vier Regionen**

### **4.1. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Aurich**

#### **4.1.1. Soziale Strukturen und Nachfrage**

Der Landkreis Aurich liegt an der Nordsee im nördlichen Teil Ostfrieslands und besteht aus den Gemeinden Aurich, Norden, Norderney, Baltrum, Dornum, Großefehn, Groß-

---

<sup>73</sup> Siehe das Projekt ‚Verbesserung der Effektivität und Effizienz der ambulanten häuslichen Pflege‘, unter der Leitung von Heinz Rothgang und Günter Roth an der Universität Bremen, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft ([www.drk-fachhochschule.de](http://www.drk-fachhochschule.de)).

heide, Hinte, Ihlow, Juist, Krummhörn, Südbrookmerland, Wiesmoor, Brookmerland, Hage und als Gemeindefreies Gebiet Memmert. Bei einer Fläche von 1.287,22 km<sup>2</sup> und einer Einwohnerzahl von knapp 190 Tsd. verfügt der Kreis Aurich über eine Bevölkerungsdichte von nur ca. 150 Einwohnern pro km<sup>2</sup> und ist somit eher dünn besiedelt und ländlich geprägt.

**Abbildung 24: Übersichtskarte Landkreis Aurich**



Quelle: [www.niedersachsen.de](http://www.niedersachsen.de)

Dem vorwiegend ländlichen Milieu entsprechend nehmen im Landkreis Aurich die meisten der Pflegebedürftigen (55%) Pflegegeld für selbst beschaffte familiäre Pflege in Anspruch (Tabelle 17). Dieser Anteil ist deutlich höher als im übrigen Niedersachsen, wenngleich der Trend auch in Aurich rückläufig zu sein scheint und jedenfalls der Anteil der Pflegegeldempfänger an allen Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2003 um 6,6 Prozentpunkte oder um 1,6 Prozentpunkte pro Jahr abnahm. Etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen wählt die ambulante Pflege, das liegt etwas *über* dem landesweiten Durchschnitt. Seit 1999 ist in Aurich die Zahl der Leistungsempfänger ambulanten Pflege im Sinne des SGB XI um 271 Klienten oder um 22% gegenüber dem Ausgangswert angestiegen und der Anteil der ambulant Gepflegten an allen Leistungsempfängern stieg um 3,3 Prozentpunkte oder um etwa 0,8 Prozentpunkte pro Jahr.

Entsprechend dem bisher Gesagten wird vollstationäre Dauerpflege in Aurich mit einem Anteil von 19,5% aber noch deutlich *unter*durchschnittlich genutzt, hier liegt der Landesdurchschnitt bei 31,2%, wobei die Zahl der Leistungsempfänger in vollstationärer Pflege im Landkreis Aurich aber seit 1999 auch um 23% zunahm und deren Anteil an allen Pflegebedürftigen sich um 2,8 Prozentpunkte erhöhte (NMSFFG 2005: 679).

Im allgemeinen gilt im Landkreis Aurich aber nach wie vor ganz besonders der Satz: „Alles bloß kein Pflegeheim“. Die Vertreterin der Sozialplanung des Kreises berichtete sogar von Leerständen in den dortigen Pflegeheimen. Auch ambulante Hilfe wird im Landkreis erst dann in Anspruch genommen, „wenn es nicht mehr anders geht“. Ein Leiter einer Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger beobachtet die Einstellung von Angehörigen, ungern eigene Verantwortung auf andere Menschen zu übertragen. Die Einstellung fremder Hilfe gegenüber sei hier im allgemeinen sehr konservativ. Zu der eher konservativen Einstellung des sozialen Milieus im Kreis Aurich passt, dass die *Frauenerwerbsquote*<sup>74</sup> mit 30,8%% gegenüber jener im Land Niedersachsen (40%) eher gering ist, während die Zahl der *Eheschließungen* pro 1.000 Einwohner mit 7,4 deutlich über dem Landesmittel (5,3) liegt, ebenso wie die *Geburtenrate* mit 1,7 Lebendgeborenen pro 100 Frauen etwas höher ist als im Land (1,64) (jeweils 2005 nach NLS).<sup>75</sup>

**Tabelle 17: Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Aurich (1999-2003)**

| Pflegebedürftige nach SGB XI        |                            | Aurich                     | Niedersachsen |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|
| <b>Anzahl Pflegebedürftige ges.</b> | 1999                       | 5.727                      | 209.257       |
|                                     | 2003                       | 6.061                      | 218.363       |
| <b>Pflegegeld</b>                   | 1999                       | Anzahl                     | 3.532         |
|                                     |                            | <i>Anteil an ges. in %</i> | 61,7          |
|                                     | 107.578                    |                            | 51,4          |
|                                     | 2003                       | Anzahl                     | 3.338         |
|                                     | <i>Anteil an ges. in %</i> | 55,1                       | 45,8          |
| <b>ambulante Pflege</b>             | 1999                       | Anzahl                     | 1.223         |
|                                     |                            | <i>Anteil an ges. in %</i> | 21,4          |
|                                     | 40.421                     |                            | 19,3          |
|                                     | 2003                       | Anzahl                     | 1.494         |
|                                     | <i>Anteil an ges. in %</i> | 24,6                       | 21,7          |
| <b>vollstationäre Pflege</b>        | 1999                       | Anzahl                     | 959           |
|                                     |                            | <i>Anteil an ges. in %</i> | 16,7          |
|                                     | 59.775                     |                            | 28,6          |
|                                     | 2003                       | Anzahl                     | 1.183         |
|                                     | <i>Anteil an ges. in %</i> | 19,5                       | 31,2          |

Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Obwohl die familiäre Orientierung also generell groß und die Hemmschwelle, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen im Landkreis sehr hoch ist, hat sie sich in den vergangenen Jahren auch laut Aussagen in der Fokusgruppe bereits verringert. Als Grund sieht man den Wechsel der Generationen: Ältere Pflegenden Angehörige stünden fremder Hilfe

<sup>74</sup> Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigte Frauen pro Anzahl Frauen im erwerbsfähigen Alter (15-65) in Prozent, berechnet nach: [www.1.nls.niedersachsen.de/statistik](http://www.1.nls.niedersachsen.de/statistik).

<sup>75</sup> Alle Angaben hierzu und im Folgenden, soweit keine andere Nennung erfolgt, nach Niedersächsisches Landesamt für Statistik: [www.1.nls.niedersachsen.de/statistik](http://www.1.nls.niedersachsen.de/statistik).

häufig noch skeptisch gegenüber, deren Kinder aber bereits weniger – diese nähmen fremde Hilfe öfter in Anspruch und versuchten, auch ihre Eltern zu überzeugen. Vertreter der Pflegedienste im Landkreis Aurich beobachteten aber auch, dass Pflege generell ökonomisch gesehen einen niedrigen Stellenwert habe und dass Menschen hier wenig Bereitschaft zeigten, Geld für ambulante Leistungen auszugeben, sprich, dass hier im Allgemeinen die Pflegeversicherung als ‚Vollkaskoversicherung‘ verstanden werde. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass das verfügbare *Einkommen* je Einwohner in Aurich mit 13.764 € pro Jahr (2003) deutlich *unter* dem Landesmittel von 16.422 € lag. Zuletzt sei betont, dass hier nicht die ganze Palette der Nachfrageseite oder des Leistungsangebotes ambulanter Pflegedienste aufgezeigt werden konnte, weil z.B. zum Bereich der Krankenpflege nach dem SGB V keine dem SGB XI entsprechenden Daten auf der regionalen Ebene vorliegen.

#### 4.1.2. Angebote

Neben einem ambulanten Pflegedienst des DRK in Norden und einem Mobilien Hilfsdienst des DRK auf Norderney gibt es nach unseren Recherchen im Jahr 2006 insgesamt 46 Pflegedienste im Landkreis Aurich.<sup>76</sup> Laut Pflegestatistik nach SGB XI waren es im Jahr 1999 nur 29 und Ende 2003 noch 31. Diese Differenzen sollten aber nicht überbewertet werden, schon weil die pure Zahl der Dienste nicht allzu viel über die Angebotslage aussagt, da die Größe der Dienste sehr unterschiedlich sein kann. Die Zahl der *Beschäftigten* in ambulanten Pflegediensten hat laut Pflegestatistik zwischen in den letzten Jahren in Aurich nur leicht zugenommen, und zwar von 696 auf 715, bezogen auf grob geschätzte Vollzeitäquivalente<sup>77</sup> kann eine Zunahme von 343 auf 354 angenommen werden, was jeweils einer Zunahme um ca. 3% gegenüber dem Ausgangswert entspricht und damit deutlich *unter* dem Landesmittel liegt, wo die ambulanten Pflegekapazitäten oder Beschäftigtenzahlen im gleichen Zeitraum um 6,4% (bezogen auf Köpfe) und 3,8% (nach geschätzten Vollzeitäquivalenten) zulegten. Die Zunahme der Beschäftigung hält sich also in Relation zu jener der Pflegebedürftigen in Grenzen, wobei im Jahr 2003 4,4 Pflegebedürftige auf ein Vollzeitäquivalent kommen, was etwas über dem Landesmittel von 4,2 liegt. Doch sei hier auf die wie gesagt nur eingeschränkte Aussagekraft dieser Kennzahl hingewiesen. Zudem fällt bei der Beschreibung der Angebote ambulanter Pflegedienste im Landkreis Aurich auf, dass hier im Mittel recht kleine Dienste vertreten sind (ca. 11 Beschäftigte nach geschätzten Vollzeitäquivalenten), ähnlich wie in Niedersachsen insgesamt.

---

<sup>76</sup> Eine Liste mit den größten Pflegediensten der Landkreise (mit jeweils mehr als 10 Mitarbeitern) befindet sich im Anhang.

<sup>77</sup> Die Pflegestatistik weist die Beschäftigungsanteile sehr unzureichend aus nach Gruppen, so dass eine grobe Gewichtung vorgenommen wurde: Vollzeitkräfte (gewichtet mit 1,0), teilzeitbeschäftigt über 50% (hier mit 0,75 gewichtet), teilzeitbeschäftigt unter 50%, nicht geringfügig (mit 0,25 gewichtet), geringfügig (mit Faktor 0,1 gewichtet) und Sonstige (Praktikanten, Zivildienstleistende sowie Auszubildende) (mit 0,1 gewichtet).

Mehrere Interviewpartner, sowie Teilnehmer der Fokusgruppe berichteten auch von einer starken *Konkurrenzsituation* der Pflegedienste im gesamten Landkreis, insbesondere sei dies in Marienhafte der Fall. Zwei Vertreterinnen des „Stammtisches Pflegedienste“ haben den Eindruck, dass sich viele Unternehmen in ihrer Existenz bedroht fühlten. Eine große Konkurrenz sehen die Unternehmen auch in *ausländischen Pflegekräften*, die mit geringeren formellen Qualifikationen und zu sehr niedrigen Tarifen in den Familien arbeiten würden, wobei die Pflegequalität häufig zu bemängeln sei. Spürbar wird der Umstand der Konkurrenz auch anhand des Umgangs der Pflegedienste untereinander: Eine Vernetzung ist nicht gewünscht, mit Aussagen zur eigenen Arbeit ist man sehr vorsichtig. Offen wurde von einem Pflegedienst erläutert, dass es einen praktischen Austausch zwischen den Pflegediensten aufgrund des Konkurrenzkampfes nicht geben wird – in der Fokusgruppe erfolgte die allgemeine Zustimmung dieser Aussage unter allen teilnehmenden Pflegediensten. Auch die zweimal jährlich stattfindende *Pflegekonferenz* wird von den Diensten äußerst kritisch gesehen. Die seltenen Treffen reichten nicht aus, „um wirklich etwas in Gang zu setzen“, Interesse bestehe ohnehin nur in der politischen Interessenvertretung. Einige Unternehmen insbesondere privater Anbieter würden überdies nicht zu den Pflegekonferenzen eingeladen, sie bemühten sich jedoch auch nicht um eine Teilnahme.

Eine Vernetzung der Pflegedienste untereinander findet allerdings im Rahmen der Pflegeüberleitung am Kreiskrankenhaus Aurich statt, das neben Schulungen auch den „Stammtisch Pflegedienste“ organisiert. Der Stammtisch tagt halbjährlich und wird von vielen Pflegediensten der Region besucht. Die Netzwerkpartner entwickelten unter anderem einen einheitlichen Überleitungsbogen für die Vermittlung von Patienten nach der Krankenhausentlassung. Nach diesem Leitfaden werden Patienten oder Angehörige bei der Beratung sowohl auf regional in Betracht kommende Pflegedienste verwiesen, eine große Rolle spielen des Weiteren die Zusatzangebote der einzelnen Dienste die mit den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen abgeglichen werden. In der Beratung erfolgt weiterhin eine erste Einschätzung zur Pflegestufe und die Aufklärung darüber, was Pflege überhaupt bedeutet, denn in der Öffentlichkeit seien dazu laut Vertretern der Pflegeüberleitungsstelle nur sehr geringe Kenntnisse vorhanden. Inzwischen nimmt die Überleitungspflege im Landkreis Aurich neben ihrer Beratungsauch eine Art Kontrollfunktion ein (so berichtete der sozialpsychiatrische Dienst, aber auch einige Pflegedienste), sie bemängelt unter anderem die „Pflege nach der Stoppuhr“, die im Landkreis sehr verbreitet sei.

Zum Servicestandard gehören bei den größten Pflegediensten laut eigenen Angaben<sup>78</sup> Wochenenddienst, Rund-um-die-Uhr-Pflege, Nachtpflege und die Intensivpflege. Zusatzangebote werden durch die größten Pflegedienste der Region (siehe Anhang) nur sehr geringfügig angeboten. Verbreitet sind laut Internetauftritten und Broschüren der Dienste jedoch ein Essensservice über Kooperationen oder Vermittlungen. Kooperati-

---

<sup>78</sup> Mit mehr als 10 Mitarbeitern, Liste siehe Anhang. Angaben laut: [www.haeusliche-pflege.de](http://www.haeusliche-pflege.de)

onen bestehen häufig zum Angebot von hauswirtschaftlicher Versorgung, Einkaufsservice und Gartenpflege. Vermittelt werden weiterhin Friseure und Fußpfleger. Häufig angesprochen wurde die starke psychische Belastung von pflegenden Angehörigen im Landkreis. Gewalt zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen sei keine Seltenheit, das Angebot an *Entlastungs- und Betreuungsangebote* sei zu gering. Besuchsdienste werden durch Ehrenamtliche der Hospizbewegungen Wiesmoor und Aurich und einigen Kirchen angeboten. Hinzu kommt das Angebot einer Agentur, die für die Landkreise Leer und Aurich sowohl Kinderbetreuung, als auch Altenbetreuung vermittelt. Die Geschäftsstelle des Familienservices befindet sich in Leer, es werden jedoch telefonisch auch Betreuungskräfte nach Aurich vermittelt.

Beim sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises liege eine sehr große Nachfrage nach *ambulant psychiatrischen Angeboten* vor, diese habe sich in den letzten Jahren vervierfacht. Besonders sei ein rapider Anstieg an Persönlichkeitsstörungen (besonders Angststörungen) zu verzeichnen, auch die Krankenkassen haben laut sozialpsychiatrischem Dienst diese Entwicklung bereits festgestellt. Als Grund für den starken Anstieg der Erkrankungen vermutet ein Experte zunehmende Perspektiv- und Bindungslosigkeit. Der sozialpsychiatrische Dienst vermisst insbesondere ein Angebot an *ambulanter psychiatrischer Pflege* in den kleineren Gemeinden. Zwar gibt es durch die „Ostfriesische Gesellschaft für Gesundheit“, die „Kreisvolkshochschule“ und „Balance“ Angebote in der Stadt Norden, selten fahren die Dienste jedoch auch in die ländlichen Regionen. Zudem verfügen die Mitarbeiter dieser Angebote über keine spezielle Qualifikation, eingesetzt werden vielmehr Sozialfachkräfte, Erzieher und Haushaltshilfen.

Weiter gibt es im Kreis Aurich zwei *Tagespflegeeinrichtungen* und 65 „eingestreuete“ *Kurzzeitpflegeplätze*. Dabei seien die Kurzzeitpflegeplätze nach Berichten der Überleitungspflege Aurich nahezu immer ausgebucht, insbesondere in den Sommermonaten, hier gebe es eine größere Nachfrage als das Angebot bereithält. Die Kurzzeitpflege Südbrookmerland bestätigt eine volle Auslastung, Patienten bzw. Angehörige müssen sich frühzeitig anmelden, um einen Platz zu bekommen. Der Einzugsbereich ist klein, da das Unternehmen die Patienten auch einen Abholdienst umfasst und weite Fahrten vermieden werden sollen. Großer Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen besteht auch für pflegebedürftige Menschen, die *noch nicht im Seniorenalter* sind. Diese werden häufig in Seniorenpflegeheimen untergebracht und leiden unter der Umgebung und Situation.

Die Vertreterin der Sozialplanung des Landkreises berichtete zudem von einem rapiden Anstieg der Nachfrage nach *Betreutem Wohnen*, insbesondere in größeren Orten. Auch die befragten Pflegedienste beobachten eine große Beliebtheit dieser Wohnform. Inzwischen gibt es bereits ca. 177 Altenwohnungseinrichtungen mit ambulantem Pflegeangebot, weitere sind in Planung. Bei einem gemeinnützigen Träger ist eine Notfallklinik angegliedert, dieses Angebot werde besonders gut angenommen. Es gibt bisher keine *Wohngemeinschaften* älterer Menschen oder Pflegebedürftiger, die von ambulanten Diensten angeboten werden. Allerdings denken bereits einige Dienste über ein solches Angebot nach. Die Vertreterin der Sozialplanung des Landkreises sieht das



Modell der Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige kritisch, allerdings nur wenn sie von ambulanten Diensten angeboten werden, deren private Organisation befürwortet sie dagegen. Eine solche private Wohngemeinschaft gibt es etwa in Brookmerland, hier werden vier psychisch erkrankte Frauen und Männer von einer Familie versorgt. In einer weiteren Wohngemeinschaft in Moorhusen kümmern sich eine Altenpflegerin und ihre Mutter um Menschen mit den Pflegestufen II und III. Ambulante Dienste machen dort regelmäßig Hausbesuche. Ein Pflegedienst beurteilte diese privaten Wohngemeinschaften negativ, da die dort tätigen Pflegekräfte häufig nicht über die notwendige Qualifikation verfügten und Pflegefehler auch durch vierteljährlich durchgeführte Pflegeberatungen nicht ausreichend nachweisbar seien. Andere Pflegedienste dagegen bewerten die Wohnform als sehr positiv, wichtig sei bei einem Angebot lediglich, über ausreichende Pflegekapazitäten zu verfügen. Im Grunde handele es sich bereits um kleine Wohngemeinschaften, wenn es zwei pflegebedürftige Ehepartner zusammenleben.

Weiterhin sieht eine Vertreterin der Sozialplanung des Landkreises als dringend notwendiges zusätzliches Angebot in der Region im Bereich der *Kinderpflege*, wozu sie häufig Anfragen nach entsprechenden Leistungen erhalte. Im Landkreis gibt es zwar entlastende Dienste für Familien, aber nur im Sinne von Verhinderungspflege. Auch ein Verein, der Entlastungs- und Betreuungsleistungen vermittelt, bestätigte eine sehr starke Nachfrage zum Beispiel nach Hilfen, die es beeinträchtigten Kindern ermöglichen, normal zur Schule gehen zu können. Auf die Frage, warum die in den Fokusgruppen vertretenen Pflegedienste trotz bestätigtem Bedarf selber keine Kinderpflege anbieten, berichtete ein Pflegedienst über ein früheres Angebot, für welches eine examinierte Kinderkrankenschwester eingestellt worden sei. Das Angebot sei ihrer Meinung nach jedoch nicht ausreichend beworben und schließlich wieder eingestellt worden. Ein weiterer Dienst dagegen, der an ein Pflegeheim angegliedert ist, bietet Kurzzeitpflege für behinderte Kinder an. Dieses Angebot wird sehr gut angenommen, insbesondere in den Ferien gibt es einen großen Bedarf. Allerdings werden dafür nur drei Betten bereitgehalten. Probleme gab es bei der behördlichen Genehmigung, außerdem habe man als eigentliches Altenpflegeheim nur sehr wenig Erfahrung in der Kinderpflege. Für ein solches Angebot müssten ihrer Meinung nach examinierte Kinderkrankenschwestern und auch Sozialarbeiter eingestellt werden. Es wurde zudem berichtet, dass sich ältere Patienten in der Kurzzeitpflege durch geistig behinderte Kinder zum Teil gestört fühlen. Deshalb seien für ein solches Angebot eigene Räumlichkeiten zu empfehlen.

*Ehrenamtliche* werden von den ambulanten Diensten bisher selten eingesetzt. Die Kurzzeitpflege in Südbrookmerland setzte freiwillige Mitarbeiter für die Gestaltung von Freizeitangeboten für Klienten ein. Die Arbeit mit Ehrenamtlichen wird von einem Vertreter der Kurzzeitpflege als sehr positiv eingestuft. Die Mitarbeiter seien sehr engagiert und brächten „frischen Wind“ ins Haus. Trotzdem sei es wichtig, „immer ein Auge auf sie zu werfen“. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter bestehen vornehmlich aus Frauen über 50 Jahren, jedoch engagieren sich zunehmend auch sehr junge Menschen.

#### 4.1.3. Probleme

Häufig zum Einsatz kommt im Landkreis die *Zeitmessung bei der Pflege*, die von Pflegebedürftigen und Angehörigen sehr bemängelt wird. Laut Vertretern der Überleitungspflege Aurich habe die Pflege von Angehörigen häufig eine bessere Qualität als die Pflege ambulanter Dienste, die unter Zeitknappheit leiden. Hier spiele auch die soziale Kompetenz und das menschenwürdige Handeln eine entscheidende Rolle, die von den Mitarbeitern der Pflegedienste nicht immer gewährleistet werde. Die Mitarbeiter der Überleitungspflege am Kreiskrankenhaus Aurich berichteten auch von teilweiser „*katastrophalem Qualifikationsstand*“ bei den Pflegediensten. Oft komme es vor, dass keine Qualifikation zur Behandlungspflege vorhanden sei. Außerdem würden nur wenige examinierte Pflegekräfte eingesetzt. Häufig seien Pflegedienste in Unkenntnis darüber, dass unzureichende Qualifikationen des Personals zu rechtlichen Problemen führen können. Weiter wird die Qualifikation der Pflegedienste zum Thema *Demenz* als sehr mangelhaft angesehen. Eine geplante Beratungsstelle Alzheimer, initiiert durch den sozialpsychiatrischen Dienst scheiterte aus inhaltlichen und organisatorischen Gründen.

Die Pflegedienste selber gaben sich bei der Frage nach eigenen Schwierigkeiten und Problemen sehr bedeckt. Allerdings bestand Konsens zu folgenden Punkten: Ein großes Problem stellt für die Pflegedienste die *Entlassung von Patienten* aus dem Krankenhaus *am Wochenende* dar. Häufig stünden dann keine Ärzte und Apotheken zur Verfügung, das Aufsuchen von Notfallsprechstunden und Notapotheken bedeute eine erhöhte finanzielle Aufwendung, die den Pflegediensten nicht erstattet werde. Es sei keine Seltenheit, dass zum Beispiel Beatmungspatienten ohne Beatmungsgerät entlassen werden und das notwendige Instrumentarium erst Tage später geliefert werden könne. Auch die *Verordnungspraxis der Ärzte* zur Behandlungspflege stelle laut mehrfachen Angaben der befragten Pflegedienste ein häufiges Problem dar. Die Verordnungen würden nicht pünktlich zum Quartalsende ausgestellt, sondern erfolgten häufig zu spät oder gar nicht. Die Ärzte im Landkreis seien generell schlecht über die Abrechnungsgrundlagen der Pflegeversicherung informiert.

Die Pflegedienste bemängelten zudem die *schlechte Informationslage* der Angehörigen, die zur Entscheidung gegen einen ambulanten Pflegedienst führen könne. Ein Versuch des sozialpsychiatrischen Dienstes, eine Beratungsstelle einzurichten scheiterte an der geringen Nachfrage und wurde schließlich wieder eingestellt.

#### 4.1.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen

Entsprechend der eingangs des Berichtes diskutierten wesentlichen Einflussfaktoren auf die künftige Veränderung der Inanspruchnahme ambulanter Pflege werden im Folgenden, soweit das im Rahmen des begrenzten Budgets möglich war und sofern das im Rahmen solch kleinräumiger Projektionen überhaupt möglich ist, einige grundle-

genden Überlegungen zur künftigen Nachfrageentwicklung der ambulanten Pflege im Landkreis Aurich angestellt.<sup>79</sup> Hierbei und auch bei den nachfolgenden Projektionen für die anderen Regionen muss aber berücksichtigt werden, dass hier natürlich eine Vielzahl an Determinanten und verschiedene weitere Entwicklungen – etwa die der politischen Rahmenbedingungen – möglicherweise eine wesentliche Rolle spielen, die hier nicht im einzelnen mit abgebildet werden können und somit ausgeblendet bleiben.

Zunächst wird die Bevölkerungszahl des Landkreises Aurich nach Prognosen des Statistischen Landesamtes in den nächsten Jahren – entgegen dem Trend im Land – insgesamt eher zunehmen, wobei sich vor allem die Zahl und der Anteil der Senioren an der Bevölkerung besonders stark erhöhen dürfte (Tabelle 18). Darauf basierend wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI im Kreis Aurich stark wachsen, wobei gegenüber dem Wert von 6.061 vom Jahr 2003 eine Zunahme auf 8.181 oder um etwa 35% gegenüber dem Ausgangswert prognostiziert wird (NMSFFG 2005: 793). Aurich hat bereits heute mit einem Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten Bevölkerungszahl in Höhe von 3,2% (NMSFFG 2005: 778) einen der höchsten Werte in Niedersachsen, der in Zukunft weiter wachsen dürfte.

**Tabelle 18: Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Pflegebedürftigen in Aurich (2003-2020)**

|   |  | <b>Aurich</b> | <b>Niedersachsen</b> |
|---|--|---------------|----------------------|
| 2003  | Bevölkerungszahl                             | 189.652       | 7.993.415            |
|   | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)         | 33.182        | 1.458.681            |
|   | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>          | 17,5          | 18,2                 |
|   | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI               | 6.061         | 218.363              |
|   | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i> | 3,2           | 2,7                  |
| Prognosen<br>2020                           | Bevölkerungszahl                             | 191.302       | 7.962.178            |
|   | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)         | 42.550        | 1.677.561            |
|   | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>          | 22,2          | 21,1                 |
|   | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI               | 8.181         | 265.681              |
|   | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i> | 4,3           | 3,3                  |
| Prognose<br>Ver-<br>änderung<br>(2003-2020) | Ver-Anzahl Pflegebedürftiger                 | 2.120         | 47.318               |
|   | <i>Veränderung geg. Ausgangswert in %</i>    | 35,0          | 21,7                 |

Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

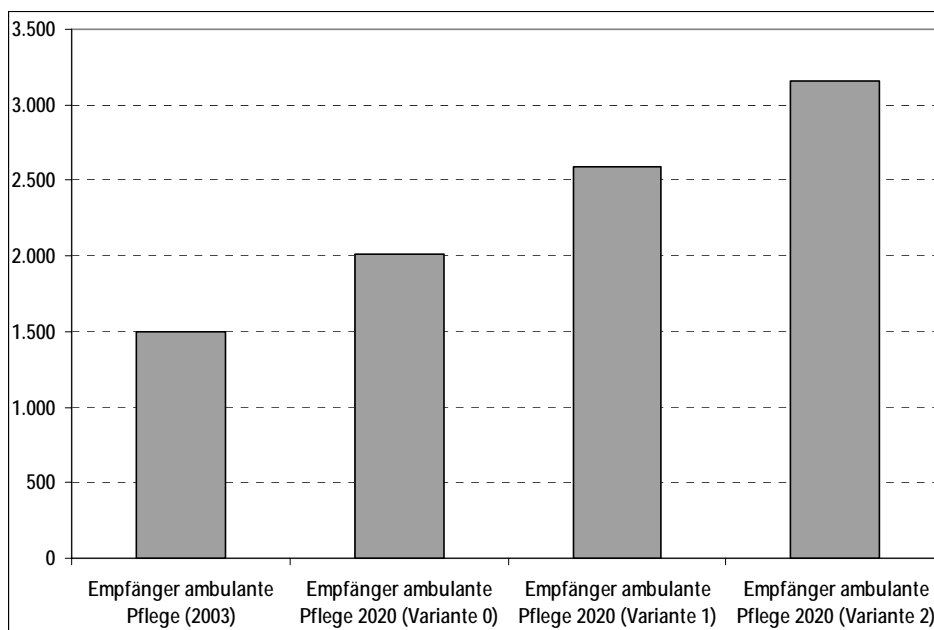
Bei diesen Prognosen muss unter anderem berücksichtigt werden, dass die dem zugrunde liegende Annahme auf der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose aufbaut und von einer *konstanten* Lebenserwartung sowie Pflegewahrscheinlichkeit sowie einem mittleren Wanderungssaldo ausgeht (siehe Kap. 1 u. 2). Allerdings ist wohl auch

<sup>79</sup> Auf die prognostische Unsicherheit und die mangelnden wissenschaftlichen Grundlagen dazu wurde oben bereits hingewiesen. Es sei hier lediglich nochmals betont, wobei insbesondere die sehr kleinräumige Projektion natürlich mit noch größeren Unwägbarkeiten konfrontiert ist.

künftig eher mit einer weiter steigenden Lebenserwartung zu rechnen, während aber wiederum die Morbiditätsentwicklung eher in eine positive Richtung zu weisen scheint (siehe oben, Kap. 2.1.2). Hinzu kommt, dass auch der Wanderungssaldo unter der Seniorenbevölkerung in Aurich im Jahr 2003 klar positiv war und es ist davon auszugehen, dass die küstennahe Region auch künftig weiter attraktiv für Zuwanderungen bei den Senioren ist, so dass die unten genannten Prognosen des Landes wohl eher etwas zu konservativ sein könnten.

Noch wichtiger als die demographische Entwicklung ist aber die Veränderung des Nachfrage- und Inanspruchnahmeverhaltens, was allerdings bisher wissenschaftlich wie dargestellt unzureichend untersucht wurde (vgl. Rothgang 2005, Landtag NRW 2005: 66). Wird aber zunächst eine (allerdings eher unwahrscheinliche) Konstanz des Anteils der Inanspruchnahme ambulanten Pflege auf dem Wert von 2003 unterstellt, so käme es zur quasi rein demographisch bedingten Projektion der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI (Variante 0) und einer Zunahme nur um gut 500 oder 35% gegenüber dem Ausgangswert (Abbildung 25).

**Abbildung 25: Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Aurich bis 2020**



Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis von NMSFFG 2005 u. NLS

Unterstellt man für die weitere Projektion der Inanspruchnahme, dass die künftige Nachfrageentwicklung eher einem weiteren expansiven Verlauf wie in den letzten Jahren folgt, so sind 2 unterschiedliche Varianten denkbar, wobei über die demographisch bedingte Zunahme an Pflegebedürftigen im Falle einer angenommenen abgeschwächten Fortsetzung der Nachfrageverschiebung hin zur ambulanten Pflege in Höhe von 0,41 Prozentpunkten pro Jahr bis zum Jahr 2020 etwa von einer Zunahme von 73%

gegenüber dem Ausgangswert auszugehen wäre, mit einer Summe ambulant versorgter Pflegebedürftiger von ca. 2.500 (Variante 1). Dieses Szenario erscheint angesichts des in den letzten vier Jahren zu verzeichnenden Anstiegs des Anteils der ambulant Gepflegten nicht überzeichnet, zumal vor dem Hintergrund der zu erwartenden ‚aufholenden Modernisierung‘ sozialer Milieus im Kreis Aurich mit den nachwachsenden Kohorten von Pflegebedürftigen. In einer optimistischeren oberen Variante 2 wird schließlich ein ähnlich wie bisher wachsender Anteil von Pflegebedürftigen mit ambulanter Pflege angenommen, wonach sich die Zahl der 2020 ambulant Gepflegten sogar bis auf ca. 3.200 oder um 112% gegenüber dem Ausgangswert von 2003 erhöhen könnte.

Aufgrund der beschriebenen Nachfragesituation und der Determinanten der sozialen Milieus im Landkreis auf der einen Seite und der bereits sehr starken Konkurrenzsituation im Landkreis Aurich auf der anderen Seite, ist derzeit aber eher nicht zu empfehlen, einen neuen Pflegedienst in diesem Gebiet einzurichten, auch wenn die Prognose künftig stark wachsende Inanspruchnahmezahlen ambulanter Pflegedienste verspricht, mit einer jährlichen Zunahme der durch ambulante Pflegedienste versorgten Klienten, alleine nach dem SGB XI, um ca. 100. Eher könnte die Ausweitung des Angebots des DRK-Pflegedienstes in Norden im Sinne eines übergreifenden Dienstleistungsportfolios und im Sinne der Nutzung ökonomischer ‚Skaleneffekte‘ in Betracht gezogen werden. Es ist jedoch abzusehen, dass Zusatzangebote sehr stark beworben werden müssen und dass nur eine *langfristig* und *größer* angelegte Strategie erfolgreich sein dürfte, die ggf. auch auf eine Verdrängung vorhandener Angebote setzen müsste, um ökonomische ‚Skaleneffekte‘ nutzen zu können.

So kommen unter den beschriebenen Rahmenbedingungen bisher offenbar auch nur in sehr beschränktem Maße Kooperationen in Gang, worunter nach unseren Befunden vor allem die folgenden Einrichtungen mögliche *Kooperationspartner* darstellen könnten:

|   |  |
|---|--|
| <b>Überleitungspflege am Kreiskrankenhaus Aurich</b><br>Christine Benner/Gertrud Ellerbroek<br>Wallinghausener Straße 8<br>26603 Aurich | <b>Balance Betreuungsdienst</b><br>Am Alten Siel 1<br>26506 Norden |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>Familienservice Weser Ems e.V.</b><br>Frau Saadhoff Walkens<br>Bavinkstraße 23<br>26789 Leer | <b>Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises Aurich</b><br>Gesundheitsamt Aurich<br>Extumer Weg 29<br>26603 Aurich |
|---|---|

Die Stadt Norden könnte als Standort perspektivisch auch deshalb eine sinnvolle Wahl darstellen, da es sich um eine unmittelbar an der Nordseeküste angrenzende und bei Senioren sehr beliebte Stadt handelt. Generell verzeichnet der Landkreis Aurich eine hohe Senioreneinwanderungsquote bei über 65-jährigen mit ca. 300-450 Zuwanderungen von 2001 bis 2003 (Eichhorn 2006). Die Küstengebiete haben dieses ökonomische Potential erkannt und diskutieren derzeit in den politischen Gremien, die Küste mit bau-

lichen Maßnahmen zum Seniorenurlaubsort umzubauen, was vermutlich die Zuwanderung älterer Mitmenschen weiter steigern wird. Laut Berichten, fällt es den zugezogenen Senioren aber bisher eher schwer, sich sozial zu integrieren, im Alter und bei Pflegebedürftigkeit sind sie wohl verstärkt auf fremde Hilfe angewiesen.

## 4.2. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Hildesheim

### 4.2.1. Soziale Struktur und Nachfrage

Der Landkreis Hildesheim liegt im südlichen Niedersachsen unweit der Landeshauptstadt Hannover und besteht aus den Gemeinden Alfeld, Algermissen, Bad Salzdetfurth, Bockenem, Diekholzen, Elze, Giesen, Harsum, Hildesheim, Holle, Nordstemmen, Sarstedt, Schellerten und Söhlde. Hinzu kommen die Samtgemeinden Duingen (mit Coppengrave, Duingen, Hoyershausen, Marienhagen und Weenzen), Freden (mit Everode, Freden, Landwehr und Winzenburg), Gronau (mit Banteln, Betheln, Brüggen, Despetal, Eime, Gronau und Rheden), Lamspringe (mit Harbarnsen, Lamspringe, Neuhof, Sehlen und Woltershausen) und Sibbesse (mit Adenstedt, Almstedt, Eberholzen, Sibbesse und Westfeld) (Abbildung 26).

Abbildung 26: Übersichtskarte Landkreis Hildesheim



Quelle: [www.niedersachsen.de](http://www.niedersachsen.de)

Auf 1205 km<sup>2</sup> leben im Landkreis Hildesheim 290.643 Einwohner, das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 242 Einwohnern pro km<sup>2</sup>, womit der Kreis relativ dicht besiedelt ist. Dabei ist aber deutlich zwischen dem Zentrum mit der Stadt Hildesheim und dem Umland zu unterscheiden: Die Einwohnerdichte in den ländlichen Regionen des Landkreises liegt nur bei 170 Einwohnern pro km<sup>2</sup>, während die 1112 Einwohner pro km<sup>2</sup> in der Stadt Hildesheim deutlich städtischer Natur sind. Hinzu kommen weitere sozialstrukturelle Unterschiede zwischen einzelnen Regionen des Kreises Hildesheim, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann. Insbesondere die Regionen in einem (vor allem nordöstlichen) Gürtel um Hildesheim (z.B. Harsum und Holle) sind sowohl hinsichtlich der Bevölkerung als auch wirtschaftlich in den letzten Jahren eher prosperierende Gegenden, während der Kernbereich und die südlichen Regionen eher stagnieren oder schrumpfen.

Im Jahr 2003 gab es im Landkreis Hildesheim insgesamt 9.683 Pflegebedürftige. Das entspricht in Relation zur Bevölkerung einer im niedersächsischen Vergleich überdurchschnittlichen Pflegequote von 3,31% (NMSFFG 2005: 778). Hinsichtlich der Nachfragestruktur dominiert zwar auch in Hildesheim die Inanspruchnahme von *Pflegegeld*, die aber mit 43% an allen durch die Pflegebedürftigen realisierten Pflegeformen im Jahr 2003 *unter* dem niedersächsischen Durchschnitt liegt (Tabelle 19). Von 1999 bis 2003 sank die Zahl der Leistungsempfänger von Pflegegeld zudem noch um 4% (NMSFFG 2005: 679) und der Anteil an allen Leistungsempfängern sank um fast 5 Prozentpunkte.

**Tabelle 19: Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Hildesheim (1999-2003)**

| Pflegebedürftige nach SGB XI |                              | Hildesheim                 | Niedersachsen |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------|
| <b>Pflegebedürftige ges.</b> | 1999                         | 9.065                      | 209.257       |
|                              | 2003                         | 9.683                      | 218.363       |
| <b>Pflegegeld</b>            | 1999 Anzahl                  | 4.327                      | 107.578       |
|                              |                              | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>47,7</i>   |
|                              | 2003 Anzahl Pflegebedürftige | 4.155                      | 100.028       |
|                              |                              | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>42,9</i>   |
| <b>ambulante Pflege</b>      | 1999 Anzahl                  | 1.727                      | 40.421        |
|                              |                              | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>19,1</i>   |
|                              | 2003 Anzahl                  | 2.139                      | 47.398        |
|                              |                              | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>22,1</i>   |
| <b>vollstationäre Pflege</b> | 1999 Anzahl                  | 2.968                      | 59.775        |
|                              |                              | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>32,7</i>   |
|                              | 2003 Anzahl                  | 3.313                      | 68.160        |
|                              |                              | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>34,2</i>   |

Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Im Kreis Hildesheim wählten 22% aller Pflegebedürftigen im Jahr 2003 *ambulante Hilfen*, deren Inanspruchnahme von 1999 bis 2003 um 24% anstieg (NMSFFG 2005: 679) und deren Anteil an allen Leistungsarten damit um drei Prozentpunkte oder 0,76-Punkte pro Jahr anstieg. Der starke Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter Hilfe wurde von einer Vertreterin der Sozialplanung des Landkreises bestätigt, die eine sich fortsetzende steigende Inanspruchnahme ambulanter Dienste erwartet. Die Inanspruchnahme *vollstationärer Dauerpflege* liegt im Kreis Hildesheim bei 34% und ist somit im niedersächsischen Vergleich leicht überdurchschnittlich. Die Zahl der Leistungsempfänger stieg von 1999 bis 2003 um 12% (NMSFFG 2005: 679).

Hinsichtlich der sozialen Milieus teilt sich der Kreis Hildesheim deutlich nach eher moderneren städtischen und eher tradierten ländlichen Gebieten auf. Insgesamt weist der Kreis Hildesheim aber eine eher städtische oder ‚modernere‘ soziale Struktur auf mit einer deutlich überdurchschnittlichen Frauenerwerbsquote (61% der erwerbsfähigen Frauen sind in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung geg. 40% im Land Niedersachsen), einer im Vergleich zum Landesmittel etwas unterdurchschnittlichen Quote an Eheschließungen, einer eher niedrigen Geburtenrate und einem durchschnittlichem verfügbaren Einkommen je Einwohner.

Auch in der Fokusgruppe wurde von einem deutlichen *Stadt-Land Gefälle* hinsichtlich der Akzeptanz ambulanter Pflege im Kreis Hildesheim gesprochen. In ländlichen Gebieten werde es oft als geradezu peinlich angesehen, fremde Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Besonders verpönt sei im ländlichen Bereich, allgemeine Betreuungsdienste in Anspruch zu nehmen, denn „*solche Dinge hat man selber zu leisten*“. Entsprechend werden solche Betreuungsangebote in solchen Gebieten nur sehr selten nachgefragt. Jedoch machten die Pflegedienste die Beobachtung, dass gerade Entlastungs- und Betreuungsleistungen einen Einstieg in die Inanspruchnahme nach weiteren ambulanten Diensten bedeuten können. Das gilt nicht nur für die Pflegebedürftigen selber, sondern auch für die Angehörigen. Mit Betreuungsdiensten können sich die Pflegebedürftigen zunächst stundenweise in „fremde Hände“ begeben und gewöhnen sich langsam an die fremde Hilfe.

Vertreter von Pflegediensten vermuten, dass besonders die *Arbeitslosigkeit* eine große Rolle bei der Inanspruchnahme ambulanter Pflege spiele.<sup>80</sup> Je höher die Arbeitslosigkeit sei, desto mehr werde das Pflegegeld in Anspruch genommen. Mit Zunahme der Arbeitslosigkeit beobachteten einige Vertreter von Pflegediensten einen starken Patienteneinbruch – diese Beobachtung widerspricht allerdings dem statistischen Anstieg der Inanspruchnahme ambulanter Pflege insgesamt. Die Möglichkeit, bei finanziellen Problemen das Sozialamt einzuschalten werde nur sehr selten in Anspruch genommen, ein solches Vorgehen würde eher als peinlich empfunden. Je nach Bedingungen

---

<sup>80</sup> Der Landkreis Hildesheim weist aber insgesamt keine wesentlich vom Landesdurchschnitt (10,6% im Dez. 2006) abweichende Arbeitslosenquote auf (vgl. [www.nls.niedersachsen.de](http://www.nls.niedersachsen.de)).



werden *Zusatzangebote* aber auch gerne in Anspruch genommen, wobei ein Pflegedienst das Folgende berichtete:

„Aber Leute, die mit uns als Pflegedienst zufrieden sind, die Pflegestufe ausschöpfen durch Pflege, sagen dann auch gerne, wir nehmen hauswirtschaftliche Versorgung oder so was zusätzlich in Anspruch, und zahlen das privat, um nicht noch mehr Leute im Haus zu haben.“

Von einem anderen Pflegedienst eines gemeinnützigen Trägers in Sarstedt wurde die Beobachtung gemacht, dass die *Bereitschaft zur privaten Zuzahlung* zwar zunehme, Zusatzangebote wie hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Hausmeister Tätigkeiten und Gartenarbeiten würden jedoch nur sehr selten und nicht regelmäßig in Anspruch genommen, da sie zu teuer seien.

Ein Tabuthema sei laut Pflegediensten und sozialpsychiatrischem Dienst die Erkrankung an *Demenz*, die häufig nach außen hin vertuscht werde. Angehörige von Demenzerkrankten nehmen nur selten ambulante Hilfe in Anspruch. Sie bemängeln die unzureichende Qualifizierung des Pflegepersonals auf diesem Gebiet. Insbesondere von Angehörigen Demenzerkrankter werden aber laut der Befragungen *Tagespflegeplätze* gewünscht. Eine werktätige Frau berichtete von ihrem an Demenz erkrankten Mann, für den sie nur schwer eine Unterbringung gefunden habe. Pflegeheime der Umgebung verweigerten seine Aufnahme wegen dessen Bestrebungen, wegzulaufen. In der einzigen Tagespflegestelle in Gronau<sup>81</sup> konnte ihr Mann lediglich auf eine lange Warteliste gesetzt werden, schließlich fand das Ehepaar einen Platz in einem Pflegeheim. Dort sei der Erkrankte jedoch laufend fixiert worden, in dem sein Arm an eine Heizung angebunden worden sei. Schließlich wurde ein angemessenes Pflegeheim in Buchholz gefunden. Vorgezogen hätte die Angehörige jedoch eine Tagespflegereinrichtung zur Betreuung mit der Möglichkeit, ihren Mann abends nach Hause holen zu können. Neben den Tagespflegereinrichtungen wünschen sich die Angehörigen auch *Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte*, diese werden als weitere Alternative zum Pflegeheim angesehen.

#### **4.2.2. Angebot**

Im Landkreis Hildesheim gibt es 2006 nach unseren Recherchen 55 ambulante Pflegedienste, nach der Pflegestatistik nach SGB XI waren es Ende 2003 noch 47. Wie gesagt ist die Zahl der Dienste aber nicht sehr wesentlich zur Einschätzung des Angebotes im Pflegemarkt, welches besser durch die Zahl der Beschäftigten abgebildet wird weil die Größe der Pflegedienste stark streut (diese scheinen im Mittel eher klein mit ca. 11 Vollzeitäquivalenten). Im Landkreis Hildesheim ist die Zahl der Beschäftigten in

---

<sup>81</sup> Die Tagespflege des DRK ist als Solitäreinrichtung eingerichtet, es können maximal 15 Tagesgäste pro Tag aufgenommen werden. Die Auslastung beträgt 90%, das maximale Einzugsgebiet umfasst einen Radius von 20km.

Pflegediensten laut Pflegestatistik in neuerer Zeit rückläufig, von 880 (2003) auf 837 (2005), woraus sich zusammen mit den allerdings groben Angaben zu den Beschäftigungsumfängen wiederum ansatzweise eine Zahl von 510 (2003) und 465 (2005) Vollzeitäquivalenten errechnen lässt. Dieser Rückgang steht in auffälligem Kontrast zu den oben dargelegten Wachstumszahlen bei der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen – ähnlich der Situation bei den befragten DRK-Sozialstationen in Niedersachsen (vgl. Kap. 3). Auf eine Beschäftigte (Vollzeitäquivalent) kommen im Mittel in Hildesheim 4,2 ambulant versorgte Pflegebedürftige nach SGB XI.

Die befragten Dienste bezeichnen die *Konkurrenzsituation* im Landkreis Hildesheim als *entspannt*. Die Dienste der Fokusgruppe waren sich einig, dass sich zudem die *Ver-netzung* der Pflegedienste untereinander in den vergangenen Jahren verbessert habe, diese möchten die Dienste gerade auch im Hinblick auf die Schulungen von Personal (zur besseren Betreuung von Demenzzkranken) ausweiten. Im Landkreis Hildesheim gibt es keine Pflegekonferenz – eine Vertretung der Sozialplanung des Landkreises begründete dies mit „zu wenig Personal“ und „zu großem Aufwand“.

Bei den größten Pflegediensten im Landkreis Hildesheim gehören Wochenenddienst, Rund-um-die-Uhr-Pflege, Nachtpflege und 24 Stunden-Erreichbarkeit zum Servicestandard. Verbreitete Zusatzangebote sind die ambulante Sterbehilfe, Essen auf Rädern, Hauswirtschaftliche Hilfen, Begleitservice, sowie Vermittlung von Friseur, mobiler Fußpflege und Gartenarbeit. Ein Pflegedienst bietet zudem die Vermittlung von Handwerkern sowie die Kinderbetreuung an. Entlastungs- und Betreuungsleistungen werden häufig von *Zivildienstleistenden* und *ehrenamtlichen Mitarbeitern* erfüllt. Der „Familienentlastende Dienst“ der Stadt Hildesheim, der 50 Klienten betreut, beschäftigt neben ausgebildeten Erziehern und Heilerziehern auch Studenten und ehemalige Zivildienstleistende, die eine Aufwandsentschädigung von 8 € pro Stunde erhalten. Auch die Sozialstation in Sarstedt bietet ehrenamtliche Betreuung an, dafür werden 5-10 ehrenamtliche Mitarbeiter beschäftigt, die eine Aufwandsentschädigung von 5 € in der Stunde erhalten. Ein weiteres Projekt, das mit ehrenamtlichen Mitarbeitern arbeitet, ist ‚FRIDA‘. Hier handelt es sich um ein Betreuungsangebot des Angehörigenkreises Demenz- und Alzheimererkrankter in Hildesheim. Neben der Betreuung bietet FRIDA auch die Beratung über Leistungen der Pflegekasse und Betreuungsangebote durch geschulte<sup>82</sup> Freiwillige an. Außerdem gibt es einen Angehörigen-Gesprächskreis mit zeitgleicher Betreuung der Erkrankten. Wichtig ist den Leiterinnen besonders eine Kontinuität in der Betreuung. Rekrutiert werden die Ehrenamtlichen über Werbung in der Zeitung, es werden aber auch Haustürbesuchen, z.B. bei Kirchenvorständen oder DRK Kreisverbänden gemacht.

Neben der *Tagespflegeeinrichtung* des DRK in Gronau bietet die AWO am Knüppelbrink stundenweise Betreuung (auch am Wochenende) an, hier handelt es sich je-

---

<sup>82</sup> Die Schulung findet im Vorfeld statt und hat einen Umfang von 20 Stunden. Des Weiteren werden Fortbildungen angeboten.

doch nicht um eine Tagespflege im herkömmlichen Sinn. Zusätzlich zu diesen Angeboten gibt es in einigen Pflegeheimen eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Anders als in den Landkreisen Aurich und Osnabrück scheint die Vertretung der Sozialplanung des Landkreises Hildesheim gegenüber dem Konzept von *Wohngemeinschaften* für ältere Menschen positiv eingestellt zu sein. Derzeit wird vom Landkreis gar über eine Förderung solcher Projekte nachgedacht. In Planung befindet sich derzeit eine Wohngemeinschaft in Sarstedt. Dabei gebe es allerdings Probleme mit der Finanzierung, da es an Planungssicherheit mangle. Laut der Vertreterin der Sozialplanung des Landkreises gibt es zudem generell zu wenige *pflege- und behindertengerechte Wohnungen* im Landkreis. In der Fokusgruppe wurden spezielle *Fachkräfte für Demenzerkrankte* gefordert. Bisher sei der Umgang mit Demenzkranken und deren Krankheit von Seiten der Pflegekräfte sehr mangelhaft. Selbst Ärzte seien mit dem Krankheitsbild und dessen Therapie nicht vertraut. Mitglieder des Angehörigenkreises Demenz wünschten sich *zu mietende Autos, die für Rollstuhltransport* geeignet sind. Weiterhin zeigten sich befragte Angehörige schlecht informiert – über *Beratungsleistungen* der ambulanten Pflegedienste war ihnen bisher nichts bekannt. Informationen erhalten sie lediglich über das Angehörigentreffen. Zwar liegen auch beim Landkreis und bei der Stadt Broschüren über die Pflege im Landkreis aus, das sei jedoch wenigen bekannt. Von den Angehörigen wurde der Wunsch nach einer festen *Beratungsstelle* geäußert.

#### **4.2.3. Probleme**

Bei der Frage nach Schwierigkeiten oder Problemen in der ambulanten Pflege gaben Vertreter von Angehörigenkreisen an, die Pflegedienste schienen über *enormen Zeitdruck* zu leiden, was wiederum die Qualität der Pflege beeinträchtigt. Gleichzeitig nehmen die Einsätze pro Tag bei den Pflegebedürftigen zu, es gebe eine Tendenz zu mehr schwerpflegebedürftigen Klienten und berufstätigen Angehörigen.

Die Pflegedienste berichten von *Schwierigkeiten mit der Abrechnung von Zusatzangeboten*, wenn diese über die Pflegekasse abgerechnet werden soll. Falls in so einem Fall z.B. ausschließlich hauswirtschaftliche Hilfe in Anspruch genommen und keine eigentlichen Pflegeleistungen erbracht würden, würden Pflegekassen diese Leistungen nicht begleichen. Das Problem werde häufig dadurch umgangen, dass die Dienste zusätzlich eine „kleine Pflegeleistung“, wie etwa ein Fußbad erbringen. Auch hier wird wiederum die ‚Kultur‘ und Einstellung im Sinne eines Anspruchs auf ‚Vollkostenerstattung‘ deutlich, was nicht nur bei Klienten, sondern wohl auch bei den Vertretern der Pflegedienste nach wie vor stark verbreitet scheint.

Weiterhin wurde von den Pflegediensten die *Zusammenarbeit mit Ärzten* bemängelt. Die Dienste beobachten den Trend, dass Ärzte anstelle von Verordnungen Überweisungen an Fachärzte schreiben. Dadurch entstehen auch für die Pflegebedürftigen Probleme, unter anderem müssen diese zunächst auf eigene Kosten den Krankentransport zum Facharzt organisieren. Die *Überleitung* aus dem St. Bernward Kranken-

haus funktioniere nur *mangelhaft*, oft werde zum Wochenende entlassen, daraus ergeben sich organisatorische Probleme in der Erreichbarkeit von Ärzten und Apotheken. Häufig werde zudem vor der Entlassung nicht geklärt, ob jemand für die Pflege zu Hause bereitstehe. Vereinzelt gebe es Patienten, die nach der Entlassung hilflos und auf sich allein gestellt seien. Zur Verbesserung der Situation wird derzeit geplant, einen Pflegedienst in das Krankenhaus zu integrieren.

Es gibt im Landkreis Hildesheim zwar nur wenige ambulant betreute *Intensivpflegepatienten*, jedoch einige Patienten, die künstlich beatmet werden müssen. Darauf seien laut der Vertreterin einer Krankenkasse weder ambulante Pflegedienste, noch stationäre Einrichtungen in ausreichender Weise vorbereitet.

#### 4.2.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen

Die Bevölkerungsentwicklung im Kreis Hildesheim wird vom Landesamt für Statistik unter den genannten (eher konservativen) Annahmen insgesamt als etwas rückläufig erwartet, wobei bis zum Jahr 2020 ein Minus von knapp 6 % gegenüber dem Ausgangswert von 2003 prognostiziert wird (Tabelle 20). Wie gesagt stellt sich die Entwicklung der Bevölkerung regional im Kreis voraussichtlich unterschiedlich dar, worauf hier aber nicht näher eingegangen werden kann. Insgesamt stark zunehmen (plus 7%) dürfte laut der Prognosen in diesem Zeitraum vor allem die Zahl der Senioren, deren Anteil von 19,7% (2003) auf 22,3% (2020) anwachsen könnte.

**Tabelle 20: Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Hildesheim (2003-2020)**

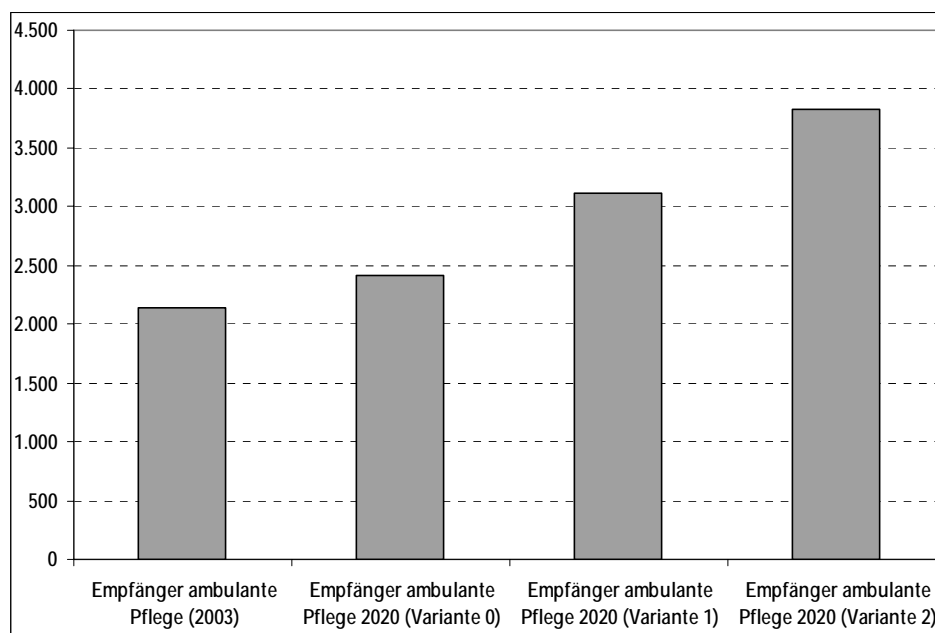
|                                    |  | Hildesheim | Niedersachsen |
|------------------------------------|--|------------|---------------|
| 2003                               | Bevölkerungszahl                             | 292.358    | 7.993.415     |
|                                    | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)         | 57.579     | 1.458.681     |
|                                    | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>          | 19,7       | 18,2          |
|                                    | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI               | 9.683      | 218.363       |
|                                    | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i> | 3,3        | 2,7           |
| Prognosen<br>2020                  | Bevölkerungszahl                             | 275.752    | 7.962.178     |
|                                    | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)         | 61.531     | 1.677.561     |
|                                    | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>          | 22,3       | 21,1          |
|                                    | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI               | 10.916     | 265.681       |
|                                    | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i> | 4,0        | 3,3           |
| Prognose<br>änderung<br>2003- 2020 | Ver-Anzahl Pflegebedürftiger                 | 1.233      | 47.318        |
|                                    | <i>Veränderung geg. Ausgangswert in %</i>    | 12,7       | 21,7          |

Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Entsprechend der demographischen Entwicklung wird erwartungsgemäß auch die Zahl der Pflegebedürftigen im Kreis Hildesheim wachsen, wobei bis zum Jahr 2020 mit einer Zunahme um 13% geg. dem Ausgangswert von 2003 gerechnet wird (NMSFFG 2005: 793). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Wanderungssaldo im Kreis Hildesheim auch bei den Senioren 2003 leicht negativ war und wiederum im Kreis eher unterschiedlich attraktive Gebiete für die Senioren zu verzeichnen sind.

Neben der Bevölkerungsentwicklung stellt die Veränderung sozialer Einstellungen und die dadurch bedingte Veränderung der Nachfragestruktur die wesentliche Grundlage dar, um die künftige Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienstleistungen in der Region Hildesheim abzuschätzen. Wiederum werden hier unterschiedliche Szenarien der Entwicklung der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen aufgezeigt: Wird angenommen, dass künftig *keine* weitere Verschiebung der Struktur der Inanspruchnahme eintreten wird, dann ergäbe sich eine rein demographisch bedingte eher geringe Zunahme der Nachfrage nach ambulanter Pflege (Variante 0) (Abbildung 27).

**Abbildung 27: Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Hildesheim bis 2020**



Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis von NMSFFG 2005 u. NLS

Dieses Szenario der Variante 0 erscheint angesichts des in den letzten vier Jahren im Mittel um 0,76 Prozentpunkte jährlich zunehmenden Anteils der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen aber eher unwahrscheinlich, auch vor dem Hintergrund des skizzierten sozialen Wandels. Dieser ist zwar wie dargestellt im Kreis Hildesheim insgesamt schon weiter fortgeschritten, aber mit den auch hier sich noch wandelnden Familienstrukturen und vor allem den nachwachsenden jüngeren und besser gebildeten und ökonomisch besser gestellten Kohorten

älter Menschen erscheinen weiter steigende positivere Einstellungen zur Inanspruchnahme ambulanter Pflege und weitere Verschiebungen der Nachfragestruktur in diese Richtung eher wahrscheinlich.

Insofern wird in der Variante 1 ein weiterer moderater Zuwachs des Anteils der ambulant versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen angenommen mit der Hälfte bisheriger Steigerungsraten, womit 2020 eine um etwa 46% höhere Zahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger einträte und der Anteil der ambulant Versorgten an allen Pflegebedürftigen bei 28,5% läge. Schließlich werden in einer aus der Sicht ambulanter Pflegedienste optimistischen oberen Variante 2 die bisherigen Wachstumsraten prolongiert, womit bis 2020 sogar eine Zunahme der so versorgten Pflegebedürftigen um 79% gegenüber dem Wert von 2003 eintreten könnte. Trotz zahlreicher ambulanter Dienste erscheint aufgrund der skizzierten zu erwartenden weiteren positiven Nachfrageentwicklung und angesichts der offenbar eher entspannten Konkurrenzsituation im ländlichen Gebiet des Landkreises Hildesheim eine Ausweitung von Kapazitäten möglich. Hierbei sollten Synergien und Skaleneffekte genutzt werden und auch vorhandene Angebote möglichst aufeinander bezogen oder gebündelt werden, um die Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. Diese Überlegung gilt aber auch losgelöst von der Region Hildesheim und regional übergreifend, worauf weiter unten näher eingegangen werden wird.

Hinsichtlich weiterer Standortüberlegungen scheint – ungeachtet der Frage einer möglichen strategischen Verdrängung vorhandener Angebote – das gesamte Umland der Stadt Hildesheim in fester Hand verschiedenster Träger der Wohlfahrtsverbände zu sein. Hinzu kommt eine Vielzahl privater Anbieter, die aber eine eher untergeordnete Rolle zu spielen scheinen. Der Raum Alfeld ist flächendeckend mit den vier Sozialstationen Elze-Nordstemmen, Gronau-Duingen, Alfeld und Sibbesse-Lamspringe-Freden abgedeckt. In Gronau gibt es ergänzend ein DRK-Altenheim und eine DRK-Tagesstätte und der DRK-Kreisverband ist in Alfeld außerdem noch mit dem Seniorenbüro präsent. Im Norden des Landkreises scheint der Markt durch die Diakoniestation Sarstedt (inkl. den Vereinen ‚Spontan‘ und ‚Zeitlos‘), dem ambulanten Pflegedienst Rochlitz-Furich in Algermissen und einer Caritas-Sozialstation in Groß-Förste offensichtlich weitgehend abgedeckt. Die Ortschaften Hoheneggelsen, Söhle und Schellerten werden womöglich von der Diakoniestation Bockenem-Hoheneggelsen (inkl. dem Verein ‚HILDE‘) mit versorgt. Im Süden, nahe der Stadt Hildesheim gibt es in Groß Dungen eine Sozialstation der AWO mit mehr als 25 Fahrzeugen. Weiter in Richtung Südosten, in Bockenem wiederum existiert die oben erwähnte Sozialstation der Diakonie mit auch einem Team in Holle.

Eine Ausbauperspektive könnte also unter Umständen – vorbehaltlich einer weiteren Prüfung – in Zusammenarbeit mit den Sozialstationen des Kreisverbandes Alfeld die Fläche westlich und südlich in und um Hildesheim zu schließen, wobei gleichzeitig eine Ausweitung innerhalb des Stadtgebietes angestrebt werden sollte und eben die besagten Kooperationen oder Zusammenschlüsse weiter geprüft werden sollten. Mit folgen-

den Einrichtungen könnten dessen ungeachtet eventuelle zusätzliche *Kooperationen* oder *Vernetzungen* eingegangen werden:

**Die Machmits**

c/o Betreuungsverein Hildesheim e.V.  
Gropiusstr. 3, 31135 Hildesheim  
Homepage: <http://www.die-machmits.de/>  
**Betreuungsverein Hildesheim e.V.**  
<http://www.betreuungsverein-hildesheim.de/>

**Hospizbewegung Hildesheimer Land**  
Bürgermeister-Sander-Str. 10, 31167 Bockenem

**Hospizverein Hildesheim und Umgebung e.V.**  
Hückedahl 12, 31134 Hildesheim  
<http://www.hospizverein-hildesheim.de/>

**FeD Familienentlastender Dienst der Lebenshilfe KV Hildesheim e.V.**  
<http://www.lebenshilfehildesheim.de/fed.html>

**HILDE - Hilfe für demenzerkrankte Menschen**  
Diakoniestation Hoheneggelsen  
Bürgermeister-Sander-Str. 10, 31167 Bockenem  
<http://www.dsst-boho.de/>

**Bonus e.V. Freiwilligen-Zentrum Hildesheim**

Kardinal Bertram Str.35  
31134 Hildesheim  
<http://www.freiwilligen-zentrum.de/>

**DRK-Tagespflege Gronau**

Nordstr. 6, 31028 Gronau  
E-Mail: [k.wolter-wickbold@drk-alfeld.de](mailto:k.wolter-wickbold@drk-alfeld.de)

**Angehörigenkreis Demenz- und Alzheimererkrankter Hildesheim**

Helga Kassebom  
<http://www.alzheimergruppe-hildesheim.de/>  
**FRIDA - Freiwilligeninitiative für demenzerkrankte Menschen und ihre pflegenden Angehörigen**  
<http://www.alzheimergruppe-hildesheim.de/>

**Spontan**

Die Nachbarschaftshilfe im Alltag  
Eulenstr. 7, 31157 Sarstedt  
<http://www.diakonie-hildesheim-sarstedt.de/einr-spontan.html>

**Zeitlos**

Diakoniestation Sarstedt  
Lindenallee 5, 31157 Sarstedt  
[DST.Hildesheim-Sarstedt@evlka.de](mailto:DST.Hildesheim-Sarstedt@evlka.de)

### **4.3. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Northeim**

#### **4.3.1. Sozialstruktur und Nachfrage**

Der Landkreis Northeim liegt im südlichen Niedersachsen mit den ihm angehörigsten Städten und Gemeinden Northeim, Bad Gandersheim, Dassel, Einbeck, Hardegsen, Moringen, Uslar, Kalefeld, Katlenburg-Lindau, Kreiensen, Bodenfelde, Nörten-Hardenberg und der Solling. Insgesamt hat der Landkreis ca. 146 Tsd. Einwohner und erstreckt sich auf ein Gebiet von 1.266 km<sup>2</sup>. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von ca. 116 Einwohnern pro km<sup>2</sup>, womit der vorwiegend ländlich geprägte Kreis Northeim nur eher dünn besiedelt ist. Northeim gehört wie andere Kreise im südlichen Niedersachsen mit zu den im Lande am stärksten schrumpfenden und alternden Regionen (Kröhnert et al. 2004), wobei sich aber auch im Kreis Northeim zum Teil große Unterschiede zeigen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann (s. Regionalentwicklungsplanung, [www.landkreis-northeim.de](http://www.landkreis-northeim.de)).

**Abbildung 28: Übersichtskarte Landkreis Northeim**



Quelle: [www.niedersachsen.de](http://www.niedersachsen.de)

Im Jahr 2003 hatte der Landkreis Northeim 5.361 Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI und laut Pflegestatistik, das entspricht einer im niedersächsischen Vergleich sehr hohen Pflegequote von 3,61 (NMSFFG 2005: 675 ff.; Tabelle 21). Jedoch nahm hier im Gegensatz zum Trend im Land insgesamt die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 bis 2003 leicht ab, nämlich um 0,9% geg. dem Ausgangswert. Auch im Landkreis Northeim dominiert hinsichtlich der Nachfragestruktur aber bei weitem noch die Inanspruchnahme von *Pflegegeld* für selbst beschaffte informelle Pflegehilfen, wenngleich der Anteil an den Empfängern insgesamt von 52,8% (1999) auf nur noch 48,3% (2003) stark zurückging. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Landesmittel aber immer noch überdurchschnittlich. Stagnierend oder gar leicht rückläufig ist dagegen der Anteil der Pflegebedürftigen mit *ambulanten* Hilfen, der Ende 2003 bei 22,4% lag – was auch im Gegensatz zur Expansion der ambulanten Pflege im Land insgesamt steht. Der Anteil der Inanspruchnahme ambulanter Pflege liegt aber im Landkreis Northeim gleichwohl leicht über dem Landesmittel. Schließlich nahmen im Jahr 2003 28% aller Pflegebedürftigen *vollstationäre Pflege* in Anspruch, was etwas unter dem Landesmittel liegt. Von 1999 bis 2003 hat sich die Zahl der Leistungsempfänger vollstationärer Pflege in Northeim aber um 16% erhöht und deren Anteil an allen Pflegebedürftigen ist um 4 Prozentpunkte gestiegen.



**Tabelle 21: Pflegebedürftige nach Art der  
gewählten Pflegeleistung im Landkreis Northeim (1999-2003)**

| Pflegebedürftige nach SGB XI |      | Northeim                   | Nieder-<br>sachsen |         |
|------------------------------|------|----------------------------|--------------------|---------|
| <b>Pflegebedürftige ges.</b> | 1999 | 5.408                      | 209.257            |         |
|                              | 2003 | 5.361                      | 218.363            |         |
| <b>Pflegegeld</b>            | 1999 | Anzahl                     | 2.853              | 107.578 |
|                              |      | <i>Anteil an ges. in %</i> | 52,8               | 51,4    |
|                              | 2003 | Anzahl                     | 2.591              | 100.028 |
|                              |      | <i>Anteil an ges. in %</i> | 48,3               | 45,8    |
| <b>ambulante Pflege</b>      | 1999 | Anzahl                     | 1.215              | 40.421  |
|                              |      | <i>Anteil an ges. in %</i> | 22,5               | 19,3    |
|                              | 2003 | Anzahl                     | 1.203              | 47.398  |
|                              |      | <i>Anteil an ges. in %</i> | 22,4               | 21,7    |
| <b>vollstationäre Pflege</b> | 1999 | Anzahl                     | 1.286              | 59.775  |
|                              |      | <i>Anteil an ges. in %</i> | 23,8               | 28,6    |
|                              | 2003 | Anzahl                     | 1.491              | 68.160  |
|                              |      | <i>Anteil an ges. in %</i> | 27,8               | 31,2    |

Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Northeim ist ein überwiegend ländlicher Kreis mit entsprechenden Sozialstrukturen, die aber keinem allzu stark ausgeprägten tradierten Muster zu entsprechen scheinen: So ist die Frauenerwerbsquote mit 37,8% nur etwas niedriger als in ganz Niedersachsen (40%), wobei aber berücksichtigt werden muss, dass Niedersachsen generell weithin ländlich geprägt ist und die Frauenerwerbsquote Northeims gegenüber dem eher städtischer geprägten Kreis Hildesheim (61%) durchaus ein großes Aufholpotential hätte – vorausgesetzt der Arbeitsmarkt hätte auch die entsprechenden Angebote. So ist die wirtschaftliche Entwicklung eher stagnierend bis rückläufig, das mittlere verfügbare Einkommen in Northeim etwas geringer als im Landesmittel und wiederum sehr viel geringer als jenes in Hildesheim, bei einer überdurchschnittlichen Arbeitslosenquote. Der vor allem bei jüngeren Menschen, aber auch selbst bei Senioren in den letzten Jahren leicht negative Wanderungssaldo verdeutlicht die großen strukturellen Probleme des Kreises, wobei lediglich Moringen und zum Teil Hardegsen positive Ausnahmen darstellen. Im übrigen ist die Geburtenrate in Northeim und auch die Zahl der Eheschließungen jeweils niedriger als im Landesdurchschnitt.

#### **4.3.2. Angebot**

Im Landkreis Northeim ist in jedem größeren Ort mindestens ein Pflegedienst vorhanden. Insgesamt gibt es nach unseren Recherchen im Sommer 2006 insgesamt 24 Pflegedienste, 1999 waren es laut Pflegestatistik noch 18, Ende 2003 gab es 20 Dienste. Mit der Zahl der Dienste nahm auch die der Beschäftigten im Kreis Northeim stark

zu: Waren es laut Pflegestatistik 2003 noch 380 (212 geschätzte Vollzeitäquivalente), so sind es Ende 2005 immerhin 431 (239 geschätzte Vollzeitäquivalente) oder 13,4% mehr Beschäftigte in Pflegediensten, trotz der im gleichen Zeitraum wie dargestellt stagnierenden Klientenzahl. Die mittlere Größe der Dienste scheint eher klein, während die Zahl der versorgten Pflegebedürftigen pro Beschäftigten (5,7 pro Vollzeitäquivalent) deutlich höher ist als im Landesmittel (4,2), wobei wir uns über die bereits an anderer Stelle diskutierte beschränkte Aussagekraft dieser Kennzahlen bewusst sind.

Die *Konkurrenzsituation* im Landkreis scheint aber auch laut Befragungen im Kreis Northeim eher entspannt zu sein. In der Fokusgruppe wurde berichtet, die Auslastung der Pflegedienste im Landkreis sei gut, zudem wechseln die Pflegebedürftigen selten den Pflegedienst. Schließungen ambulanter Pflegedienste fänden äußerst selten statt. Eine *Vernetzung* der Pflegedienste ist nicht vorhanden, jedoch von den Pflegediensten nach eigener Aussage erwünscht. Bisher fehle es jedoch an einem Initiator für regelmäßige Treffen.

Zum Standardservice gehören bei den größten Pflegediensten der Wochenenddienst und die Rund-um-die-Uhr-Pflege. Zusatzangebote werden lediglich über Kooperationen und Vermittlungen angeboten. Dazu gehören Hausnotruf, Fußpflege, Friseur, Seelsorger, Betreuungsverein, Kurzzeit-Tagespflege und Essen auf Rädern. Das Geld, das Pflegebedürftigen für *Entlastungs- und Betreuungsangebote* zur Verfügung steht, werde laut Expertenbefragungen im Landkreis selten ausgeschöpft. Zudem seien diese Leistungen zum einen oft unbekannt, zum anderen herrsche die Einstellung „*Ich schaffe das schon*“. Dabei ist anzumerken, dass es im Landkreis Northeim noch nicht lange Anbieter im Bereich der Entlastungs- und Betreuungsangebote gibt. Ein ambulanter Dienst bietet die Leistungen seit einem Jahr an und ist gut ausgelastet. Die Aufgaben übernehmen 20-22 *Ehrenamtliche*, die eine Aufwandsentschädigung erhalten.

Weitere ehrenamtliche Dienste übernimmt der Verein: „Senioren heute e.V.“ in Northeim, wobei die 800 bis 1000 Mitglieder aus einem umfangreichen Angebot wählen können, z.B. werden Gymnastik, Wandern, Skat, Bridge, Singen, Tanzen und Ausflüge angeboten. Zusätzlich bringt der Verein die Zeitschrift „Senioren heute: Northeimer Zeitschrift für Senioren“, die vierteljährlich erscheint, heraus. Ehrenamtliche werden auch beim Dienst zur Entlastung von Familien des DRK Kreisverbandes Einbeck eingesetzt, die stundenweise Betreuung für Kinder und Jugendliche, Behinderte und Senioren anbieten. Den Mitarbeitern zahlt der Dienst für die Betreuungseinsätze eine Aufwandsentschädigung von 7,50 € pro Stunde und eine Kilometerpauschale von 0,22 € pro Kilometer.

Auch im Landkreis Northeim wird von den Angehörigen eine bessere *Beratung* über die Dienstleistungsangebote und die individuellen Versorgungsbedarfe und -möglichkeiten gewünscht, insbesondere um weitere finanzielle Verbesserungen zu erhalten. Angehörige rechneten in den Interviews unter anderem damit, dass Höherstufungen in den Pflegestufen bei besserem Informationsstand schneller erreicht werden

könnten. Auch die Beratung bei Krankenhausentlassungen wird als mangelhaft bewertet.

Doch auch von den Anbietern, etwa solchen der Tagespflege, wurde der geringe Informationsstand vieler Menschen bemängelt. Die Pflegeform der Tagespflege sei häufig nicht bekannt, ebenso der Begriff „niedrigschwellige Betreuung“ (in dieser Studie „Entlastungs- und Betreuungsangebote“ genannt). Mundpropaganda reiche laut Anbieter hier nicht aus, um diese Pflegeformen bekannter zu machen. Ein Vertreter einer Pflegekasse sieht einen generellen Bedarf an *Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige*. Dabei wurde von einer besonders hohen Belastung pflegender Angehöriger von *behinderten Kindern und Jugendlichen* berichtet. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppe erschien das *Tagespflegeangebot* trotz einiger Angebote noch als zu niedrig. Angebote gibt es jeweils in Nörten-Hardenberg und in Einbeck mit jeweils einer Tagespflegeeinrichtung. In Northeim hält eine DRK-*Kurzzeitpflegeeinrichtung* 22 Plätze bereit, weitere Kurzzeitpflegebetten gibt es im Serturner Krankenhaus in Einbeck.

Einen Nachfrageüberhang gebe es im Kreis Northeim bei Angeboten des *Betreutes Wohnens*. Derzeit gibt es in Einbeck ca. 44 betreute Eigentumswohnungen. Zur Anlage gehören zudem ein Cafe-Restaurant und ein Lebensmittelgeschäft. Von Angehörigen von Pflegebedürftigen wurde wiederum in unseren Befragungen ein großes Interesse an *Wohngemeinschaften* für Pflegebedürftige bekundet.

Bisher gibt es kein Angebot von „Soziotherapie“ bzw. *ambulanter psychiatrischer Pflege*, obwohl laut Pflegekassen-Vertreter gerade in Südniedersachsen dazu ein erhöhter Bedarf bestehe. Auch im Landkreis Northeim fehlen laut den Befragungen in der Fokusgruppe Fachkräfte für die fachlich qualifizierte Pflege und Betreuung von *Demenzkranken*. Der Bedarf an *Sterbebegleitung* ist laut Angaben in der Fokusgruppe ebenso noch nicht gedeckt. Derzeit wird von den Menschen bei Bedarf ein ambulantes Hospiz in Northeim und ein stationäres Hospiz in Göttingen genutzt, jedoch decken diese Angebote laut Aussagen der Befragten den Bedarf nicht ab. Dringend erforderlich seien zwei bis drei „Sterbebetten“ in einem Krankenhaus oder Pflegeheim im Landkreis.

#### **4.3.3. Probleme und Kritik**

Auf die Frage nach Problemen und Schwierigkeiten in der Fokusgruppe sowie den Experteninterviews wurden insbesondere die bereits erwähnten Angebotsdefizite im Landkreis angesprochen. Des Weiteren bewegte sich die Diskussion immer wieder auf die aktuelle Gesundheitsreform zu, so dass die Moderatoren auf das eigentliche Thema zurücklenken mussten. Als Meinungen zu den Regelungen der Pflegeversicherung wurden die immer seltener genehmigten *Höherstufungen* durch die Pflegekassen bekundet. Zudem sei die Dauer bis zu einer *ersten Einstufung* durch den MDK von 3 bis 6 Monaten entschieden zu lang.

Bemängelt wurde von den Pflegediensten zudem die noch immer bestehende Einstellung Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger, bei der Pflegeversicherung handele es sich um eine Vollkaskoversicherung, sowie die schlechte Informationslage. Die Pflegedienste sahen sich dabei interessanterweise nicht als Hauptverantwortliche für die Beratung.

#### 4.3.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen

Bis zum Jahr 2020 wird im Kreis Northeim nach den Prognosen des Landesamtes für Statistik mit einer stark schwindenden Bevölkerungszahl gerechnet (mit einem Minus von 13% gegenüber dem Wert von 2003) (Tabelle 22). Demgegenüber wird die Zahl der Senioren leicht zunehmen (Plus 2,5%), so dass deren Anteil an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2020 deutlich wachsen dürfte auf über 25% (oder etwa 4 Prozentpunkte mehr als 2003). Aufbauend auf diesen demographischen Prognosen mit den oben genannten zugrunde liegenden Annahmen wird mit einer relativ geringen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen um 512 oder 9,5% des Ausgangswertes von 2003 bis auf 5.873 im Jahr 2020 gerechnet (NMSFFG 2005: 793).

**Tabelle 22: Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Northeim (2003-2020)**

|                           |  | Northeim | Niedersachsen |
|---------------------------|--|----------|---------------|
| 2003                      | Bevölkerungszahl                             | 148.451  | 7.993.415     |
|                           | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)         | 31.525   | 1.458.681     |
|                           | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>          | 21,2     | 18,2          |
|                           | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI               | 5.361    | 218.363       |
|                           | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i> | 3,6      | 2,7           |
| Prognosen<br>2020         | Bevölkerungszahl                             | 128.908  | 7.962.178     |
|                           | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)         | 32.318   | 1.677.561     |
|                           | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>          | 25,1     | 21,1          |
|                           | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI               | 5.873    | 265.681       |
|                           | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i> | 4,6      | 3,3           |
| Veränderung<br>2003- 2020 | Anzahl Pflegebedürftige                      | 512      | 47.318        |
|                           | <i>Veränderung geg. Ausgangswert in %</i>    | 9,6      | 21,7          |

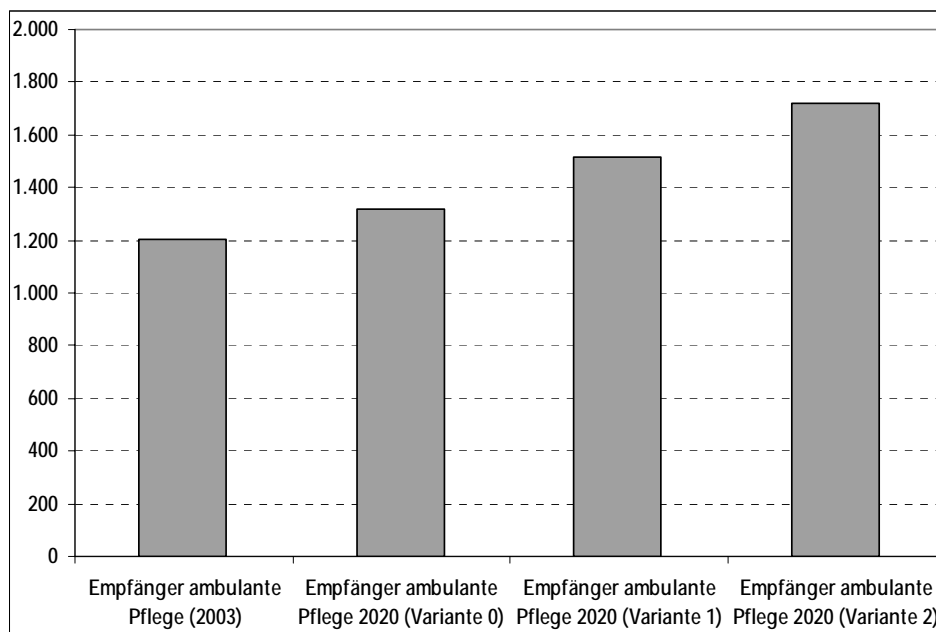
Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Die weitere Projektion der Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Pflege ist für den Kreis Northeim dadurch erschwert, dass hier – ganz entgegen dem allgemeinen Trend – die Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten in den letzten Jahren stagnierte oder gar rückläufig war – trotzdem der Anteil der Empfänger von Pflegegeld stark zurückging. Dagegen verzeichneten im Kreis Northeim vor allem die Pflegeheime

wachsende Marktanteile. Ob dieses lediglich eine vorübergehende Erscheinung ist oder ob in Northeim tatsächlich der Trend in Richtung stationärer Versorgung weist, kann nicht gesagt werden. Die Interviews deuten auf eine besonders starke Stellung des ‚Betreuten Wohnens‘, so dass hier eventuell die Nachfrage nach klassischer ambulanter Pflege darunter leidet oder auch in den Statistiken nicht ausreichend abgebildet wird. Insofern stehen die nachfolgenden Szenarien unter einem besonderen Vorbehalt prognostischer Unsicherheit, noch mehr als dieses ohnehin bei dieser Materie notwendigerweise gegeben ist (vgl. dazu: Kap. 1 u. 2).

Wiederum bildet die in der Abbildung 29 aufgezeigte Variante 0 – das nach den aktuellen Entwicklungen der letzten Jahre für den Kreis Northeim eher wahrscheinliche – konservativere Basisszenario einer rein demographisch gestützten Zunahme der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bis 2020, also unter Konstanthalten des Marktanteils ambulanten Pflege.

**Abbildung 29: Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Northeim bis 2020**



Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis von NMSFFG 2005 u. NLS

Dagegen wird in der Variante 1 eine moderate Zunahme des Marktanteils der ambulanten Pflege in Höhe von durchschnittlich 0,2 Prozentpunkten und in der Variante 2 eine optimistischere Ausweitung des Marktanteils der ambulanten Pflege in Höhe von 0,4 Prozentpunkten jährlich angenommen, was auf der Annahme weiter sinkender Anteile der Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und einer weiteren Modernisierung sozialer Milieus beruht. In beiden Varianten bleibt die Zunahme der avisierten ambulanten Pflege nachfrage aber weit unter der in anderen Regionen zu verzeichnenden Marktausweitung. Trotz der beschriebenen Restriktionen des ambulanten Pflegemarktes scheint im

Landkreis Northeim die Kapazitätsausweitung ambulanter Pflegedienste oder Ansiedlung sinnvoll. Ein übermäßiger Konkurrenzdruck scheint nicht gegeben zu sein, zumal die Dienste überwiegend eher klein sind. Zu empfehlen ist unseres Erachtens vor allem der Standort Einbeck – dort gibt es bisher keinen Anbieter der Freien Wohlfahrtspflege. Außerdem bieten sich der Standort Nörten-Hardenberg an: hier gibt es noch keinen größeren Pflegedienst mit mehr als zehn Mitarbeitern. *Kooperationen* könnten ggf. mit den folgenden Einrichtungen avisiert werden:

**Senioren heute e.V.**

Häuserstr. 15a  
37154 Northeim  
e-mail: senioren.heute.northeim@web.de

**Hospizgruppe Einbeck**

Sülbecksweg 31  
37574 Einbeck  
hospizundsenior@t-online.de

**Familientlastender Dienst - DRK Einbeck**

Ulrich Glas  
Tiedexer Tor 6c  
37574 Einbeck  
glas@kv-einbeck.drk.de  
http://www.kv-einbeck.drk.de

**Hair Mobil Erika Jasniak**

Hinterdorfstr. 7  
37154 Edesheim

**Ökumenische Hospizinitiative Bad Gandersheim**

Kreiansener Str. 1  
37581 Bad Gandersheim  
Tel.:05563 - 6733

#### **4.4. Nachfrage und Angebot ambulanter Dienste im Landkreis Osnabrück**

##### **4.4.1. Soziale Strukturen und Nachfrage**

Der Landkreis Osnabrück liegt im Südwesten Niedersachsens und besteht aus den Gemeinden Bad Essen, Bad Iburg, Bad Laer, Bad Rothenfelde, Belm, Bissendorf, Bohmte, Bramsche, Dissen, Georgsmarienhütte, Glandorf, Hagen, Hasbergen, Hilter, Melle, Ostercappeln und Wallenhorst. Hinzu kommen die Samtgemeinden Artland (mit Badbergen, Menslage, Nortrup und Quakenbrück), Bersenbrück (mit Alfhausen, Ankum, Bersenbrück, Eggermühlen, Gehrde, Kettenkamp und Rieste), Fürstenau (mit Berge, Bippin und Fürstenau) und die Neuenkirchen (mit Merzen, Neuenkirchen und Voltlage). Mit einer Bevölkerungszahl von 359.449 (Ende 2005) und einer sehr großen Fläche von 2.121,59 km<sup>2</sup> verfügt der Landkreis über eine Bevölkerungsdichte von 169,4 pro km<sup>2</sup> ([www.nls.niedersachsen.de](http://www.nls.niedersachsen.de)), womit er mittelstark besiedelt ist, recht ähnlich wie das übrige Land Niedersachsen, wobei neben stark ländlichen Gebieten auch stärker verstädterte Gebiete vorzufinden sind.

**Abbildung 30: Übersichtskarte Landkreis Osnabrück**



Die *Anzahl der Pflegebedürftigen* nach dem SGB XI lag im Landkreis Osnabrück laut Pflegestatistik im Jahr 2003 bei 8.129 Menschen. Die *Pflegequote* (Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt) liegt bei 2,27% (NMSFFG 2005: 778), ein im niedersächsischen Vergleich leicht unterdurchschnittlicher Wert (Tabelle 23). Die Inanspruchnahme von *Pflegegeld* für selbst beschaffte informelle Pflegehilfen ist im Landkreis Osnabrück noch leicht überdurchschnittlich hoch, die Inanspruchnahme lag 2003 bei 46,5%. Seit 1999 sank die Zahl der Leistungsempfänger von Pflegegeld aber bis zum Jahr 2003 um nahezu 20% und der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegeld an allen Pflegebedürftigen verminderte sich in den vier Jahren der Pflegestatistik um 9,3 Prozentpunkte (NMSFFG 2005: 679).

Die *Inanspruchnahme ambulanter Hilfen* umfasste 2003 im Landkreis einen Anteil von 23,6% aller Pflegebedürftigen nach SGB XI, wobei sich der Marktanteil der ambulanten Pflege im Kreis Osnabrück um 3,3 Prozentpunkte ausweitete und die Zahl der Leistungsempfänger zwischen 1999 und 2003 um 11,7% gegenüber dem Ausgangswert anstieg (NMSFFG 2005: 679).

Deutlich unterdurchschnittlich ist im Kreis Osnabrück mit 26,8% die *Inanspruchnahme vollstationärer Dauerpflege*. Die Zahl der Leistungsempfänger vollstationärer Dauerpflege stieg jedoch von 1999 bis 2003 um 15% (NMSFFG 2005: 679). Ein Vertreter der kommunalen Sozialplanung berichtete demgegenüber aber aktuell von einer rückläufigen Nachfrage nach Plätzen in Pflegeheimen, derzeit liege die Auslastung im Mittel nur bei etwa 80%, was hier nicht weiter überprüft werden kann.

**Tabelle 23: Pflegebedürftige nach Art der gewählten Pflegeleistung im Landkreis Osnabrück (1999-2003)**

| Pflegebedürftige nach SGB XI |             | Osnabrück                  | Niedersachsen |
|------------------------------|-------------|----------------------------|---------------|
| <b>Pflegebedürftige ges.</b> | 1999 Anzahl | 8.463                      | 209.257       |
|                              | 2003 Anzahl | 8.129                      | 218.363       |
| <b>Pflegegeld</b>            | 1999 Anzahl | 4.722                      | 107.578       |
|                              |             | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>55,8</i>   |
|                              | 2003 Anzahl | 3.780                      | 100.028       |
|                              |             | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>46,5</i>   |
| <b>ambulante Pflege</b>      | 1999 Anzahl | 1.719                      | 40.421        |
|                              |             | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>20,3</i>   |
|                              | 2003 Anzahl | 1.920                      | 47.398        |
|                              |             | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>21,7</i>   |
| <b>vollstationäre Pflege</b> | 1999 Anzahl | 1.893                      | 59.775        |
|                              |             | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>22,4</i>   |
|                              | 2003 Anzahl | 2.182                      | 68.160        |
|                              |             | <i>Anteil an ges. in %</i> | <i>31,2</i>   |

Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Die Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen unterstreichen, dass auch bei den Menschen im Landkreis Osnabrück überwiegend eine deutliche Präferenz besteht, die pflegebedürftigen Menschen zu Hause zu pflegen und dabei gelegentlich stationäre Pflege im Sinne von Kurzzeit- oder Tagespflege in Anspruch zu nehmen. Hier besteht sowohl eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme wie auch ein überdurchschnittliches Angebot an Kurzzeit- und Tagespflege, wobei aber wie immer auch Wechselwirkungen zwischen Angebot und Nachfrage bestehen und auch eine angebotsinduzierte Nachfrage bestehen könnte. Ein Vertreter der Sozialplanung des Landkreises sieht künftig einen wachsenden Bedarf an ambulanten Diensten, nicht zuletzt wegen der zunehmenden Devise „ambulant vor stationär“. Auch in diesem Landkreis sei die Einstellung vorherrschend: „*Ich gehe nicht ins Pflegeheim*“.

Das soziale Milieu im großflächigen Landkreis Osnabrück lässt sich weiterhin in zwei Gruppen einteilen. Die Menschen im *nördlichen Landkreis* beanspruchen durchaus ambulante Pflege innerhalb der Leistungen des SGB - generelle Bedenken, fremde Hilfe überhaupt in Anspruch zu nehmen, gebe es hier nicht. Bestehen vereinzelt bei Menschen dennoch Vorbehalte gegen ambulante Dienste, finden die Dienste einen Einstieg durch zunächst nur vereinzelte Pflegebehandlungen, wie z.B. die Fußpflege. Zusatzangebote der Pflegedienste würden jedoch kaum wahrgenommen. Es gilt als selbstverständlich, dass Angehörige, Nachbarn und Freunde etwa hauswirtschaftliche Dienste, Betreuungsleistungen oder aber die Zubereitung von Mahlzeiten übernehmen. Im *südlichen Landkreis* dagegen werden ambulante Dienste und auch deren Zusatzangebote wesentlich häufiger in Anspruch genommen. Besonders die südlichen Regionen des Landkreises verzeichnen laut Sozialplanung aufgrund vieler Kurorte (Bad Rothenfelde, Bad Essen, Bad Iburg und Bad Laer) und der Landschaft eine erhöhte



Zuwanderung von „oft wohlhabenden Senioren“, die in der Regel ohne Angehörige zuziehen und die im Alter schließlich besonders auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Insgesamt ist der Kreis Osnabrück hinsichtlich seiner sozialen Strukturen entsprechend der vorwiegend ländlichen Prägung mit einer eher geringen Frauenerwerbsquote (33,6%) und einer sehr hohen Geburtenrate (1,85) sowie einer großen Attraktivität für Familien, aber auch für Senioren, ausgestattet.<sup>83</sup> Wirtschaftlich fällt ein recht geringer Anteil an Dienstleistungen (54%) im Vergleich zum Land Niedersachsen (65%) auf, während das durchschnittlich verfügbare Einkommen aber über und die Arbeitslosenrate (8%) klar unter dem Mittel in Niedersachsen (11,2%) liegt (Ende 2005); hinzu kommt eine positive Beschäftigungs- und Wirtschaftsentwicklung.<sup>84</sup>

#### 4.4.2. Angebot und Angebotsdefizite in der ambulanten Pflege

Im Kreis Osnabrück gibt es neben dem ambulanten Pflegedienst des DRK in Melle nach unseren Recherchen im Sommer 2006 insgesamt 58 weitere ambulante Pflegedienste. Laut Pflegestatistik gab es hier Ende 1999 nur 37 und Ende 2003 nur 39 Dienste. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass in der Pflegestatistik nur Dienste mit Leistungen nach SGB XI erfasst sind. Zudem ist wie gesagt die Zahl der Beschäftigten die eigentlich relevante Größe zur Einschätzung der Quantität des Angebotes ambulanter Dienste. Laut Pflegestatistik gab es Ende 2003 insgesamt 809 Beschäftigte (384 geschätzte Vollzeitäquivalente) in Pflegediensten mit Leistungen nach dem SGB XI; zwei Jahre später waren es 926 (421 Vollzeitäquivalente), so dass auch nach diesen Zahlen im Kreis Osnabrück ein starkes Wachstum des Angebotes ambulanter Pflegedienste in Höhe von 10-15% (je nachdem ob auf die bloße Zahl der Beschäftigten oder die geschätzte Zahl an Vollzeitäquivalenten abgestellt wird) gegenüber dem Ausgangswert zu verzeichnen war. Die Zahl der Beschäftigten pro Dienst liegt auch im Kreis Osnabrück nur bei 21 Kräften (10 Vollzeitäquivalente), so dass es im Mittel wie auch sonst im Land keine allzu großen Dienste gibt. Laut Pflegestatistik lassen sich 5 Pflegebedürftige pro geschätzten Vollzeitäquivalenten ausweisen, ein relativ hoher Wert im Vergleich zum Land Niedersachsen (dort liegt die Quote bei umgerechnet 4,2).

Ein Vertreter der Sozialplanung des Landkreises hat den Eindruck, dass die ambulanten Pflegedienste im Landkreis sehr gut ausgelastet seien und *kein* allzu *großer Konkurrenzkampf* bestehe. Die Pflegedienste in der Fokusgruppe bestätigten diesen Eindruck mit der Einschätzung, im Landkreis gebe es kein Überangebot an Pflegediensten. Im Gegensatz zur Stadt Osnabrück und anderen Regionen sei insbesondere im nördlichen Landkreis noch kein „Hauen und Stechen“ zu beobachten. Teilweise vermit-

---

<sup>83</sup> Per Saldo ziehen mehr 30-49-jährige und unter 18-jährige in den Kreis als abwandern ([www.lkos.de](http://www.lkos.de), Bericht der Bertelsmann-Stiftung: [wegweiserdemographie.de](http://wegweiserdemographie.de))

<sup>84</sup> Hier fällt unter anderem das wirtschaftliche Zentrum Osnabrück positiv ins Gewicht; vgl. Niedersächsisches Landesamt für Statistik: [www.nls.niedersachsen.de](http://www.nls.niedersachsen.de); [www.lkos.de](http://www.lkos.de)

telten die Dienste Klienten sogar an Konkurrenzunternehmen weiter, etwa wenn für diese Anfahrtswege günstiger lägen. Die Konkurrenzsituation im südlichen Landkreis dagegen ist laut Pflegediensten und einem Vertreter der Sozialplanung etwas stärker ausgeprägt, hier ist auch die Dichte der Pflegedienste höher. Von sehr starken Konkurrenzkämpfen wird aus Bad Essen berichtet. Während sich im nördlichen Landkreis auch kleinere Pflegedienste halten könnten, seien im Süden besonders große Dienste erfolgreich, was wiederum auf die Relevanz der berühmten ‚Skaleneffekte‘ verweist. Häufig hätten diese in den vergangenen Jahren kleinere Unternehmen aufgekauft.

Unter den Pflegediensten findet laut Befragungen aber *kein Preiswettkampf* statt, Klienten wechseln offenbar nur selten den Pflegedienst, was auch anderen empirischen Befunden entspricht (vgl. Roth 2001). Die privaten Anbieter, die ihre Leistungen zum Teil günstiger anbieten können, verzeichneten *keine* höhere Nachfrage als Pflegedienste gemeinnütziger Träger. Der Preis für Pflegeleistungen rücke jedoch dann in den Vordergrund, wenn es um Konkurrenz gegen so genannte *Billigkräfte* gehe. Diese sehen die Pflegedienste im Landkreis Osnabrück momentan noch nicht als besonders großes Problem an. Die Dienste gehen jedoch davon aus, dass sich die Bedeutung der Billigkräfte verstärken werde und es schwierig werde, mit sozialversicherungspflichtigen Mitarbeitern gegen diese preislich mithalten zu können. Es besteht hier aber auch der Eindruck, dass es den Angehörigen, die Billigkräfte beauftragen würden, insbesondere um die allgemeine Betreuung geht - besonders bei an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen kämen sie zum Einsatz. Ein großer Pflegedienst aus Ankum fasste das Problem folgendermaßen zusammen:

„Nicht die konkurrierenden Unternehmungen, ob es karitative oder private sind, das ist nicht ausschlaggebend, ausschlaggebend wird einfach das sein – ist Pflege wirklich bezahlbar? Ist es dann wirklich so, dass das Fachkräfte dann noch machen können und nicht nur so genannte hauswirtschaftliche Kräfte, die ja von Pflege diesbezüglich sehr wenig Erfahrung haben.“

Konkurrenz befürchten einige Pflegedienste auch durch den unweiten niederländischen Pflegemarkt. Es wird vermutet, dass große *Pflegeketten*, die europaweit agieren, bereits auch den Markt im Landkreis Osnabrück beobachten würden.

*Kooperationen* gibt es im Landkreis Osnabrück insbesondere unter den privaten Pflegediensten. Der „Arbeitsgemeinschaft Osnabrücker Pflegedienste“ gehören sowohl Dienste aus dem Landkreis als auch der Stadt Osnabrück an. Die Dienste tauschen sich über ihre praktische Arbeit aus, vertreten jedoch auch gemeinsam ihre politischen Interessen. Auf der anderen Seite sind auch die Dienste der Wohlfahrtsverbände vernetzt, jedoch bleibt der Austausch auf Dienste derselben Träger beschränkt. Im Landkreis wurde bisher *keine Pflegekonferenz* eingerichtet. Als Begründung wird die bereits seit Jahren bestehende „Arbeitsgemeinschaft Pflege“ angegeben, die anstelle einer Pflegekonferenz beibehalten worden sei. Zu den Treffen der Arbeitsgemeinschaft werden jedoch nicht alle Pflegedienste des Landkreises eingeladen, sondern paritätisch nach Trägern. Die befragten Pflegedienste der Fokusgruppe würden eine Pflegekonfe-

renz begrüßen, man hält es unter anderem für wünschenswert, gelungene Konzepte aus verschiedenen Landkreisregionen auszutauschen. Außerdem möchten die Dienste Projekte zu ganz unterschiedlichen Themen anstoßen und weiterverfolgen und sehen in einer Pflegekonferenz den richtigen Initiator ihrer Ideen. Als Grund für das geringe Interesse des Landkreises zum Austausch mit den ambulanten Diensten vermuten die Dienste das Interesse desselben als Pflegeheimträger. Danach vermieden Sozialplaner die Einrichtung einer Pflegekonferenz, um eventuellen Forderungen der ambulanten Dienste aus dem Weg zu gehen. Einen Austausch aller Pflegedienste halten die Pflegedienste trotzdem für möglich, allerdings müsse dieses wohl privat organisiert werden.

Eine Vernetzung verschiedener Pflegeeinrichtungen wurde an der Fachhochschule in Osnabrück durch den Verein „Netzwerk Versorgungskontinuität in der Region Osnabrück e.V.“ initiiert. Bei diesem Verein handelt es sich um die Weiterführung zweier vorangegangener Projekte, bei der es um die Verbesserung der Pflegeüberleitung in der Stadt, sowie dem Landkreis Osnabrück ging. Dabei setzten sich die Einrichtungen zum Ziel, die Überleitungen sowohl inhaltlich, als auch technisch besser zu strukturieren. Forschungen von Ursula Hübner hatten gezeigt, dass die üblichen Pflegeverlegungsberichte in Papierform nicht in der Lage sind, vielfältige Daten angemessen festzuhalten und schnell an weiter versorgende Institutionen zu übermitteln. Um dies zu ändern, wurden im Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis eine auf Computer gestützte Pflegeüberleitung entwickelt, wobei die Überleitungsmechanismen zunächst vereinheitlicht und digital vereinfacht wurden. Um die Software nutzen zu können, benötigen die Einrichtungen lediglich einen Internetzugang. Das Projekt wurde drei Jahre lang vom Land Niedersachsen gefördert. Das dabei entstandene Netzwerk besteht seit Ablauf der Förderung weiter und finanziert sich nun über die Gründung des gemeinnützigen Vereins und zugehöriger Mitgliedsbeiträge. Die Beiträge richten sich dabei jeweils nach der Betriebsgröße und sind lediglich kostendeckend. Mitglieder sind unter anderem alle Krankenhäuser aus Osnabrück, drei ambulante Dienste aus der Stadt Osnabrück, Sanitärfirmen und Apotheken. Unter anderem beteiligen sich die Paracelsus Klinik Osnabrück, das Klinikum Osnabrück, die Sanicare GmbH Bad Laer, Westersfeld Sozialeinrichtungen, Berni Möllers Pflegedienst, der Pflegedienst am Schölerberg, das Diakoniewerk Osnabrück gGmbH. Gerne würde man auch Pflegedienste aus dem Landkreis gewinnen, bisher gab es jedoch keine Interessenten. Mit Hinsicht auf die Beteiligung möglicher Kooperationspartner aus dem Landkreis, sowie aller Krankenhäuser Osnabrücks ist eine Mitgliedschaft im Verein zu empfehlen. Das Netzwerk vergrößert sich stetig, bei den monatlich stattfindenden Treffen wird nicht nur über die Pflegeüberleitung, sondern auch über andere Themen geredet. Einmal jährlich gibt es zusätzlich einen Workshop zu einem relevanten Thema, z.B. Versorgungskontinuität oder Wundmanagement. Weitere Fortbildungsangebote sind in der Planung, zudem wird ein größerer Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis angestrebt.

Als Servicestandard gelten bei den größten Pflegediensten des Landkreises Wochenenddienst, Rund-um-die-Uhr Pflege, Nachtpflege und Intensivpflege. *Zusatzangebote*

werden im Landkreis Osnabrück verstärkt angeboten, gängig sind insbesondere Begleitdienste, ambulante Sterbehilfe und Betreutes Reisen. Vermittelt oder über Kooperationen angeboten werden weiterhin hauswirtschaftliche Dienste, Essen auf Rädern, mobile Fußpflege, Friseur, Gartenpflege, Kurzzeit- Langzeitpflege. Die Form der Vermittlung und Kooperation wird laut der befragten Pflegediensten deshalb angewandt, da zum Beispiel hauswirtschaftliche Dienste über ambulante Dienste wesentlich teurer seien als andere Anbieter. Zudem bieten in Badbergen die „Landfrauen“ Hausbetreuung an, die auch gegen Bezahlung erfolgt, jedoch günstiger als bei ambulanten Diensten. Neben diesen Angeboten werden bisher *Entlastungs- und Betreuungsangebote* im nördlichen Landkreis von Pflegediensten nur sehr selten angeboten, da wie bereits erwähnt laut Einschätzung der Fokusgruppenteilnehmer häufig Angehörige oder Freunde diese Aufgaben übernehmen würden. Im südlichen Landkreis dagegen werden solche Betreuungsangebote häufiger wahrgenommen, allerdings nehmen sie auch hier neben der Pflege nach SGB nur einen sehr geringen Stellenwert ein. Die Pflegedienste sind sich jedoch sowohl im nördlichen- als auch im südlichen Landkreis einig, dass durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, auch Entlastungs- und Betreuungsangebote vermarktet werden könnten. Eine Vertreterin eines Pflegedienstes dazu: „Wenn die Leute erst mal sehen, was kann man damit machen, welchen Nutzen haben wir davon, dann ist da auch schon was möglich...“. Ein Problem bei einem Angebot sei das Personal – gegen eine Aufwandsentschädigung von ca. 5 € werde man keine Mitarbeiter finden, vermuten einige Fokusgruppenteilnehmer. Auch im Landkreis Osnabrück wurde von mehreren Seiten der Wunsch nach *stärkeren Beratungsangeboten* geäußert, vielen Angehörige und Pflegebedürftigen sei zum Beispiel nicht klar, was genau ambulante Pflege überhaupt ausmache.

Lediglich ein Pflegedienst der Fokusgruppe setzt selber auch *Ehrenamtliche* ein, dabei sei die Arbeit mit den freiwilligen Mitarbeitern als sehr positiv zu bewerten. Vielfach seien die freiwilligen Mitarbeiter bereits seit Jahren im Einsatz. Probleme gebe es jedoch dann, wenn sich diese Mitarbeiter „zu viel vornehmen“ und Hemmungen bestehen, „auch mal „nein“ zu sagen“. Häufig stießen sie dann an ihre eigenen Grenzen. Ratsam seien daher klare Verträge zwischen Ehrenamtlichen und Patienten. Des Weiteren sei auf gute Fortbildungen und Unfall- sowie Haftpflichtversicherungen zu achten. Im Norden des Landkreises, dem Artland, wird das Ehrenamt besonders im Artländer Seniorenforum ausgeübt, das 1992 von (überwiegend) Ärzten gegründet wurde. Damals seien viele Menschen aus Krankenhäusern entlassen worden, ohne weitere Betreuung gewährleisten zu können. Pflegedienste gab es damals nur sehr vereinzelt. Das Seniorenforum bietet dreimal im Monat ein Seniorenfrühstück und Vorträge zu Themen wie Vorbeugung, Osteoporose, Matratzen, Ernährung oder Gedächtnistraining an. Derzeit hat das Forum 85 Mitglieder, die hauptsächlich aus Quakenbrück stammen. Die als ehrenamtliche tätigen Vorstandsmitglieder wünschen sich ein stärkeres Angebot an ehrenamtlichen Stellen im Besuchsdienst. Sie schätzen das Interesse nach einer solchen Beschäftigung als sehr hoch ein. Als Grund für das hohe Interesse wurde die Anerkennung genannt und das Gefühl, gebraucht zu werden. Vorstandsmitglieder

geben zu bedenken, dass bei der Beschäftigung von Ehrenamtlichen zu beachten sei, dass die zeitliche Belastbarkeit saisonal unterschiedlich sei. Zudem möchten Ehrenamtliche auch ohne Zeitrestriktionen in den Urlaub fahren können.

Trotz überdurchschnittlichem Angebot an *Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen* werden im Landkreis weitere solcher Plätze gewünscht. Besondere Engpässe gebe es laut mehrfacher Aussagen in der Fokusgruppe während der Urlaubszeiten, diese werden nur teilweise von stationären Einrichtungen im Sinne von eingestreuten Plätzen abgedeckt. Tatsächlich bestätigen Anbieter dieser Einrichtungen eine gute bis sehr gute Auslastung, so dass sich für weitere Angebote auf diesem Gebiet eine gute Markteintrittschance vermuten lassen. Anbieter von Tages- und Kurzzeitpflege im Landkreis raten jedoch von einem Solitärangebot ab, da es auch Monate mit geringerer Auslastung gebe, die durch andere Einsatzbereiche abgedeckt werden sollten.

Von Senioren- und Angehörigengruppen wurden mehr Angebote des *Betreuten Wohnens* gewünscht. Eine hohe Nachfrage gebe es laut einem Vertreter der Sozialplanung zudem nach *Altenwohnungen*. Laut dem Geschäftsführer eines *ambulanten psychiatrischen Dienstes* gibt es im Landkreis Osnabrück trotz zweier Einrichtungen entschieden zu wenige Angebote in diesem Bereich. Aufgefallen ist ihm auch ein starker Anstieg an unter Persönlichkeitsstörungen leidenden jungen Menschen. Der Dienst hilft den häufig seit langem Erkrankten, das Leben mit den Symptomen einzurichten. Den Grund für den rapiden Anstieg von Persönlichkeitsstörungen besonders junger Menschen sieht der Dienst bei den derzeitigen gesellschaftlichen Bedingungen. Bei jungen Menschen bestehen Frustrationen, oft haben sie aufgrund sozialer Strukturen zudem keine Bezugsperson. Außenseitern werde kein Platz in der Gesellschaft ermöglicht, das 4. Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt („Hartz IV“) habe das Problem verschärft. Es gelte nun, diese Menschen aus der „Tabuecke“ zu befreien. Seit 1985 gelte die Maxime, psychisch erkrankte Menschen in die Gesellschaft zu integrieren, dazu seien laut Gesetz nun auch die Krankenkassen verpflichtet. Eine flächendeckende Versorgung mit ambulant psychiatrischen Diensten sei aber keinesfalls gegeben.<sup>85</sup> Auch im Landkreis Osnabrück werde *Kinderpflege* bisher nicht in ausreichender Form angeboten berichteten Sozialplaner und Vertreter des ambulanten psychiatrischen Dienstes. Auch *Entlastungsangebote für Angehörige* behinderter Kinder, seien dringend erforderlich.

---

<sup>85</sup> Der befragte ambulante psychiatrische Dienst hat sich neben der psychiatrischen Pflege mehrere Standbeine geschaffen. Es gibt ein Angebot an ambulanter Pflege, Betreutem Wohnen, Eingliederungshilfe und familienentlastende Dienste. Das Einzugsgebiet liegt im nördlichen Landkreis Osnabrück bis einschließlich Bersenbrück, wobei der Dienst einen kleineren Einzugsbereich vorziehen würde. Der Dienst war eines von fünf Modellprojekten in Niedersachsen, die von 1999-2001 Anschub - finanziert wurden. Alle Modelldienste bestehen bis heute und sind miteinander vernetzt. Die weiteren Modellprojekte befinden sich in Quakenbrück, Weyhe, Varrel, Delmenhorst und Helmoor.

#### 4.4.3. Probleme und Kritik

Bei der Frage nach *Problemen und Schwierigkeiten* der Pflegedienste gaben die Dienste der Wohlfahrtsverbände die hohen *Personalkosten* an, die im Gegensatz zu privaten Anbietern an Tarife gebunden sind.

Auch im Landkreis Osnabrück bemängeln die Pflegedienste zudem das *Verhalten der Pflegekassen*. Ein Interviewpartner eines privaten Pflegedienstes berichtete:

„Bei den Endverbrauchern gibt es Schwierigkeiten, dem werden einfach ohne Begründungen Leistungen gestrichen. Die Mitarbeiter der Kostenträger treten als Kontrollorgan mit Freibrief und allen Rechten auf, nehmen dann körperliche Untersuchungen und solche Dinge vor das ist mittlerweile Standard. Aber was den medizinischen Bereich angeht, da werden Dinge getan, die aus Sicht überhaupt nicht OK sind. Die werden aber geduldet und wenn man dann was sagt ist man im Visier und muss damit rechnen, dass man die Qualitätskontrolle auf den Hals geschickt bekommt – das ist eigentlich Alltags.“

Auch andere Pflegedienste stimmten der Aussage zu, dass Leistungstreichungen zu Pflegefehlern führen können, wenn etwa Angehörige Pflegeleistungen übernehmen, denen sie eigentlich nicht gewachsen seien.

Als ein weiteres Problem wurde der hohe *Verwaltungsaufwand* im Umgang mit den Pflege- und Krankenkassen genannt. Die erforderlichen Dokumentationen, Abrechnungen, Widersprüche und Forderungsschreiben bänden erhebliche Arbeitskräfte und verursachten erhöhte Personalkosten. Als Problem sehen die Pflegedienste zum Teil auch die *Einstellungen der Angehörigen zur Pflege*. Zum einen bestehe ein hoher Anspruch auf Serviceleistungen, auf der anderen Seite seien Angehörige kaum bereit, finanzielle Mittel für die Pflege aufzuwenden. Eine Pflegedienstmitarbeiterin: „Für einen Fliesenleger geben die Menschen gerne mal 20 € in der Stunde aus, aber bei den eigenen Angehörigen ist schon 3,50 € fürs Kämmen zu viel“.

#### 4.4.4. Projektionen der Inanspruchnahme ambulanter Dienste und Standortüberlegungen

Nach den Prognosen des Landesamtes für Statistik wird sich die Bevölkerungszahl im Kreis Osnabrück bis zum Jahr 2020 etwas erhöhen, wobei sich trotz der vergleichsweise noch recht ‚jungen Bevölkerungsstruktur‘ im Kreis die Zahl der Senioren im gleichen Zeitraum voraussichtlich besonders stark erhöhen wird (Tabelle 24). Entsprechend der demographischen Annahmen wird – bei unterstellter weiterhin konstanter Lebenserwartung und Morbidität sowie mittleren Wanderungsannahmen – die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 auf 10.315 ansteigen, was einem Anstieg um 26,9% entspricht und deutlich über dem Landesmittel liegt (NMSFFG 2005: 793). In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Kreis Osnabrück aber offenbar auch für Senioren ein attraktives Zuwanderungsgebiet darstellt.

**Tabelle 24: Prognose der Entwicklung der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Osnabrück (2003-2020)**

|                                       |  | Osnabrück     | Niedersachsen  |
|---------------------------------------|--|---------------|----------------|
| 2003                                  | Bevölkerungszahl   | 358.041       | 7.993.415      |
|                                       | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)                                     | 60.094        | 1.458.681      |
|                                       | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>                                      | 16,8          | 18,2           |
|                                       | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI   | 8.129         | 218.363        |
|                                       | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i>                             | 2,3           | 2,7            |
| Prognosen<br>2020                     | Bevölkerungszahl   | 359.956       | 7.962.178      |
|                                       | Anzahl Senioren (65-jährig u. älter)                                     | 70.872        | 1.677.561      |
|                                       | <i>Anteil Senioren an Bev. in %</i>                                      | 19,7          | 21,1           |
|                                       | Anzahl Pflegebedürftige SGB XI   | 10.315        | 265.681        |
|                                       | <i>Anteil Pflegebedürftiger an Bev. in %</i>                             | 2,9           | 3,3            |
| Prognose<br>Veränderung<br>2003- 2020 | der Anzahl Pflegebedürftige<br><i>Veränderung geg. Ausgangswert in %</i> | 2.186<br>26,9 | 47.318<br>21,7 |

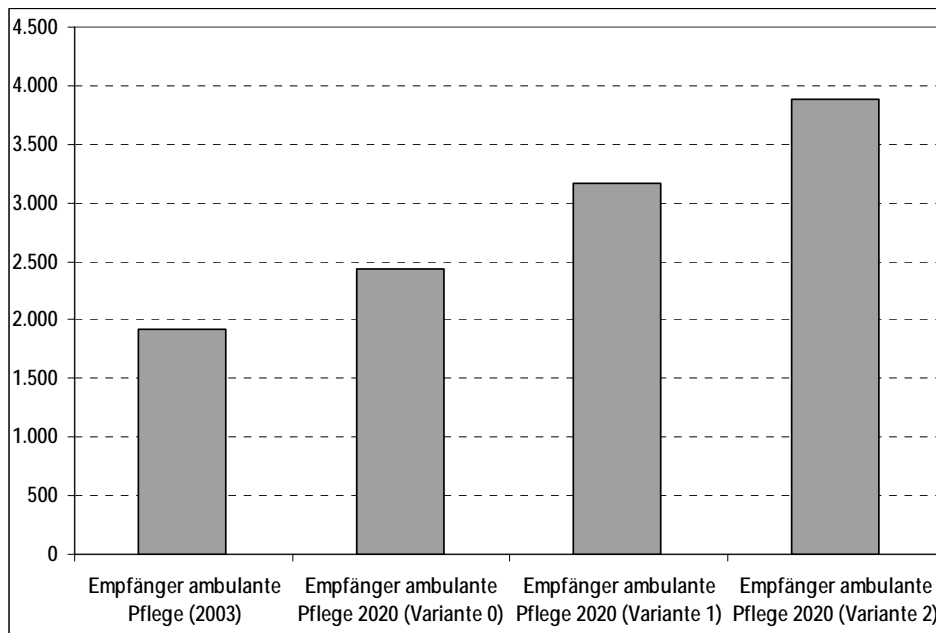
Quelle: NMSFFG 2005 und eigene Berechnungen.

Neben der demographischen Entwicklung kommen Veränderungen der Nachfragestruktur infolge sozialen, politischen und ökonomischen Wandels. Diese Trends können wie dargestellt nur sehr schwer – zumal regional kleinräumig – zuverlässig prognostiziert werden (vgl. Kap. 1.2 u. 2). Trotz solcher Schwierigkeiten und Unwägbarkeiten – die im übrigen wie gesagt aber auch für die demographische Entwicklung gelten – werden aus den bisherigen Entwicklungen mit der gebotenen vorsichtigen Bewertung die folgenden Varianten künftiger Szenarien im Rahmen eines wahrscheinlichen Korridors angenommen.

In einer rein demographischen unteren Variante 0, bei der keinerlei Veränderungen in der Nachfragestruktur unterstellt wird, wäre mit einer Zunahme von ca. 2 Tsd. durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2003 um ca. 500 auf ca. 2,5 Tsd. oder um 27% gegenüber dem Ausgangswert zu rechnen (Abbildung 31). Diese Variante erscheint aber aufgrund der beschriebenen sozialen Lage im Kreis und den in den letzten Jahren realisierten Veränderungen der Nachfragestruktur bei Pflegedienstleistungen weniger wahrscheinlich.

Entsprechend realistischer erscheint die weitere Zunahme der Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten im Kreis Osnabrück in der hier unterstellten Variante 1, wenn nämlich die in den letzten Jahren registrierten wachsenden Anteile der Pflegebedürftigen mit ambulanter Pflege von im Mittel ca. 0,8 Prozentpunkte pro Jahr in Zukunft zumindest halb so stark weiter gehen würde (angenommener Zugewinn des Anteils der ambulant Versorgten von jährlich 0,4 Prozentpunkten). Um mehr als das Doppelte wüchse sogar die Inanspruchnahme ambulanter Pflege, wenn die in den letzten Jahren realisierten steigenden Marktanteile auch in der Zukunft bis 2020 realisiert werden könnten.

**Abbildung 31: Projektion der Nachfrage ambulanter Pflege im Kreis Osnabrück bis 2020**



Quelle: Eigene Berechnung auf der Basis von NMSFFG 2005 u. NLS

Wie dargestellt, herrschen im Landkreis Osnabrück grundsätzlich gute Voraussetzungen, neue Pflegedienste einzurichten oder vorhandene Kapazitäten auszuweiten. Zum einen scheint das soziale Milieu im Kreis so gelagert zu sein, dass man ambulanter Pflege gegenüber aufgeschlossen ist, zudem hält sich der Konkurrenzkampf insbesondere im Norden des Landkreises in Grenzen. Im südlichen Landkreis scheint der Konkurrenzdruck dagegen zwar höher, jedoch sind hier die Bedingungen für eine steigende Nachfrage nach ambulanten Dienstleistungen stärker gegeben. Im nördlichen Landkreis wäre darauf zu achten, Zusatzangebote besonders stark zu bewerben. Als Standort empfiehlt sich unter Umständen Fürstenau, hier gibt es zwar eine Caritas Sozialstation, allerdings ist diese mit Neuenkirchen und Fürstenau für ein sehr weites Gebiet zuständig. Im südlichen Landkreis könnte zunächst die Sozialstation in Melle im Sinne eines erweiterten Dienstleistungsportfolios und im Sinne der Nutzung ökonomischer Skaleneffekte ausgebaut werden. Weitere Kurzzeit- oder Tagespflegeangebote wären eher in der Nähe der Stadt Osnabrück auszubauen, in der laut Landespflegebericht noch keine entsprechende Einrichtung vorhanden ist. Eventuell ließen sich so auch Klienten aus der Stadt Osnabrück hinzugewinnen. *Kooperationen* könnten unter Umständen mit den folgenden Einrichtungen erwogen werden:

**Landkreis Osnabrück**  
 Fachdienst 8: Gesundheit  
 Büro für Selbsthilfe und Ehrenamt  
 Am Schölerberg 1  
 49082 Osnabrück

**Artländer Seniorenforum e.V.**  
 Friedrichstraße 37 a  
 49610 Quakenbrück



**Netzwerk Versorgungskontinuität in der Region  
Osnabrück e.V.**  
Carsten Giehoff  
c.giehoff@fh-osnabrück.de.  
**Ambulanter psychiatrischer Dienst Mensana**  
Herr Frauenheim  
Am Gilgenkamp 10  
Bramsche.

**SPES VIVA - Ehrenamtliche Hospizhelferinnen-  
gruppe**  
Bremer Str. 31  
49179 Ostercappeln  
**Hospiz im südlichen Landkreis Osnabrück**  
Amselweg 13  
49176 Hilter

## 5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Zunächst zeigen die **ökonomischen Analysen**, dass bei den dazu antwortenden niedersächsischen DRK-Pflegediensten von 2003 bis 2005 insgesamt überwiegend eine positive Ertragslage (Erlöse minus Kosten) vorherrscht, wobei aber erhebliche Unterschiede zwischen der etwas größeren Gruppe der ‚Gewinner‘ und den ‚Verlierern‘ vorliegen. Während die einen Überschüsse von bis zu 200 Tsd. € pro Jahr einfahren, verzeichnen andere auch ein Minus von bis zu 150 Tsd. €. Insgesamt wurde im Zeitverlauf zwar eine Verbesserung der Gesamtertragslage erreicht, es gibt aber auch einige Dienste, die sowohl kontinuierlich ‚rote Zahlen‘ schreiben als auch solche, deren ‚Gewinn- oder Verlustlage‘ sich im Zeitverlauf verschlechterte. Im übrigen gehen die von den Diensten gelieferten ‚harten Fakten‘ nicht immer mit der eigenen Einschätzung ihrer ökonomischen Lage einher. Während auf der einen Seite eher kaufmännischer ‚Zweckpessimismus‘ oder eine ‚Rhetorik der Knappheit‘ durchscheint, d.h. die Gewinnlage negativer eingeschätzt wird als die realen Zahlen das bestätigen, scheinen sich andere Dienste über den ‚Ernst der Lage‘ nicht unbedingt im Klaren zu sein. Insgesamt besteht eine hohe Kontinuität oder Pfadabhängigkeit‘ der Ertragslage, d.h. wenn im Jahr 2003 Überschüsse der Erlöse über die Kosten (oder Verluste) bestanden, dann war mit hoher Wahrscheinlichkeit die diesbezügliche Situation im Jahr 2005 ähnlich.

Die drastischen Unterschiede der ökonomischen Lage der DRK-Dienste zeigt sich weiter bei den **Umsätzen**. Während auf der einen Seite stattliche Umsätze von annähernd 2 Mio. pro Jahr erzielt werden, bewegen sich andere Dienste unter 200 Tsd. pro Jahr. Insgesamt sanken die Umsätze der DRK-Sozialstationen in den letzten Jahren überwiegend, eine Gruppe von Diensten konnte diese aber auch zum Teil erheblich ausweiten. Die für die ambulanten Pflegedienste bedeutendsten Erlöse der Leistungsentgelte von Pflege- und Krankenkassen (die in der Regel mehr als die Hälfte bis fast 100% der Einnahmen ausmachen) sanken überwiegend, etwa ein Viertel bis ein Drittel der Dienste kann diese Erlöse aber auch steigern. Die Tatsache, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der Klienten bei den Diensten überwiegend gestiegen ist, deutet darauf hin, dass hier eher Einsparungen bei den Kranken- und Pflegekassen realisiert wurden als dass Marktanteile verloren gegangen sein dürften. Die überwiegend sinkenden Einnahmen aus den sozialstaatlichen Leistungen konnten bei den DRK-Diensten kaum

mit steigenden Erlösen aus sonstigen Einnahmen, etwa privaten Kostenerstattungen, Spenden oder sonstigen öffentlichen Zuschüssen kompensiert werden. Zwar stiegen die Einnahmen aus der privaten Kostenerstattung leicht, jedoch sind deren Anteile nach wie vor eher marginal (im Mittel bei ca. 10%).

Die insgesamt positive ‚Gewinnentwicklung‘ wurde demnach primär durch – infolge sinkender Erlöse – erzwungene *Kostensenkungen*, insbesondere bei den Personalkosten erreicht, die mit ca. 80% ja bei weitem den größten Kostenblock darstellen. Danach folgen die Verwaltungskosten mit im Mittel 11% und die Fahrtkosten mit 5%. Völlig marginal sind dagegen sowohl investive Kosten als auch solche für Marketing oder Fortbildung. Insgesamt waren tatsächlich die Dienste wirtschaftlich umso erfolgreicher, je stärker sie ihre Gesamtkosten zwischen 2003 und 2005 verminderten. Es muss aber natürlich als Hintergrund des wirtschaftlichen Erfolgs der simple Umstand beachtet werden, dass die Kosten- und Ertragsseite zu Gewinnen und Verlusten beitragen und eng zusammenhängen. Offenbar passten die Dienste ihre Ausgabenentwicklung stark an die sinkenden Einnahmen zwischen 2003 und 2005 an: Die relativen Veränderungen der Ausgaben im gleichen Zeitraum korrelieren hoch signifikant positiv, d.h. über 80% der Varianz der relativen Ausgabenentwicklung lässt sich durch die Varianz der relativen Einnahmenentwicklung erklären.

Trotz der offenbar nötigen Anpassung der Personalkosten der Dienste an die sinkenden Umsatzerlöse muss vor dem Kurzschluss gewarnt werden, wonach mit geringeren Personalkosten quasi automatisch auch höhere Gewinne erzielt werden könnten. So weisen die gewinnträchtigen Dienste generell *nicht* signifikant niedrigere Personalkosten auf als jene mit den ‚roten Zahlen‘, wenngleich die ersteren ihre Personalkosten zwischen 2003 und 2005 stärker zurückfuhren als die weniger erfolgreichen. Zudem kann mit den vorliegenden Daten die Hypothese untermauert werden, dass der Anteil eingesetzter *Fachkräfte* am gesamten Personalbestand bei den wirtschaftlich erfolgreichen ambulanten Diensten sogar signifikant *höher* ist (entsprechend der Anteil an Hilfskräften niedriger) als bei jenen, die Verluste schreiben. Die Umfrage unter den DRK-Diensten zeigte, dass bei den rentablen Dienste im Mittel ca. 50% Fachkräfte im Sinne des SGB XI waren, während bei den verlustbringenden im Mittel deutlich unter 40% Fachkräfte im Einsatz waren.<sup>86</sup>

Auch Göpfert-Divivier & Lauer setzten sich in einer Studie mit dem ‚Kostenfaktor Personal‘ auseinander und dem Versuch vieler Pflegedienste, Kosten durch einen verminderten „Personalmix“ von Qualifikationen und Bezahlungen zu minimieren. Erreicht werde dadurch aber eher die Unzufriedenheit der Mitarbeiter, was zu einer erhöhten

---

<sup>86</sup> Laut Pflegestatistik waren Ende 2003 im Bundesmittel 53,5% der Beschäftigten (geschätzte Vollzeitäquivalente) im Pflegedienst Fachkräfte (Krankenschwestern und –pfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit dreijähriger Ausbildung und Heilerziehungspflegerinnen und –pfleger). Indes ‚hinkt‘ der diesbezügliche Vergleich zu den Angaben der vorliegenden Stichprobe etwas, weil hier die Beschäftigungsumfänge nicht berücksichtigt wurden.

Personalfluktuations<sup>87</sup> und somit verminderten Qualität und erhöhten Administrationskosten führe. Experteninterviews einer anderen Studie legen nahe, dass Pflegehelfer mitunter nicht nur für Hilfstätigkeiten eingesetzt werden, sondern regelmäßig auch anspruchsvolle Aufgaben übernehmen müssten, was häufig auf Personalknappheit der Pflegedienste zurückzuführen ist (Roth 2001: 202). Befragte Vertreter der Überleitungspflege dieser Studie vermuten auch, dass Pflegedienste sehr häufig unzureichende Kenntnisse darüber besitzen, welche Qualifikationen für welche Aufgaben auch gesetzlich erforderlich seien. Andererseits zeigt die Kostenanalyse von Göpfert-Divivier & Lauer ebenso wie die vorliegenden Daten, dass es wirtschaftlich erfolgreich ist, auf Qualität zu achten, die nicht lediglich als Mindestanforderung verstanden wird. Ratsam sei insgesamt eine qualitativ und kostenmäßig ausgewogene Personalgruppe mit geringer Fluktuation. (Göpfert-Divivier/Lauer 2000:208ff.). Zu dem Vorgenannten passt, dass die wirtschaftlich erfolgreichen Dienste der vorliegenden Studie fast durchweg und häufiger nach Tarif zahlen als die weniger erfolgreichen. Hinzu kommt, dass die Fehlzeiten des Personals bei den wirtschaftlich erfolgreichen Diensten geringer ausfallen als bei den Diensten mit Verlusten, allerdings muss hier wie auch bei anderen Befunden die geringe Stichprobengröße in Rechnung gestellt werden, so dass diese Unterschiede in größer angelegten Analysen weiter geprüft werden müssten.

Entsprechend der verbreiteten reaktiven Kostensenkungsregime bemängeln Pflegedienstmitarbeiter häufig die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsüberlastung: So fühlten sich 27% von 496 dazu antwortenden Pflegekräften überlastet und 55% schätzten ihre Kolleginnen als überlastet ein (Roth 2001: 251 f.). Als Gründe für eine Überlastung im Pflegeberuf werden an erster Stelle Zeitdruck und Personalmangel genannt (Roth 2001: 253), was im übrigen von den Pflegekräften neben der mangelnden Koordination auch als wichtigstes Qualitätsdefizit und als Hauptursache von Pflegemängeln angeführt wird (Roth 2001: 269 ff.). Dass qualitativ gutes Arbeiten auch wirtschaftlich erfolgreich ist, unterstreichen weitere Befunde: So setzen die ‚Gewinner‘ unserer Stichprobe häufiger auf moderne Instrumente der Tourenplanung und der Pflegedokumentation mittels professioneller EDV-Systeme als die ‚Verlierer‘. Zudem beteiligen sich die ersteren häufiger an Kennzahlenvergleichen. Auch eine *gute Tourenplanung* spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Nicht nur diese Studie zeigte, dass die wirtschaftlich erfolgreichen Dienste moderne EDV gestützte Programme wie zum Beispiel „Medi-Fox“ zur Tourenplanung einsetzen. Auch Göpfert-Divivier/Lauer und die Bank für Sozialwirtschaft ermittelten einen deutlichen positiven Zusammenhang zwischen wirtschaftlichem Erfolg und der Qualität der Personal- und Tourenplanung (Göpfert-Divivier/Lauer 2000: 208 ff; Bank für Sozialwirtschaft: 3). Und auch in einer anderen Studie standen positive Bewertungen der eigenen Einrichtung durch die Mitarbeiter und jene der Einsatzplanung in deutlichem Zusammenhang (Roth 2001: 250).

---

<sup>87</sup> Die Fluktuation des Personals kann unter anderem durch eine geringe Entlohnung, erhöhter Krankenstand infolge der gesundheitlichen Belastung des Berufes und auch die organisatorischen Bedingungen des Pflegedienstes und damit zusammenhängenden Unzufriedenheit von Mitarbeitern hervorgerufen werden (Vgl.: Roth 2001:197f.).

Zudem wurde dort gezeigt, dass ein Entscheidungsgrund für die Wahl eines Pflegedienstes die Zuverlässigkeit und Flexibilität bei der Einsatzplanung sein kann, dies sei besonders bei Klienten mit hohen Pflegestufen der Fall (Roth 2001: 132).

Dabei widerlegte der Betriebsvergleich der Bank für Sozialwirtschaft die These, dass Pflegekräfte mit einer vorgegebenen Einsatzzeit pro Patient effizienter und wirtschaftlicher arbeiten. Vielmehr habe die *Motivation der Mitarbeiter*, sowie der eigenverantwortliche Umgang mit der Arbeitszeit und den Patientenbedürfnissen einen höheren Stellenwert für den wirtschaftlichen Erfolg (Bank für Sozialwirtschaft: 3). Als negativ empfinden auch Pflegebedürftige laut Vertretern von Überleitungspflege die direkte Zeitmessung während des Pflegeeinsatzes. Die vorgegebenen Zeiten seien von den Pflegekassen zudem viel zu knapp berechnet und kaum zu bewerkstelligen, wolle man eine humane Pflege leisten. Auch Vertreter von Sozialpsychiatrischen Diensten und Angehörige forderten die Abschaffung von Zeitkorridoren, die jetzige Regelung sei menschenunwürdig. Besondere Eile während des Pflegeeinsatzes scheint nach den qualitativ gewonnenen Eindrücken insbesondere in denjenigen untersuchten Landkreisen verbreitet, in denen ein hoher Konkurrenzdruck vorhanden ist. Carsten Giehoff von der Fachhochschule Osnabrück bemängelte als zusätzlich interviewter Pflegewissenschaftler in diesem Zusammenhang ein schlechtes Zeitmanagement der Pflegedienste und ihrer Pflegekräfte, was durch die genannte Studie von Roth (2001) bestätigt wird.

Weitere zentrale Ergebnisse aus der vorliegenden Studie weisen auf die Bedeutung der **Größe** der Dienste für den wirtschaftlichen Erfolg hin: Die Zahl der Klienten korreliert – trotzdem es sich hier nur um eine eher grobe Richtgröße handelt – stark *positiv* und hoch signifikant mit den Umsatzerlösen und der Zahl der eingesetzten Mitarbeiter und vor allem auch mit der Höhe der Gewinne. Insofern lassen sich eindeutig ökonomische ‚*Skaleneffekte*‘ nachweisen, d.h. mit der *steigenden Größe* der Dienste, mit der wachsenden Zahl an Klienten und Umsätzen steigt auch der wirtschaftliche Erfolg (und umgekehrt), wenngleich natürlich auch hier kein einfacher Kurzschluss möglich ist und immer auch die Kostenseite mit im Blick bleiben muss.

Im übrigen ist die Einschätzung der Konkurrenz bei den Diensten der landesweiten Stichprobe insgesamt nicht allzu kritisch und wird nicht als vordringliches Problem gesehen, wobei sich *keine* wesentlichen Unterschiede zwischen den ökonomisch erfolgreichen und nicht erfolgreichen zeigten. Hier waren nahe liegende Stadt-Land-Unterschiede zwar nicht signifikant, aber unter den Diensten im ländlichen Bereich stehen immerhin 11 rentablen 5 verlustbringenden gegenüber, während unter den städtischen Diensten 5 Gewinner und 4 Verlierer vertreten sind.

Keine wesentlichen Unterschiede konnten zwischen rentablen und unrentablen Diensten hinsichtlich der *Struktur und Art der Leistungen* nach versorgten Klientengruppen, Pflegestufen, Leistungs- sowie Erlösarten oder den Angeboten festgestellt werden. Die Expertenbefragungen und Fokusgruppendifkussionen lassen dagegen vermuten, dass aus ökonomischer Sicht diejenigen Pflegedienste erfolgreich arbeiten, die *mehrere*

*Standbeine* besitzen, indem sie einen großen Umfang an Leistungen anbieten. Ein solcher Pflegedienst aus dem Landkreis Osnabrück rät:

„... wenn sie als ambulante Einheit mehrere Standbeine haben und flexibel auf die Kundenwünsche eingehen, hat man noch mehr die Möglichkeit, Kunden zu binden. Sie brauchen die Kunden nicht abgeben. Wenn man einen Patienten abgibt, bekommt man ihn nie wieder. Sie müssen heute so flexibel sein und von allem was anbieten können, sonst behaupte ich mal, kann man in den nächsten 10 Jahren nicht mehr auf dem Markt bestehen.“

Auch der Betriebsvergleich der Bank für Sozialwirtschaft<sup>88</sup> machte deutlich, dass die in der Stichprobe vertretenen 60 besten Pflegedienste stärker versuchten, nicht sozialrechtlich abzurechnende Leistungen über eine Kompensation mit anderen bezahlten Leistungen auszugleichen (Sozialbank: 3). Die Pflegedienste der Fokusgruppen- und Expertenbefragungen, die über ein großes Angebot verfügen und ehrenamtliche Mitarbeiter für die Entlastungs- und Betreuungsangebote einsetzen, berichteten in ähnlicher Weise von hohen Auslastungen, diese expandieren weiter und bestehen teilweise bereits seit über 12 Jahren.

Diese Pflegedienste sehen es für die Zukunft zudem als unumgänglich, für ein breites Angebot auch *Ehrenamtliche* einzusetzen. Dagegen beschäftigten lediglich zwei der befragten DRK-Dienste der schriftlichen Umfrage freiwillige Mitarbeiter. Die Vermutung liegt daher nahe, dass Angebote im Sinne von Entlastung und Betreuung bisher von hauptamtlichen Mitarbeitern übernommen werden und dass die finanzielle Deckung dieser Leistungen schwierig ist. Vielen befragten Pflegediensten, sowohl aus den Fokusgruppen, als auch der schriftlichen Befragung, ist nicht bekannt, wie und woher Ehrenamtliche rekrutiert werden können, die langfristige Gewinnung von Ehrenamtlichen wird als eher großes Problem angegeben. Die Existenz bereits bestehender Vermittlungsstellen in den Regionen ist wenigen bekannt. Befragte Ehrenamtliche aus anderen Projekten zeigten generell großes Interesse an Tätigkeiten bei Pflegediensten. Werden Freiwillige eingesetzt, erhalten diese meist eine Aufenthaltsentschädigung von ca. 5 € pro Besuch, die von den Klienten gezahlt wird. Hinzu kommen in der Regel Anfahrtskosten, die von den Pflegediensten gedeckt, zum Teil auch von den Ehrenamtlichen selbst getragen werden. Für die Aus- und Fortbildung, sowie Betreuung der Ehrenamtlichen ist überwiegend ein eigens dafür geschulter Mitarbeiter im Pflegedienst verantwortlich. Die Arbeit der Ehrenamtlichen wird sowohl von diesen selbst, als auch von den Verantwortlichen positiv bewertet.

Während der Befragungen und Diskussionen wurde insbesondere die Bedeutung des Hintergrundes **sozialer Milieus** deutlich. Die These, wonach bei der Inanspruchnahme von ambulanter Pflege ein „Stadt-Land-Gefälle“ gebe, bestätigte sich nach den Beo-

---

<sup>88</sup> Die ermittelten Spitzenkennzahlen für ein wirtschaftliches Arbeiten sind den teilnehmenden Diensten vorbehalten, jedoch wurde in öffentlichen Fachbeiträgen exemplarisch Ergebnisse bekannt gegeben, die hier ebenfalls einfließen. DRK-Pflegedienste beteiligen sich bundesweit mit 36 Pflegediensten (im Gegensatz etwa zur Caritas mit 82 Diensten, der Diakonie mit 86 und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband mit 62 Diensten).

bachtungen zwar, jedoch nicht als einfacher Zusammenhang und der soziale Wandel in Richtung einer ‚Modernisierung‘<sup>89</sup> sozialer Milieus ist auch und gerade in ländlichen Gegenden in vollem Gange. Zwar liegen in den ländlichen und tradierten sozialen Milieus in der Regel *noch* deutlich höhere Anteile familiärer Pflege vor als in moderneren städtischen Milieus. Zudem spielen aber die Variablen Bildung, Einkommen und religiöse Orientierungen eine bedeutende Rolle, d.h. je höher die Bildungsabschlüsse und je besser die ökonomische Ausstattung und umso geringer die religiöse Bindung ist, desto eher ist eine positive Einstellung zur beruflichen Pflegeversorgung gegeben (Blinkert/Klie 1999, 2000, 2001). Insofern sind nachwachsende jüngere Kohorten, insbesondere dank der seit den sechziger Jahren ausgeweiteten Bildungsbeteiligung, also auch in ländlichen Regionen zunehmend der beruflichen Pflege gegenüber aufgeschlossen. Dieses gilt insbesondere für solche auch ländlichere Regionen, die als ‚attraktiv‘ gelten und deren wirtschaftliche Entwicklung strukturell gemischt sowie insgesamt positiv ist.

Es stellten sich in den hier betrachteten vier Landkreisen aber auch ganz spezifische Eigenheiten heraus. In dem grundsätzlich ländlich geprägten nördlichen Landkreis Osnabrück zum Beispiel wird ambulante Pflege generell schon gut angenommen, Zusatzangebote dagegen finden noch eine geringe Nachfrage, da diese Aufgaben häufig noch von Nachbarn oder Angehörigen übernommen werden. Anders im ebenfalls ländlich geprägten Landkreis Aurich: Hier kümmern sich Angehörigen auch noch in hohem Maße für die Grundpflege – es gilt in weiten Kreisen sogar als verpönt, überhaupt fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es gibt jedoch auch ländliche Gebiete wie der südliche Landkreis Osnabrück, in denen ambulante Hilfe und auch Zusatzangebot sehr gut angenommen werden. Die Pflegedienste gehen zudem davon aus, dass sich eine Art Kettenreaktion unter den Pflegefamilien abspiele: fahre jeden Tag beim Nachbarn der Pflegedienst vor und dieser berichte als so genannter Meinungsführer bzw. Multiplikator positiv über die Leistungen und stelle die Inanspruchnahme ambulanten Pflege generell als selbstverständlich dar, könne sich auch bei Mitmenschen die grundlegende Einstellung gegenüber professioneller Hilfe ändern. Bedenken im Sinne von „Was könnte der Nachbar denken?“ werden so ausgehebelt. So zeigt auch der Altenpflege-monitor von 2005, dass jeder zweite Befragte, der Bekannte oder Angehörige in der ambulanten Pflege hat, sich auch selber für die ambulante Pflege entscheiden würde (Altenpflege-Monitor 2005b: 36).

Insgesamt zeigt die Befragung der 50-jährigen und älteren, dass die ambulante Pflege auf der Wunschliste bereits ganz oben rangiert: Von allen 1000 Befragten konnten sich 79% grundsätzlich vorstellen, im Fall der Pflegebedürftigkeit zu Hause durch ambulante Dienste gepflegt zu werden, während die Pflege zu Hause durch Angehörige mit 57% ebenso wie die Pflege zu Hause durch Personal aus dem Ausland (35%) deutlich seltener genannt wurde (Mehrfachnennungen waren möglich) (Altenpflege-Monitor

---

<sup>89</sup> Hier sei nochmals betont, dass damit keine Wertung impliziert ist, vielmehr folgt dieses der üblichen soziologischen Begrifflichkeit.

2005b: 3). Auch in den qualitativen Befragungen wurde deutlich, dass die ältere Generation (ab ca. 60 Jahren) fremder Hilfe teilweise noch sehr skeptisch gegenüber steht, deren Kinder jedoch nehmen laut Aussagen von Pflegediensten bereits deutlich mehr Leistungen in Anspruch. Mitunter empfänden Pflegebedürftige selbst eine Inanspruchnahme fremder Hilfe aber auch noch als Verletzung ihrer Würde, dies sei laut Fokusgruppen insbesondere bei männlichen Klienten mit niedrigen Pflegestufen der Fall. Um den Stolz der Pflegebedürftigen nicht zu verletzen, fügten sich Angehörige (meist weibliche Pflegepersonen) dem noch, selbst wenn eine Überforderung bestehe und eigentlich gerne externe Hilfe in Anspruch genommen werden würde. Derartige Einstellungen dürften aber bei jüngeren Kohorten mit stärker emanzipierten Frauen und entsprechenden Partnerschaften künftig immer seltener zu finden sein.

Auch die **Qualität**, die von einem Pflegedienst realisiert wird, hat Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Pflege. Dabei zeigte sich, dass Kunden, die selbst positive Erfahrungen mit Pflegediensten machen, die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienstleistungen stetig verstärken (Runde 2003: 54). Während bei Pflegebedürftigen und Angehörigen zum einen emotionale Aspekte und persönliche Beziehungen eine große Rolle spielen (Roth 2001: 139), ist Pflegebedürftigen außerdem Pünktlichkeit, die Einhaltung verabredeter Zeiten und eine gute Verfügbarkeit wichtig. Von großer Bedeutung sind weiterhin Merkmale wie Respekt und Freundlichkeit. (Müller/Thielhorn 2000: 82f.). Beklagt werden dagegen die Faktoren „Eigenmächtigkeit des Pflegepersonals“, „geringe fachliche Kompetenz“, „mangelndes Einfühlungsvermögen“, „häufiger Personalwechsel“, „Zeitknappheit“, „kompliziertes Abrechnungsverfahren“ und „Unpünktlichkeit“ (Müller/Thielhorn 2000: 83). Auch rangiert unter den Gründen für Beschwerden von Pflegebedürftigen und Angehörigen die Unpünktlichkeit, Zeit- und Einsatzplanung sowie wechselnde Pflegekräfte und der Zeitmangel auf den ersten Plätzen, so die Antworten von 533 Pflegekräften aus 107 ambulanten Pflegediensten (Roth 2001: 301). Daran wird wiederum deutlich wie wichtig die qualitativ hochwertige Arbeit eines Pflegedienstes, wozu vor allem eine gute Organisation gehört, auch für den ökonomischen Erfolg ist. Organisationsmängel, Managementdefizite und das Auftreten von Beschwerden sowie die Wahrnehmung schlechter Pflegequalität korrelieren demzufolge entsprechend stark (Roth 2001: 302).

Ökonomische Überlegungen und Preise spielen bis heute laut Experten und Fokusgruppen (und auch diversen Studien, vgl. Roth 2001, Runde 2003) zwar bei der grundsätzlichen Wahl einer Pflegeform, kaum aber bei der eines Pflegedienstes eine entscheidende Rolle. In allen Regionen wurde zudem berichtet, dass Pflegedienste selten gewechselt werden, wonach die erste Wahl eines Pflegedienstes von ganz besonderer Bedeutung ist (vgl. ähnlich: Roth 2001: 133). Wohl aber können finanzielle Aspekte dann entscheidend sein, wenn die Wahl zwischen „Billigkraft“ und Pflegedienst gefällt wird. Besonders wenn hauswirtschaftliche Hilfe oder Betreuungsleistungen gewünscht werden – häufig der Fall bei an Demenz erkrankten im frühen Stadium – fällt die Entscheidung eher auf Personen, die zu einem wesentlich günstigeren Preis als bei Pflegediensten möglich, ganze Tage in einen Haushalt verweilen und die Pflege überneh-

men, so die Tendenz aus den vorliegenden Befragungen. Meist handele es sich bei diesen Pflegepersonen laut Fokusgruppen um erfahrene Pflegekräfte in Pension, oder ausländischer Herkunft. Der Altenpflege-Monitor 2005 zeigte wie dargestellt dass sich immerhin 37% der befragten Menschen über 55 Jahren vorstellen können, sich durch „Personal aus dem Ausland“ zu Hause pflegen zu lassen. Besonders hohen Zuspruch fand diese Variante bei den jüngeren Kohorten, den 55-59jährigen Befragten (51%). Der Monitor vermutet, dass es sich bei diesen ausländischen Beschäftigten nicht um sozialversicherungspflichtige, sondern schwarzarbeitende Kräfte handelt (Altenpflege-Monitor 2005: 27). Auch bei der Inanspruchnahme von Zusatzangeboten der Pflegedienste scheint der Kostenfaktor jedoch (neben den erwähnten generellen Einstellungen des Pflegemilieus) durchaus eine wichtige Rolle zu spielen. Viele befragte Pflegedienste haben den Eindruck, dass auch der Faktor Arbeitslosigkeit in einer Region über die Inanspruchnahme von Zusatzleistungen entscheidend kann. Andere Pflegedienste dagegen vermuteten, dass Zusatzleistungen von den Pflegediensten nicht genug beworben werden und dies der wahre Grund geringer Inanspruchnahme sei. Kritik wurde von den Pflegediensten deshalb an dem *Verständnis der Pflegebedürftigen* zur Pflegeversicherung geübt, diese werde noch immer als Vollkaskoversicherung angesehen. Nur selten seien Pflegebedürftige und Angehörige bereit, für Leistungen zusätzlich zu bezahlen. Auch die Umfrage der DRK-Dienste machte deutlich, dass Leistungen von Selbstzahlern mit knapp 10% noch einen eher geringen Anteil haben an allen Ertragsarten besitzen.

**Schwierigkeiten oder Probleme** ergeben sich für Pflegedienste und Pflegebedürftige, sowie Angehörige somit insbesondere durch die *Regelungen der Pflegeversicherung* oder durch Angebotsdefizite in den Regionen. Häufig wurde die unzureichende Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse in Fällen von *Demenzkrankungen im frühen Stadium* bemängelt und mehrfach eine „Pflegestufe D“ gefordert. Insbesondere umfangreiche Betreuungsleistungen werden von den Pflegebedürftigen zwar benötigt, jedoch nicht durch das SGB gedeckt und die private Zahlungsbereitschaft dazu *noch* eher begrenzt. Generell forderte die überwiegende Mehrheit der befragten Pflegedienste höhere Geldleistungen für Entlastungs- und Betreuungsangebote, diese seien mit ca. 400€ im Jahr deutlich zu niedrig. Derzeit gebe es zudem *Probleme mit der Abrechnung*, wenn lediglich hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden und keine tatsächliche Pflege im Sinne von SGB XI oder SGB V stattfinde. Neben der Demenz werden laut Pflegediensten auch andere Krankheitsformen nicht ausreichend berücksichtigt. Krebserkrankte etwa brauchten erst relativ spät, im Endstadium ihrer Krankheit, Hilfe. Diese sei sehr schwer zu organisieren und zu finanzieren, was auch Patienten beträfe, die schwer krank seien und zu Hause sterben wollten. Obwohl in der wissenschaftlichen Literatur und auch bei Befragungen immer wieder darauf hingewiesen wurde, dass *Demenz* ständig zunimmt, scheint nach Aussagen in Experten- und Fokusgruppeninterviews zudem die Qualifikation der Pflegekräfte diesbezüglich äußerst defizitär.



Einen Schwerpunkt der Kritik richtete sich auch gegen die *Genehmigungspraxis der Pflegekassen*. Hier wird von mehreren Seiten vermutet, die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit oder Anträge zur Höherstufung würden zunehmend restriktiver gehandhabt. Teilweise seien die Kassen schon über einen längeren Zeitraum von der tatsächlich bestehenden Pflegebedürftigkeit eines Menschen in Kenntnis, jedoch versuchten diese laut befragten Angehörigen und Pflegediensten mit Absagen oder bürokratischem Aufwand, die Menschen „mürbe zu machen“. Dabei sei den Kassen oft lange bekannt, dass Menschen Pflegegeld bereits zustehen würde, Informationen zur Pflegeversicherung würden aber erst dann weitergegeben, wenn ein Antrag zur Pflegeversicherung vorliege.<sup>90</sup> Auch in anderen Studien wurde die mangelnde Verbreitung von Preisinformationen zu Pflegeanbietern festgestellt (Eifert et al. 1999). Kritik richtete sich in diesem Zusammenhang auch gegen den *Medizinischen Dienst der Krankenkassen* (MDK). Dessen Gutachten, so wurde zum Teil scharf formuliert, seien weniger auf Menschen bezogen als nach dem finanziellen Bedarf der Kassen ausgerichtet. Gefordert wurde insbesondere von Vertretern von Stellen der Überleitungspflege,<sup>91</sup> der MDK sollte auch bereits in Krankenhäusern Begutachtungen vornehmen. Derzeit seien keine Eilanträge möglich, Patienten müssten nach Antragsstellung oft drei Monate warten, bis jemand zu ihnen kommt, bis dahin sei die Pflege oft nicht gedeckt. Dem entgegen die Pflegekassen und der MDK, dass das SGB XI einen dauerhaften Pflegebedarf voraussetze, so dass erst nach einiger Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der tatsächliche Bedarf festgestellt werden könne (siehe die Diskussionen zu Vereinbarungen nach § 3 PfG NW zur Überleitung aus dem Krankenhaus, Eifert et al. 1999). Bemängelt wurde zudem, dass Ärzten vom MDK die Kompetenz über die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit abgesprochen werde. Dazu betonen Darstellungen des MDK (vgl. BMGS 2004), dass eine annähernd paritätische, oft sogar überwiegende Besetzung durch Pflegekräfte in den Begutachtungsteams vorliege.

Ein weiteres Problem aus der Sicht der Pflegedienste und Pflegebedürftigen ist die Praxis der Krankenhäuser, Patienten *am Wochenende zu entlassen*. Da von Krankenhäusern keine Medikamente oder Medizinische Hilfsmittel mitgegeben werden, müssten diese über Notapotheken und Notärzte herbeigeschafft werden, da reguläre Sprechzeiten an von Ärzten Wochenenden nur selten angeboten werden. Der zusätzlichen Zeit- und Wegeaufwand werde den Pflegediensten nicht erstattet und bedeutet einen Kostennachteil. Auch hier taucht wieder das Problem auf, dass Pflegedienste und Pflegebedürftige offenbar nach wie vor einer Kultur der vollständigen Versorgung und Kostenübernahme durch die sozialen Sicherungssysteme verhaftet sind, so dass die Bereitschaft, eventuelle Lücken privat zu schließen, offenbar begrenzt sind. Die neu

---

<sup>90</sup> Die späte Verschickung von Informationsmaterialien wurde in einem Interview mit einem Vertreter einer Krankenkasse bestätigt.

<sup>91</sup> In vielen Krankenhäusern gibt es bereits Stellen für die so genannte Überleitungspflege, die im Bedarfsfall Patienten nach der Entlassung an Pflegedienste meist zur weiteren Behandlungspflege weitervermitteln. In einigen Fällen wird zudem eine Beratungsleistung auch für weitere Personen außerhalb des Patientenkreises vorgenommen.

eingeführten Vergütungsstrukturen nach Fallpauschalen *Diagnosis Related Groups* an Krankenhäusern wirken sich entgegen der herrschenden Meinung bisher laut Interviews in den untersuchten Regionen nicht auf die Inanspruchnahme ambulanter Dienste aus. In keinem der Interviews oder der Befragungen in Fokusgruppen wurde die Vermutung bestätigt, dass durch die dadurch bedingten kürzeren Liegezeiten in Krankenhäusern (man spricht auch von ‚quicker and sicker‘) zu einer stärkeren Nachfrage ambulanter Pflegedienste führe. Die Dienste waren sich vielmehr in der Aussage einig, dass es seit der Einführung der DRG keine erhöhte Nachfrage nach ambulanten Leistungen gebe. Vielmehr wird vermutet, dass Familienangehörige die Pflege der kranken Angehörigen übernehmen.

In allen Regionen wurde auch deutlich, dass **Beratungsleistungen** nicht in ausreichender Form erbracht werden. Bereits im Jahr 2001 wurde in einer empirischen Studie festgestellt, dass ein erhebliches Beratungsdefizit, sowie fehlende Transparenz auf dem Markt der ambulanten Pflege herrscht, Pflegedienste werden häufig eher zufällig ausgewählt, nicht nach individuellen Bedürfnissen (Roth 2001:128, 209). Problematisch sind diese Tatsachen insbesondere vor dem Hintergrund eingeschränkter Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen und den für Laien schwer verständlichen Gesetzesregelungen (Roth 2001: 351). Informationsbroschüren, die bei Landkreisen ausliegen oder auch Materialien, die von Krankenkassen ausgegeben werden, erreichen die Betroffenen aber oft zu spät. Pflegedienste gaben an, dass Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht bekannt sei, dass auch Beratung von den Diensten erbracht werden könnten. Ebenfalls bestätigten die befragten Pflegedienste, dass ihr Beratungsangebot nur sehr gering in Anspruch genommen werde. Einige gaben jedoch außerdem an, diese nicht sehr offensiv zu bewerben.

Einige Pflegedienste gaben als Begründung an, dass bei Klienten ohnehin keine Bereitschaft bestehe, für eine Beratungsleistung Geld zu zahlen, was aber wiederum eine offenbar immer noch verbreitete Mentalität der sozialstaatlichen Selbstkostendeckung und ein Mangel an unternehmerischer Einstellung der Dienste verrät, weil unverbindliche und kostenlose Erstberatungen eigentlich auch eine selbstverständliche Maßnahme des Marketings darstellen könnte. Die Umfrage unter den DRK-Diensten ergab, dass die ‚Mundpropaganda‘ immer noch als wichtigstes Mittel gilt, um neue Kunden zu gewinnen, danach folgen die Beratung durch eigene Mitarbeiter, die Bekanntheit des DRK, die Vermittlung durch Hausärzte, die eigene Werbung oder Öffentlichkeitsarbeit im eigentlichen Sinn und die Vermittlung durch Krankenhäuser. Auch der Altenpflege-Monitor aus dem Jahr 2005 ergab, dass sich die Generation 50+ zu 44% primär bei Freunden und Bekannten über Pflegemöglichkeiten und ihre Finanzierung informiert. Es folgten die Mittel Zeitschriften und Zeitungen mit 37% und Fernsehen mit 35%. Auf speziellen Fachmessen hatten sich lediglich 2% informiert und auch Beratungsstellen haben nur 6% der Befragten aufgesucht (Altenpflege-Monitor 2005b: 17). Das Internet wird als Informationsquelle derzeit noch nicht in großem Maße genutzt, die Studie des Altenpflege-Monitors hat zudem gezeigt, dass besonders wohlhabende und gut gebildete Familien das Internet als Informationsquelle benutzen. Jedoch ist davon auszuge-

hen, dass im Laufe der nächsten Jahre auch durch den Generationenwechsel die Bedeutung des Internets zur Informationsbeschaffung zunehmen wird. Die Mehrheit der Pflegedienste über 10 Mitarbeiter in den Landkreisen verfügt bereits über einen eigenen Internetauftritt.

Da gleichzeitig die Mittel für die **Öffentlichkeitsarbeit** sowohl in den Einschätzungen der Dienste als auch hinsichtlich der dafür eingesetzten rudimentären Finanzmittel keine sonderlich große Bedeutung haben, scheinen Defizite eines systematischen und offensiven Marketings offenkundig – insbesondere im Hinblick auf die zukünftig wachsende Zahl zahlungskräftiger ‚Selbstzahler‘. Hier ist aber offenbar auch der Charakter als gemeinnützige Organisation hinderlich, sowohl bei den potentiellen ‚Kunden‘ als auch bei den eigenen Mitgliedern. Häufig wird jedoch aber auch wieder einmal ‚Zeitmangel‘ als Grund für eine eher geringfügige Intensität der Öffentlichkeitsarbeit genannt, was aber wohl kaum als ‚Erklärung‘ ausreichen kann. Bisher sind die meisten Dienste kaum mit den Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit vertraut. Mehrfach wurde zum Beispiel angegeben, dass Leistungen wie Zusatzangebote oder Beratungsleistungen zu wenig beworben würden – oft fehlen Kenntnisse über die Methoden der Werbung und des Marketings. Durch diesen Mangel wurden teilweise ganze Angebotszweige wieder eingestellt, etwa die Kinderpflege eines Pflegedienstes im Landkreis Aurich. Jedoch scheint gemessen an den *Ausgaben* für Öffentlichkeitsarbeit der Stellenwert dieser Aufgabe bei den DRK-Pflegediensten in Niedersachsen generell zu wachsen. Von 2003 bis 2005 stiegen die Ausgaben im Mittel um 33% (Median), allerdings nehmen die Ausgaben für das Marketing im Vergleich mit anderen Kosten nur 0,6% der Gesamtkosten ein. Bei den Analysen wurde aber die bemerkenswerte Tendenz deutlich, dass die ökonomisch *erfolgreichen* Dienste im Jahr 2005 (also die mit Überschüssen von Erlösen minus Kosten) ihre Ausgaben für Marketing im Mittel zwischen 2003 und 2005 um 120% des Ausgangswertes steigerten, wogegen die Dienste mit Verlusten die dahingehenden Ausgaben im Mittel um ca. 1,5% zurückfuhren.

Aufgrund der Untersuchung liegt die Vermutung nahe, dass Beratungsleistungen auch Widerstände sozialer Milieus mit ihren reservierter Einstellungen zur beruflichen Pflege zumindest teilweise überwinden könnten. Häufig beobachteten die Pflegedienste einen Zusammenhang zwischen genereller Ablehnung von Inanspruchnahme fremder Hilfe und geringem Informationsstand etwa über Leistungen, Pflegeabläufe und Konditionen. Probleme bereitete einem befragten pflegenden Angehörigen zum Beispiel schon das Beantragen von Pflegegeld. Hier sei insbesondere der bürokratische Aufwand ein Hindernis gewesen, nach mehrfachem Briefwechsel mit der Pflegekasse habe er aufgegeben. Dabei habe er auch nicht gewusst, an wen er sich wenden sollte, um zu seinem Recht zu kommen. Von einem Beratungsangebot der Pflegedienste hatte er bisher nichts gehört. Büscher geht davon aus, dass durch eine bessere Beratung über Möglichkeiten der Finanzierung, die private zusätzliche Finanzierungsbereitschaft hinsichtlich ambulanter Pflegedienstleistungen zunehmen würde (Büscher 2003:24). Ein erhebliches Informationsdefizit beobachtete auch der Altenpflege-Monitor aus dem Jahr 2005 bei der Generation der über 50-jährigen. Danach hatten sich 47% der Befragten

noch nicht über Pflegemöglichkeiten und ihre Finanzierung informiert (Altenpflege-Monitor 2005b: 17). Besonders das Abrechnungssystem muss deutlicher erläutert werden. Laut einer Studie von Runde aus dem Jahr 2002 blieben 45 Prozent der Pflegehaushalte, die Erfahrungen mit Pflegediensten haben, das Abrechnungssystem unklar. Ähnliche Ergebnisse hatte eine Befragung aus dem Jahr 1997 ergeben (Runde 2003: 19).

**Angebotsdefizite** zeigten sich insbesondere bei den *Entlastungs- und Betreuungsangeboten* sowie in neuen Pflegewohnformen: Mehrfach wurde von den Befragten Angehörigen aber auch Pflegediensten die Überforderung der informellen Pflegepersonen angesprochen. Teilweise seien pflegende Angehörige in dem Maße überlastet, dass sie selbst einem Pflegedienst die Pflege nicht mehr zutrauen. Büscher stellte in seiner Studie fest, dass von Angehörigen insbesondere Angebote gefordert werden, die zeitliche Entlastung gewährleisten. Die oft nur sehr kurzen Pflegemaßnahmen durch ambulante Pflegekräfte können kaum zu einer ausreichenden Entlastung beitragen (Bücher 2003: 24).

Nach einem Angebot von *Kurzzeit- und Tagespflege* gefragt, wurden von Sozialplanern bemängelt, dass die Inanspruchnahme ambulanter Pflege mit zusätzlicher gelegentlicher Inanspruchnahme von Tagespflege teurer sei als die Sätze eines Pflegeheimes. Auf finanzielle Schwierigkeiten machte der Leiter einer Kurzzeitpflegeabteilung im Landkreis Aurich aufmerksam - häufig reichten die Pflegesätze höchstens für die Leistungen der ambulanten Pflege aus, nicht aber für zusätzliche kurzfristige Betreuung. Dies sei vor allem in Anbetracht der häufigen Überlastung von Pflegepersonen bedenklich. Von interviewten Pflegeangehörigen wurde die Kurzzeit- und Tagespflege als Solitäreinrichtung gewünscht, da die verbreitete Anbindung an ein Pflegeheim für die Pflegebedürftigen oft ein psychisches Problem darstelle, da sie befürchten, schließlich auf längere Zeit dort verbleiben zu müssen.<sup>92</sup> Anbieter von Kurzzeit- und Tagespflege dagegen empfahlen, das Angebot nicht als Solitäreinrichtung bereitzuhalten. Zwar waren alle befragten Einrichtungen zu 90% ausgelastet, allerdings könne es saisonal zu Schwankungen kommen, die durch andere Pflegedienstleistungen erfolgreicher ausgeglichen werden könnten.

Kontroversen lösten die Fragen bzw. Diskussionsanregungen zum Thema *Wohngemeinschaften bei Pflegebedürftigkeit* aus. Während diese von ambulanten Pflegediensten und Pflegeangehörigen deutlich positiv bewertet und gewünscht wurden, beurteilten Sozialplaner diese Wohnform äußerst kritisch. Generell werden Wohngemeinschaften von ihnen als „verkappte Heime“ angesehen, bei der jedoch die Heimaufsicht weg falle. Zudem wurde hier mit Kostenaspekten argumentiert: Eine ambulante „Dementen-WG“ etwa sei teurer als ein Pflegeheim, da eine ständige Betreuung existieren müsse,

---

<sup>92</sup> Siehe zur Tages- und Kurzzeitpflege auch die Studien des KDA (Zusammenfassungen in: Eifert et al. 1999).

die sich auf nur wenige Patienten umschlage. Dazu der Vertreter eines Pflegedienstes aus dem Landkreis Osnabrück:

„Gut, dass ein Pflegeheim mit 100 Plätzen eventuell kostengünstiger arbeiten könnte,... aber wenn er das Klientel fragt.. will ich in ein 100er Heim oder will ich zu Hause bleiben,...Und Herr ... hat einfach Angst,...dass der Landkreis dann Zuschüsse zahlen muss. Es hat doch sowieso jeder, der dort wohnt einen Betreuer durch die Angehörigen oder rechtliche Betreuer.“

Besonders von Sozialplanern in den Landkreisen aber auch von den Vertretern der sozialpsychiatrischen Dienste wurde häufig mangelnde ambulante Betreuung für *kranke und behinderte Kinder*, sowie Entlastungs- und Betreuungsangebote für die pflegenden Angehörigen dieser Kinder angesprochen. Zudem werden auch *ambulante psychiatrische Dienste* bisher nur sehr selten mit ausreichend qualifiziertem Personal bereitgehalten. Dies gilt als besonderes Defizit, da besonders Zahl der (oft jungen) Menschen mit starken Persönlichkeitsstörungen rapide zunehme.

Einen Schwerpunkt der Untersuchungen bildete zudem die Feststellung, ob in den Regionen **Konkurrenzkämpfe** in solchem Maß stattfinden, dass sie Pflegedienste in ihrer Existenz gefährden könnten. Die Umfrage unter den DRK-Diensten verdeutlichte, dass der Faktor Konkurrenz von den Pflegediensten zwar als Problem gesehen wird, jedoch nicht als vorrangig eingestuft wird. Bei den Fokusgruppen- und Experteninterviews stellte sich heraus, dass sich Konkurrenzdruck auch über die generelle Vernetzungsbereitschaft und dem Verhalten der Pflegedienste während der Diskussion feststellen ließ. Pflegedienste in Landkreisen mit (laut Experteninterviews) starkem Konkurrenzdruck waren während der Diskussion weniger bereit, über aktuelle Nachfragewerte, Probleme und Schwierigkeiten zu sprechen. In den Regionen, in denen laut Aussagen ein hoher Wettbewerb mit starkem Konkurrenzdruck herrscht, besteht überdies entweder gar keine oder nur sehr geringe Vernetzungsbereitschaft.

Vernetzungen hält man in solchen Regionen nur dann für sinnvoll, wenn dadurch wirksame Lobbyarbeit für übergreifende Interessen der Pflegeeinrichtungen betrieben werden kann. Die auf kommunaler Ebene eingerichteten Pflegekonferenzen, die zur Förderung der Kooperation und Koordination eine zentrale Rolle spielen sollten (Roth 2001: 38) gelten bei der deutlichen Mehrheit der befragten Pflegedienste generell als nicht wirksam genug. In den vier untersuchten Gebieten findet überhaupt nur im Landkreis Aurich eine Pflegekonferenz statt. Diese wird von den ambulanten Pflegediensten negativ beurteilt. Es finde kein wirklich praktischer Austausch mit anschließenden Initiativen statt, sondern sei vielmehr ein Ort der Präsentation einzelner Mitglieder. Die Sozialplaner der weiteren Landkreise zeigten sich jeweils sehr skeptisch gegenüber der eventuellen Einrichtung von Pflegekonferenzen – die ambulanten Dienste vermuten in diesem Verhalten Angst vor finanziellen und strukturellen Forderungen, die auf Landkreise zukommen könnten. In den Regionen mit weniger Konkurrenzdruck sind Vernetzungen außerhalb einer Pflegekonferenz generell gewünscht, teilweise besteht bereits ein regelmäßiger Austausch. Letztendlich zeichnete sich im Landkreis Aurich

ein sehr hoher Konkurrenzkampf ab, ähnliche Vermutungen ergeben sich für die Stadt Hildesheim und einige Orte im südlichen Landkreis Osnabrück.

Begründet durch die Tatsache, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörige selten die Pflegedienste wechseln, findet selbst in Gebieten mit hohem Konkurrenzkampf unter den Pflegediensten selten ein Preiswettkampf statt. Die Konkurrenz durch „*Billigkräfte*“ oder „*Schwarzarbeiter*“ wird durchaus als Problem erkannt, allerdings noch nicht als ein besonders drängendes. Als Gegenmaßnahme sei laut Pflegediensten wichtig, die Qualität eigener Dienste herauszustellen – diese könnten Billigkräfte selten bieten. Berichtet wurde von Fällen, in denen Klienten zunächst gekündigt haben, um vermutlich eine Billigkraft einzustellen, diese jedoch nach wenigen Monaten wieder zu den Kunden der Pflegedienste gehörten.

Vermutet wurde allerdings von einem Pflegedienst, dass bereits ***Pflegeketten*** aus dem Ausland, den deutschen Markt beobachten, was vor dem Hintergrund der oben nachgewiesenen ‚***Skaleneffekte***‘ durchaus begründet erscheint, weil große Dienste nachgewiesenermaßen deutlich wirtschaftlich günstiger arbeiten können als kleinere, womit eine weitere Verdrängung und Marktberäumung künftig zunehmen dürfte. Durch die Beobachtung dieser Studie wurde deutlich, dass sich in der Zukunft insbesondere große Dienste mit einer großen Auswahl an Leistungen am Markt werden behaupten können. Zum einen können sich verschiedene Leistungsbereiche eines solchen Dienstes ergänzen, zum anderen aber auch Schwankungen in der Nachfrage ausgleichen. Des Weiteren sind die Voraussetzungen für eine verbesserte Kundenbindung gegeben, da Klienten in andere Pflegebereiche des Dienstes vermittelt werden können, sofern Bedarf besteht. Suchen etwa Kunden der Grundpflege nach einem Kurzzeitpflegeplatz ist es wahrscheinlich, dass sie ein entsprechendes Angebot desselben Pflegedienstes zurückgreifen, solange sie bisher zufrieden mit dessen Leistungen sind. Deshalb sollte aus ökonomischer Sicht die strategische Neuausrichtung und *Fusion* ambulanter DRK-Dienste in Erwägung gezogen werden. Ob dieses sozialpolitisch und verbandspolitisch als sinnvoll und umsetzbar erachtet wird, kann hier aber nicht weiter diskutiert werden.

Zum Servicestandard sollte zudem Wochenenddienst, 24-Stunden-Betreuung Nachtpflege und Intensivpflege gehören. Zusatzangebote könnten zunächst zwar auch über Kooperationspartner angeboten werden. Verbreitet sind bei den größten Pflegediensten Kooperationen mit Angeboten wie Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Leistungen, mobile Friseurdienste, mobile Fußpflege und Gartenarbeit. Auch die Vermittlung von Diensten wie Handwerksdienste oder Kinderbetreuung sind über bestimmte Verträge in Erwägung zu ziehen. Betreuungs- und Entlastungsangebote dagegen sollten direkt aus einem ambulanten Pflegedienst heraus angeboten werden, auch indem Ehrenamtliche für diese Aufgaben eingesetzt werden. Denkbar sind Angebote wie Betreuungsdienste, Besuchsdienste und Begleitdienste. Den Ehrenamtlichen könnte ca. 5€ pro Besuch im Sinne einer Aufwandsentschädigung gezahlt werden, die durch Klienten selbst beglichen werden sollten. Hier ist auch die Moderationsaufgabe und das ‚Case Management‘ der Pflegedienste künftig stärker gefordert, weshalb sich neu-

erlich eine rein defensive reaktive Kostendämpfungsstrategie verbietet, die alleine auf die gängigen SGB-Bereiche fixiert ist und ansonsten wenig kreative unternehmerische Phantasie an den Tag legt. Wichtig ist neben einer regelmäßigen Schulung der Ehrenamtlichen durch eine eigens dafür zuständige Person im Pflegedienst (mit möglichst nur dieser Aufgabe) auch ein Vertrag zwischen Klienten und Ehrenamtlichen mit einer klaren Aufgabendefinition, auf diese Weise werden Ehrenamtliche vor Überforderung geschützt und diese können langfristig gehalten werden. Zur Rekrutierung der Ehrenamtlichen empfehlen sich Kontaktaufnahmen zu entsprechenden Vermittlungsstellen der Regionen und Seniorenforen, des Weiteren haben sich Tür-zu-Tür-Gespräche und Kontaktaufnahmen mit DRK-Ortsvereinen und bewährt.

Das Leistungsspektrum eines großen Pflegediensts sollte die ambulante Sterbehilfe beinhalten, es ist deutlich, dass sich die *Palliativpflege* im Aufwind befindet. Probleme sind zwar wiederum zunächst bei der Finanzierung zu erwarten, derzeit werden jedoch auch politisch neue Finanzierungskonzepte diskutiert. Zudem sind in Gebieten mit geringer Abdeckung möglicherweise finanzielle Unterstützungen durch Gemeinden und Landkreise zu erreichen. Für ein entsprechendes Angebot könnten spezielle Mitarbeiter mit einer Palliative Care Ausbildung eingesetzt werden, weiterhin können geschulte Ehrenamtliche die Aufgaben dieser Mitarbeiter unterstützen. Es empfiehlt sich zudem die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Palliativversorgung, um die Qualität des Beratungs- und Betreuungsangebotes verbessern zu können. Eine Vernetzung ist auch deshalb anzustreben, da das Land Niedersachsen den Aufbau von Palliativstützpunkten finanziell fördern wird. Zudem ist eine Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. ratsam. Eine weitere Zusammenarbeit ist in Betracht zu ziehen mit der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e.V. und der Palliative Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen.

Als weiteres Angebot könnte die ambulante psychiatrische Pflege in den Leistungskatalog aufgenommen werden. In diesem Bereich gibt es bisher in Niedersachsen einen deutlichen Nachfrageüberhang und zu wenig qualifiziertes Personal. Für ein Angebot ambulant psychiatrischer Pflege sind Mitarbeiter erforderlich, die eine zweijährige Ausbildung zum Fachkrankenpfleger Psychiatrie oder eine Ausbildung Psychiatrie, die 200 Stunden umfasst, abgelegt hat. Die hohen Qualifikationen bringen entsprechend hohe Personalkosten mit sich, dennoch lässt sich gerade in diesem Bereich ein Prestigege Gewinn als Mehrwert erzielen. Um der starken Nachfrage nach Kinderpflege in den Regionen nachzukommen, sollten weiterhin examinierte Kinderkrankenschwestern bzw. Pfleger zum Personal des Pflegedienstes gehören. Um eventuellen Schwankungen dieses Angebotes entgegenzuwirken, kann darüber nachgedacht werden, das entsprechend qualifizierte Personal auch für Einsätze des Jugendamtes anzubieten. Ein ähnliches Projekt gibt es in Delmenhorst: Hier werden Mitarbeiter eines privaten ambulanten Kinderpflegedienstes, bestehend aus examinierten Kinderkrankenschwestern, durch das Jugendamt eingesetzt, um z.B. jungen Müttern mit Problemen gesundheitlichen oder sozialen Hintergrundes durch tägliche Hilfestellungen zu ermöglichen, ihre Kinder weiterhin selbst zu betreuen. Auch ein Autovermietsservice wurde von Angehöri-

gen behinderter Kinder (aber auch an Multipler Sklerose Erkrankter) gewünscht, häufig fehlt es diesen Menschen an behindertengerechten Autos, um zum Beispiel einmal Verwandte besuchen zu können.

Eine wachsende Nachfrage zeichnet sich auch in der Kurzzeit- und Tagespflege ab. Während die Anbindung an Pflegeheime im Sinne von eingestreuten Plätzen nicht sehr beliebt sind – die Pflegebedürftigen wollen bekanntlich nicht stationär untergebracht werden<sup>93</sup>, ist auch keine Solitäreinrichtung zu empfehlen, da diese starken saisonalen Schwankungen ausgesetzt ist. Vielmehr bietet sich die Anbindung an einen ambulanten Pflegedienst an, der Personal je nach Qualifikation flexibel auch für andere Leistungsgebiete einsetzen kann. Sind die räumlichen Voraussetzungen vorhanden, empfiehlt sich eine deutliche räumliche Trennung für die Pflege von Menschen im Seniorenalter, Menschen im jüngeren Alter und Kindern. Gerade für die letzt genannten Gruppen gibt es bisher kaum Angebote dieser Art. Eine große Beliebtheit erfährt zunehmend die Wohnform des ‚Betreuten Wohnens‘. Hier ist ebenfalls ratsam, entsprechende Angebote flexibel ins Leistungsspektrum aufzunehmen. In Betracht zu ziehen wären unter Umständen auch Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften.

Angebunden an Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege oder dem Betreuten Wohnen könnten in Urlaubsregionen wie der Stadt Norden oder auch den Kurorten im südlichen Landkreis Osnabrück spezielle Urlaubsangebote in Betracht gezogen werden. Der Altenpflegemonitor hat beobachtet, dass Reisetätigkeiten bei Menschen zwischen 65 und 79 Jahren deutlich zunehmen. In dieser Altersgruppe liege die Reiseaktivität bei 47% (Altenpflege-Monitor 2005b: 13). Wird ein Partner pflegebedürftig, kann mit einem entsprechenden Angebot das gemeinsame Verreisen trotzdem möglich bleiben. Bisherige Angebote des „Betreuten Reisens“ zeigen sich nicht immer als geeignet. Von einer befragten MS-Selbsthilfegruppe wurde erläutert, dass mit bisherigen Angeboten gemeinnütziger Träger sehr schlechte Erfahrungen gemacht wurden. Bemängelt wurde unter anderem die schlechte Betreuung und Pflege durch die oft ehrenamtlichen mitreisenden Helfer, der Urlaubsort (der meist bergig und für Rollstühle oder Gehbehinderte nicht geeignet war), sowie die Unterbringung (Hotelzimmer sind nicht behindertengerecht ausgestattet). Zimmer für solche Reiseangebote sollten einem Appartement gleichen und sowohl für Pflegebedürftigen und Angehörigen eingerichtet sein. Den Reisenden sollte eine 24-Stunden-Betreuung bzw. Erreichbarkeit angeboten werden. Ergänzt werden kann das Angebot durch Ehrenamtliche Dienste wie kulturelle Kurse, Ausflüge und ähnliches mehr.

Ein eventuelles Angebot von Wohngemeinschaften ist mit Vorsicht nachzugehen. Die Befragungen haben sehr deutlich gemacht, dass von Seiten der Landkreise große Bedenken dieser Wohnform gegenüber bestehen. Aus finanzieller Sicht sind durch die nötige intensive Betreuung in den Wohngemeinschaften unter Umständen höhere

---

<sup>93</sup> Attraktiv scheint in diesem Zusammenhang die Bezeichnung der Tages –und Kurzzeitpflegestätte als „Pflegehotel“.



Preise als in Pflegeheimen zu erwarten. Da jedoch unter anderem durch die familiäre Atmosphäre dieser Wohnform die Attraktivität dieses Angebotes auf der Hand liegt und in den Interviews vielfach bestätigt wurde, ist damit zu rechnen, dass die Inanspruchnahme trotzdem hoch sein wird. Zudem können Preise dadurch gesenkt werden, indem Verwandte und Angehörige in die Arbeit der Hausgemeinschaft einbezogen werden. Projekte haben gezeigt, dass dazu eine hohe Bereitschaft besteht. Eventuell sollte mit Angeboten von Wohngemeinschaften zunächst in „kleinem“ Rahmen begonnen werden. Zunächst könnten Wohngemeinschaften mit Pflegebedürftigen niedriger Pflegestufen eingerichtet werden, später (nach gewonnenen Erfahrungswerten) auch Angebote für höhere Pflegestufen und spezielle Erkrankungen wie Demenz.

Generell gilt jedoch für alle Angebote der untersuchten Pflegedienste in Niedersachsen: Sie werden nicht intensiv genug beworben. Sicherlich bleibt die ‚Mund-zu-Mund-Propaganda‘ ein wichtiger Faktor der Kundengewinnung, doch besonders für ein erweitertes Leistungsspektrum sind professionellere Formen der Öffentlichkeitsarbeit in einem deutlich größeren Umfang als bisher nötig. Vielfach räumten befragte Pflegedienste ein, Leistungen nicht ausreichend beworben zu haben, da sie nicht mit den Methoden der Öffentlichkeitsarbeit vertraut seien. Nicht nur in dieser Studie wurde deutlich, dass Menschen eher inaktiv einen Pflegedienst wählen und oft erst dann, wenn sie in eine Notsituation geraten sind. Ist das der Fall, sollten diese Menschen bereits von einem entsprechend breit und professionell ‚aufgestellten‘ DRK-Pflegedienst Kenntnis haben. Zusätzlich zu den klassischen Methoden des Marketings wie Anzeigenschaltungen in Zeitungen könnten auch regelmäßige Wurfungen in alle Haushalte erfolgen, in denen neben allgemeinen Informationen des Pflegedienstes z.B. auch darüber aufgeklärt wird, dass sich die Menschen regelmäßig zu spät informieren, deshalb gehöre „dieser Flyer unbedingt in Ihre Unterlagen“. Die Kosten für Marketing müssen vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die Klienten von Pflegediensten nur selten den Pflegedienst wechseln. Als Ziel könnte deshalb gelten, dass der Pflegedienst insgesamt eine dominierende Stellung in der Region einnimmt, wobei die Bekanntheit und das Logo des DRK noch stärker genutzt werden könnten, wofür selbstverständlich auch der Standort des Pflegedienstes und die optische Präsenz an wichtigen Plätzen von Bedeutung ist. Auch der Fuhrpark kann selbstverständlich intensiv zur Werbung genutzt werden, wobei eine flächendeckende Repräsentanz und Einheitlichkeit wiederum von Vorteil ist. Im Hinblick auf die Konkurrenz durch Schwarz- und Billigarbeiter sollte ein Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit zudem in der Herausstellung der besonders guten Qualität der Arbeit des DRK gestellt werden, entsprechende größer angelegte Kampagnen sind anzuraten.

Für die Öffentlichkeitsarbeit müssen entsprechend qualifizierte Mitarbeiter vorhanden sein, die ausschließlich für diese Aufgabe zuständig sind und entsprechend laufend fortgebildet werden. Um Kosten in Grenzen zu halten, ist auch hier dringend zu empfehlen, ‚Skaleneffekte‘ zu nutzen, weshalb eine möglichst zentrale Steuerung – in Verbindung mit regionaler Abstimmung vor Ort – zu erwägen wäre. Große Bedeutung kommt aber auch der Beratung durch einen Pflegedienst zu, wobei dazu zentral orga-

nisiertere Schulungen dringend geboten wären. Diese Studie hat gezeigt, dass nur wenige Menschen Kenntnis darüber haben, dass Beratungsleistungen durch einen Pflegedienst erbracht werden können. Pflegedienste selber machen selten auf diese Leistungen aufmerksam, Mitarbeiter sehen sie oft selber kritisch, da sie sich nicht für qualifiziert genug halten (Roth 2001: 210,351). Im Pflegedienst sollte eine Person besonders für diese Beratungsleistungen ausgebildet sein und es müssen standardisierte Abläufe für die Beratung definiert werden.

Das wohl bedeutendste Mittel der Öffentlichkeitsarbeit aber ist die Sicherstellung der hohen Qualität der Pflegedienste, denn dadurch nehmen Kunden erwiesenermaßen stetig mehr Leistungen in Anspruch. Gespart werden sollte demnach nicht an den Qualifikationen, min. ca. 2/3 des Pflegepersonals sollte aus Fachkräften bestehen. Fortbildungen und Schulungen müssen insbesondere für die Demenzerkrankung intensiv betrieben werden, gerade für Pflegebedürftige gibt es in Niedersachsen auch in den ambulanten Pflegediensten noch nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter. Sodann kann und sollte mit dem hohen Qualifikationsstand der Mitarbeiter geworben werden. Mehr Wert zu legen ist dagegen auf eine gute Zeitplanung durch ein professionelles Tourenmanagement und ausreichendem Regie- und Verwaltungspersonal. Offenkundiger Zeitdruck während der Pflege sollte vermieden werden, Kunden sehen besonders eine solche Arbeitsweise als mangelhaft an. Auch hier muss auf eine professionelle Beratung und Arbeitsweise Wert gelegt werden und den Klienten vermittelt werden, a), welche Leistungen auf welche Art und Weise nötig sind, d.h. wie der individuelle Bedarf aus fachlicher Sicht gegeben ist, b) welche Leistungen und Kosten sozialstaatlich gedeckt sind und c) welche privaten Mittel darüber hinaus nötig wären, um eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige Pflege zu ermöglichen.

## 6. Anhang: Adressen von Pflegediensten mit mehr als 10 Mitarbeitern in den vier Untersuchungsregionen

### **Landkreis Aurich**

#### **AWO Kreisverband Aurich e.V.**

Ambulanter Pflegedienst  
Egelderstr. 21  
26605 Aurich  
Tel.: 04941 – 95850  
Fax: 04941 – 958545

#### **AKD – Ambulanter Krankenpflegedienst GmbH**

Popenser Straße 22  
26603 Aurich  
Tel.: 04941 – 66296  
Fax: 04941 – 67782  
e-mail: [info@akd-aurich.de](mailto:info@akd-aurich.de)  
[www.akd-aurich.de](http://www.akd-aurich.de)

#### **Häusliche Krankenpflege Hilde Ubben**

Schirumer Feld 61  
26605 Aurich  
Tel: 04941 – 63116  
Fax: 04941 – 959508  
e-mail: [hilde.ubben@ewetel.net](mailto:hilde.ubben@ewetel.net)

#### **Medi Mobil Krankenpflegedienst**

Oldersumer Str. 13  
26603 Aurich  
Tel.: 04941 - 180055

#### **Paritätischer Aurich**

Ambulante Pflege  
Große Mühlenwallstraße 21  
26603 Aurich  
Tel.: 04941 – 93940  
Fax: 04941 – 939417

#### **Diakonie Pflegedienst**

Kanalstraße Nord 81  
26629 Großefehn  
Tel.: 04943 – 912124

#### **Krankenpflegedienst To Huus**

Teltjenstr. 4  
26629 Großefehn  
Tel: 04943 – 990140  
Fax: 04943 – 990141

#### **Diakonie Pflegedienst**

Gartenstraße 7  
26632 Ihlow  
Tel.: 04928 – 990074

#### **Ambulanter Pflegedienst „Up Visite“**

Inselstraße 7  
26736 Krummhörn  
Tel.: 04926 – 92100  
Fax: 04926 – 921092

#### **Diakonieverbund Hinte-Krummhörn/Wirdum e.V.**

Mannigastr. 2  
26736 Krummhörn  
Tel.: 04923 – 91141  
Fax: 04923 – 911440

#### **Ambulante Alten- und Krankenpflege Norden**

Addingaster Weg 31  
26506 Norden  
Tel.: 04931 – 992200  
Fax: 04931 – 5287

#### **Ambulanter Alten- und Krankenpflegedienst in Ostfriesland Grobbel**

Große Mühlenstraße 10-12  
26506 Norden  
Tel: 04931 – 93980  
Fax: 04931 – 939817

#### **DRK Kreisverband Norden e.V.**

Ambulante Haus- und Familienpflege  
Hooge Riege 28  
26506 Norden  
Tel: 04931 – 949212

#### **AWO Sozialstation gGmbH**

Schulstraße 71  
266506 Norden  
Tel.: 04931 – 9188000

#### **Sozialstation Südbrookmerland**

Koppelweg 9  
26624 Südbrookmerland  
Tel.: 04942- 4489  
Fax: 04942- 990860

#### **Diakonie Pflegedienst**

Am Nielsenpark 31/Marktstraße 16  
26639 Wiesmoor  
Tel.: 04944 - 2640

#### **Diakonie Sozialstation Brookmerland**

Speckweg 5  
26529 Marienhafte  
Tel.: 04934 – 990530  
Fax: 04934 – 910160  
[diakoniepflagedienst@t-online.de](mailto:diakoniepflagedienst@t-online.de)

**Diakonie Pflegedienst Norden**  
Am Edenhof 6  
26524 Hage

### **Landkreis Hildesheim**

**Ambulanter Dienst Ev. Christophorusstift**  
Hammersteinstr. 7  
31137 Hildesheim  
(5121) 693693  
5121) 693135

**Ambulanter Pflegedienst und Kurzzeitpflege  
St. Bernward-Krankenhaus**  
Treibestr. 9  
31134 Hildesheim  
(5121) 901000  
5121) 901001  
ambulanter.pflegedienst@bernward-KHS.de  
www.bernward-khs.de

**Caritas-Sozialstation**  
Pffaffenstieg 12  
31134 Hildesheim  
5121) 167720  
5121) 167764  
zentrale@caritas-hildesheim.de  
www.caritas-hildesheim.de

**Dagmar Petersen Ambulanter Pflegedienst**  
Heinrichstr. 2  
31137 Hildesheim  
(5121) 519559  
(5121) 519560

**Diakoniestation Marthaheim e.V.**  
Schlesierstr. 7  
31139 Hildesheim  
05121) 200333  
05121) 200340

**DRK-Sozialstation Hildesheim**  
Brühl 8  
31134 Hildesheim  
05121) 93600

**Lambertinum soziale Dienste gGmbH**  
Hohenstaufering 70 A  
31141 Hildesheim  
(5121) 20662630  
5121) 20662713

**Senioren-Notruf Hildesheim Mobiler Hilfs- und  
Pflegedienst GmbH**  
Lilly-Reich-Str. 5  
31137 Hildesheim  
05121) 14430  
05121) 32242  
www.senioren-notruf-hildesheim.de

**Der Paritätische Wohlfahrtsverband Ambulan-  
te Pflege**  
Perkstr. 27  
31061 Alfeld  
(5181) 84350  
5181) 843520

Tel.: 04931 – 76111  
Fax: 04931 – 974126

**DRK-Sozialstation Alfeld**  
Winzenburger Str. 7-8  
31061 Alfeld  
(5181) 829482  
5181) 70814

**AWO-Sozialstation**  
Göttingstr. 27  
31162 Bad Salzdetfurth  
(05063) 95930  
sozialstation@awo-hi.de  
www.awo-hi.de

**Diakonie-Sozialstation Bockenem-  
Hoheneggelsen**  
Bürgerm.-Sander-Str. 10  
31167 Bockenem  
(05067) 1722

**REKA Ambulante Krankenpflege GmbH**  
Marienburger Str. 57  
31199 Diekholzen  
(5121) 265037  
(5121) 268258

**DRK-Sozialstation Elze-Nordstemmen -  
Zweigstelle-**  
Hauptstr. 69  
31008 Elze  
05068) 573787

**Caritas Sozialstation Groß Först**  
Alte Heerstr. 15  
31180 Giesen  
0 50 66 / 24 44

**Diakoniestation Sarstedt**  
Eulenstr. 7  
31157 Sarstedt  
(5066) 1310  
(5066) 64350

**Diakonie-Sozialstation Schellerten und Söhl-  
de**  
Adenstedter Str. 4 A  
31185 Söhlde  
(05129) 96150

**DRK-Sozialstation Gronau-Duingen**  
Hopfenberg 14  
31028 Gronau  
5182) 947908

**DRK-Sozialstation Sibbesse-Lamspringe-  
Freden**  
Am Thie 3  
31079 Adenstedt  
(5060) 2551

### **Landkreis Northeim**

#### **Die PFLEGE Ambulante Krankenpflege Karl-Ernst Timpner**

Breslauer Straße 6  
37154 Northeim  
Telefon: 05551 - 952270  
Fax: 05551 952271

#### **Die Pflegeprofis Northeim**

Güterbahnhofsstr. 10  
37154 Northeim  
Tel.: 05551-996219  
Fax: 05551- 996221  
e-mail: info@diepflegeprofisnortheim.de  
www.diepflegeprofisnortheim.de

#### **Paritätischer Northeim Sozialstation**

Häuserstr. 15 A  
37154 Northeim Straße: Häuserstr. 15 A  
Tel: 05551-97690  
Fax: 05551-97691604

#### **St. Sixti Schwesternstation**

Kirchplatz 7  
37154 Northeim  
Tel: 05551) 912300  
Fax: 05551) 912303  
www.sixti-northeim.de

#### **Sertürner-Krankenhaus GmbH -Sozialstation-**

Andershäuser Str. 8  
37574 Einbeck  
+49 (5561) 940234  
+49 (5561) 940102  
sozialstation@krankenhaus-einbeck.de  
www.krankenhaus-einbeck.de

### **Landkreis Osnabrück**

#### **Krankenpflege Zu Haus Beate Janda**

Lindenstraße 15  
49152 Bad Essen  
Tel.: 05472 – 95544  
Fax: 05472 – 95546  
info@pflegedienst-janda.de  
www.pflegedienst-janda.de

#### **Sozialstation für den Altkreis Wittlage – ambulanter Pflegedienst**

Lindenstraße 89  
49152 Bad Essen  
Tel: 05472 – 3747  
Fax: 05472 – 4671  
www.pflege-ohne-stoppuhr.de

#### **Diakonie Sozialstation Belm Bissendorf**

Stadtweg 6c  
48143 Bissendorf  
Tel: 05402 – 40174  
Fax: 05402 – 40179

#### **Ambulante Krankenpflege, Joachim Beckmann**

Dr. Heinrich-Jasper-Str. 9a  
37581 Bad Gandersheim  
Telefon: 05382-8181  
e-mail: info@gandersheimer-pflegedienst.de  
www.gandersheimer-pflegedienst.de

#### **Sozialstation Bad Gandersheim, Kreiensen, Kalefeld e.V.**

Albert-Rohloff-Str. 2  
37581 Bad Gandersheim  
Telefon: 05382-7021291  
Fax: 05382-7021299  
e-mail: info@sozialstation-bad-gandersheim.de  
www.sozialstation-bad-gandersheim.de

#### **Pflegedienst E. Müller**

Herzberger Str. 9  
37191 Katlenburg-Lindau  
Telefon: 05552-91188  
Fax: 05552-91146  
e-mail: Pflege-mueller@gmx.de  
Homepage: www.pflegen-ist-mehr.de

#### **Sozialstation Uslar-Bodenfelde gGmbH**

Graftplatz 3  
37170 Uslar  
Telefon: 05571-3060  
Fax: 05571-5249  
Homepage: www.sozialstation-uslar.de

#### **Stadt Moringen -Gemeindegewesternstation-**

Einbecker Str. 22  
37186 Moringen  
(5554) 998155  
5554) 998157

[GSST1@freenet.de](mailto:GSST1@freenet.de)

#### **Christlicher Pflegedienst Bramsche gGmbH**

Gilkamp 8a  
49565 Bramsche  
Tel.: 05461- 70810  
Tel.: 05461 – 708120  
www.christlicher-pflegedienst.de  
ilona.stockhorst@christlicher-pflegedienst.de

#### **Häusliche Kranken- und Altenpflege Heike Horstmann**

Bürgermeister-Steinkamp-Straße 10  
49565 Bramsche  
Tel: 05461 – 996654

#### **Sozialstation Bramsche**

Lindenstraße 19  
49565 Bramsche  
Tel: 05461 – 91137  
Fax: 05461 – 65744

#### **Diakonie Sozialstation Melle**

Mühlenstraße 34  
49324 Melle  
Tel: 05422 – 41331  
Fax: 05422 – 43379  
www.evlka.de

**Caritas-Sozialstation Fürstenau und Neuenkirchen**

Bahnhofstr. 15  
49584 Fürstenau  
Tel.: 05901-3697

**MEDOMO Krankenpflegeservice**

Holster Str. 5  
49324 Melle  
Tel.: 05422 – 983050  
Fax.: 05422 – 983051  
post@medomo.de  
www.medomo.de

**Sozialstation des DRK**

Bismackstr. 15  
49324 Melle  
05422) 3612  
05422) 43207

**Caritas-Sozialstation Wallenhorst Kath Kirchengemeinde St. Josef Hollage**

Bergstr. 6  
49134 Wallenhorst  
Tel: 05407 – 87820  
Fax: 05407 – 878220

**Ambulantes Gesundheitszentrum Artland gGmbH**

Schiphorststr. 2  
49610 Quakenbrück  
Tel: 05431 – 6746  
Fax: 05431 – 92066

**Pro Vita – Ambulante Alten- und Krankenpflege**

Heckenweg 1  
49610 Quakenbrück  
05431- 94030  
www.provita-quakenbrück.de  
provitaquakenbrueck@t-online.de

**Seniocare – Pflegen im Artland**

Wohldstr. 10  
49610 Quakenbrück  
05431) 900432  
05431) 900435  
seniocare@t-online.de  
www.seniocare-artland.de

**ASD GmbH – Ambulantes Soziales Dienstleistungszentrum**

Druchhorner Str. 12  
49577 Ankum  
05462) 72040  
05462) 72041  
info@asd-ankum.de  
www.asd-ankum.de

**Caritas Sozialstation Ankum**

Lingener Str. 13  
49577 Ankum  
5462) 72727

**Caritas Sozialstation Bersenbrück-Bramsche**

Grüner Weg 2  
49596 Bersenbrück  
5439) 93990  
5439) 942390  
sozialstation-bersenbrueck@t-online.de

**Ambulante Alten- und Krankenpflege M. Lübke**

Dohrener Str. 28  
49626 Berge-Grafeld  
05909296

**Diakonie Sozialstation Georgsmarienhütte**

Martin-Luther-Str. 12  
49124 Georgsmarienhütte  
05401) 34454  
05401) 828150

**Caritas Sozialstation**

Eisenbahnstr. 2  
49124 Georgsmarienhütte  
05401) 870187  
05401) 870188  
sozialstation.gmhuette@t-online.de

**Diakonie Sozialstation Dissen**

Robert-Koch-Str. 2  
49201 Dissen  
05421) 5102

**Caritas Sozialstation Bad Laer**

Grüner Weg 1  
49196 Bad Laer  
05424) 9086  
05424) 7364  
sozialstation-badlaer@t-online.de

**Malteser Hilfsdienst e.V. – Mobile Dienste**

Hagener Str. 1  
49186 Bad Iburg  
05403) 5042

## 7. Literatur

- Altenpflege-Monitor (2005a): Deutscher Altenpflege-Monitor 2005: Modul 1: Basisstudie, Hannover: Vincentz Network.
- Altenpflege-Monitor (2005b): Deutscher Altenpflege-Monitor 2005 : Modul 3: Fachreihe Ambulante Dienste : Exklusivbefragung der Generation 50+, Hannover: Vincentz Network.
- Bank für Sozialwirtschaft: Gewinnung freiwilliger Mitarbeiter als Kommunikationsaufgabe. Fachbeitrag Nr. 4581, in: <http://www.sozialbank.de/finale/inhalt/servicel/fachbeitraege4581.shtml>
- Bank für Sozialwirtschaft: Kennzahlen für das Management ambulanter Pflegeeinrichtungen. Fachbeitrag Nr. 29226, in: <http://www.sozialbank.de/finale/inhalt/servicel/fachbeitraege29226.shtml>
- Bank für Sozialwirtschaft: Betriebsvergleich ambulante Pflegedienste – Zweite Auswertung erfolgreich abgeschlossen. Fachbeitrag Nr. 32412, in: <http://www.sozialbank.de/finale/inhalt/servicel/fachbeitraege32412.shtml>
- Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 108-115.
- Billings, J./Leichsenring, K. (Ed.) (2006): Integrating Health and Social Services for Older Persons: Evidence from Nien European Countries, Aldershot: Ashgate Pub.
- Blinkert, B./Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 39; H.3, S. 202-210.
- Blinkert, B./Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel: eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung, Hannover: FIFAS.
- Blinkert, B./Klie, T. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus: Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. In: Sozialer Fortschritt 10/2000, S. 237-245.
- Blinkert, B./Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklungen des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags. Berlin.
- Blinkert, B./Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover.
- Bourdieu, P. (1993): Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft, Frankfurt /Main: Suhrkamp.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen (BT-Drs. 14/8822), Berlin.
- BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung) (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de).
- Bortz, J./Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, Berlin u.a.: Springer.

- Büscher, C./Büscher, A./Bartholomeyczik, S. (2003): Gutachten: Zukünftige Erwartungen an freigemeinnützige Altenpflegeanbieter und mögliche Finanzierungsformen der gewünschten Leistungen. Witten/Herdecke.
- Buhr, P./Klinke, S. (2006): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter : Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik
- Buser, K./Amelung, V./Brandes, I. et al. (2004): Palliativversorgung in Niedersachsen - Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung - Gutachten im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Cirkel, M./Hilbert, J./Schalk, C. (2004): Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter (Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung), Berlin: Institut Arbeit und Technik Gelsenkirchen.
- CDU/CSU/SPD (Hrsg.) (2005): Gemeinsam für Deutschland - mit Mut und Ehrlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD.
- Crößmann, Gunter; Börner, Karlheinz: Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin, 2005.
- Dettbarn-Reggentin, J./Reggentin, H. (2004): Freiwilliges Engagement in der Pflege und Solidarpotenziale innerhalb der Familie (Expertise für die Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Institut für sozial-politische und gerontologische Studien, Berlin.
- Deutscher Bundestag (2002a): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (BT-Drs. 14/8800), Berlin.
- Deutscher Bundestag (2002b): Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“. Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft (BT-Drs. 14/8900), Berlin.
- Deutscher Bundestag (2004): Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen : Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität (BT-Drs. 15/530).
- Deutscher Bundestag (2005): Enquête-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Zwischenbericht: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit (BT-Drs.15/5858), Berlin.
- Döhner, H./Bleich, C./Kofahl, C. et al. (2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team - PAGT, (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 2006), Stuttgart: Kohlhammer.
- Douma, E. (2005): Vieles anbieten, aber nicht alles selber machen : Neue Dienstleistungen durch Kooperation: Teil VI, in: Forum Sozialstation 137/Dezember 2005, S. 32-34.
- Eichener, V./Schneiders, K./Schubert, A. (2004): Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW - Formen, Modelle, Zukunftsperspektiven, (Gutachten für die Enquêtekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung an der Ruhr-Universität Bochum, Bochum.
- Eichhorn, Lothar: Wanderungssalden der Senioren in den Landkreisen und kreisfreien Städten Deutschlands. In: Statistische Monatshefte Niedersachsen 4/2006. Niedersächsisches Landesamt für Statistik. S. 164-168.
- Eifert, B./Krämer, K./Roth, G. (1999): Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NW), Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Stadtentwick-



lung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., LT-Drs. 1311 vom 06.06.2000, Düsseldorf.

- Fries, J.F. (1980): Ageing, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: The New England Journal of Medicine, 303, S. 130-135.
- Garms-Homolová, V./Roth, G.: Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln: Forschungsbericht im Auftrag der Enquêtekommission "Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen" des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Berlin; Göttingen, 2004.
- Göpfert-Divivier, W./Lauer, H. (2000): Untersuchung des IKK-Landesverbandes Niedersachsen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege. Saarbrücken, Hannover.
- Görge; Thomas; Kreuzer, Arthur; Nägele, Barbara; Kotlenga, Sandra: Erkundung des Bedarfs für ein bundeseinheitlich erreichbares telefonisches Beratungsangebot für ältere Menschen. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Gießen 2002.
- Gensicke, T. (2005): Freiwilliges Engagement in Niedersachsen 1999 - 2004 im Trend : Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftliches Engagement, München.
- Gensicke, T./Picot, S./Geiss, S. (2005): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 - 2004 : Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement, München.
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2002): Studie 50plus 2002, Band I + II, Nürnberg.
- Grabka, M.M. (2004): Einkommen, Sparen und intrafamiliäre Transfers von älteren Menschen, in: DIW-Wochenbericht 6/2004, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- Gräßel, E. (1998a): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden, Egelsbach: Verlag Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen.
- Gräßel, E. (1998b): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 1, S. 52-56.
- Gräßel, E. (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 13. Jg., H. 2, S. 85-94.
- Gräßel, E./Schirmer, B. (2006): Freiwillige Helfer und Helferinnen zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen : Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, S. 217 – 226.
- Hasseler, Martina; Meyer, Martha (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover, 2004.
- Heinemann-Knoch, M./Korte, E./Knoch, T.: Zeitaufwand in der häuslichen Pflege, in: Forum Sozialstation, H. 12, S. 40-44, 2005.
- Herdt, J./Rudolph, B./Stegmüller, K./Gerlinger, T. (2000): Wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege. Wiesbaden.
- Jansen, B. (1998): Ambulante pflegebegleitende Soziale Arbeit, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 319 – 324.
- Juch, K./Kirchner, N./Kött, C. (2006): Weiterentwicklung ambulanter Versorgung in der Langzeitpflege. Bericht III: Marktentwicklungen in der ambulanten Langzeitpflege, Erfurt: FH Erfurt, FB Sozialwesen.
- Klaes, L./Raven, U./Reiche, R. et al. (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft : Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Berlin.

- Kliebsch, U./Fleischle, B./Busch, S. et al. (2000): Utilization of Benefits for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care Insurance, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8. Jg., H. 4, S. 247-262.
- Kremer-Preiß, U./Stolarz, H. (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse : Zwischenbericht im Rahmen des Projektes „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln: KDA.
- Kröhnert, Steffen/Olst, N.v./Klingholz, R. (2004): Deutschland 2020: Die demographische Zukunft der Nation, Berlin-Institut für Weltbevölkerung und globale Entwicklung, Berlin.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (NRW) (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW : Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Leichsenring, K./Alaszewski (Eds.) (2004): Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons, Aldershot: Ashgate.
- Lenz, U. (2001): Leitfaden zur Arbeit mit Freiwilligen : Ehrenamt in der BAGSO, Bonn.
- Ludwig, A./Schaeffer, D. (2004): Die Pflege wird ambulant : Auswirkungen der Krankenhausfallpauschalen auf ambulante Dienste, in: Blätter der freien Wohlfahrtspflege 5/2004, S. 163-168.
- Mette, I. (2004): Wohnformen und Quartiersgestaltung, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), Modellprogramm „Selbstbestimmt wohnen im Alter“ : Kurzfassung und Ausblick, S. 3-11.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFFG NRW) (2003): Ergebnisse der Repräsentativumfrage „Einkommen und Ausgaben älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen“, Geschäftsstelle Seniorenwirtschaft am Institut Arbeit und Technik (Hrsg.).
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG NRW): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Dokumentation.
- Müller, K./Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten. Stuttgart.
- Naegele, G.; Bergestermann, A.; Rosendahl, B.; Zängl, P. (1998): Indikatoren gestütztes Planungsmodell zur Pflegeinfrastruktur. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Dortmund.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (NMSFFG) (2005): Landespflegebericht nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG), Hannover.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (NMSFFG) (2006): Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen, Hannover.
- Noelle-Neumann, E./Haumann, W. (2001): Alt werden im 21. Jahrhundert. Demoskopische Untersuchung zum individuellen Dienstleistungsbedürfnis der zukünftigen älteren Generation. Allensbach.
- Pfaff, H. (2006): Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich, Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Pöhlmann, K./Hofer, J. (1997): Ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf: Instrumentelle Unterstützung durch Hauptpflegepersonen und professionelle Hilfsdienste, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 5, S. 381-388.
- Poniewatz, E. (2001): Pflegedienste im Vergleich. In: Häusliche Pflege Nr. 6, 2001, S. 14-19.
- Preissl, B. (1998): Innovationen im Dienstleistungssektor, in: DIW-Wochenbericht 29: 519-526.
- Rieser, S. (2006): DRGs und die Folgen : Eine Wissenschaft für sich, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, H. 24.

- Roth, G. (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und Internationale Forschungsergebnisse, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 226, Stuttgart.
- Roth, G. (2007): Qualitätsprobleme in der Altenpflege: Versuch einer soziologischen Aufklärung, in: *PrinterNet*, H. 1, S.?????
- Roth, G./Reichert, M. (2004): Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Germany, in: Leichsenring, K./Alaszewski (Eds.) (2004): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*, Aldershot: Ashgate, p. 269-328.
- Rothgang, H. (2001): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags, Bremen.
- Rothgang, H. (2004): Ökonomische Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege. In: Hasseler, Martina; Meyer, Martha (Hrsg.): *Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen - Wettbewerbsvorteile sichern*. Hannover, S. 36-47.
- Rothgang, H. (2005): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen: Gutachten für die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“, [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de).
- Rothgang, H./Borchert (2005): Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten, in: *Pflege und Gesellschaft* 10/1, S. 34-37.
- Runde, P./Giese, R./Vogt, K./Wiegel, D. (1998): Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band I: Modellentwicklung und Methoden, Hamburg.
- Runde, P./Giese, R./Vogt, K./Wiegel, D. (1999): Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band II: Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten, Hamburg.
- Runde, P./Giese, R./Stierle, C. (2003): Bericht : Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels : Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung, Hamburg.
- Schaeffer, D./Ewers, M. (2001): Ambulantisierung - Konsequenzen für die Pflege, in: *GGW* 1/2001 (Juli), 1. Jg., s. 13-20.
- Schindler, T. (2006): Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland, in: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2006; 49, S. 1077 - 1086.
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung München und Infratest Burke Sozialforschung München, Baden - Baden.
- Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege : Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III), in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, S. 405 – 412.
- Schumacher, J./Stiehr, K. (2002): Handbuch für die Freiwilligenarbeit von und mit älteren Menschen : Ergebnisse des Projekts „Seniorenrechte Rahmenbedingungen für das soziale Ehrenamt“, Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS), Stuttgart u.a.: Wiehl.
- Siebert, A. (2006): Case Management im integrierten Budget - neue Wege in der Budgetunterstützung in der Behindertenhilfe, in: *Case Management* 1/2006, S. 51-52.
- Statistisches Bundesamt (2005): *Pflegestatistik 2003 : Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse*.

- Statistisches Bundesamt (2004): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse, Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Vester et al. (2001) : Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel - Zwischen Integration und Ausgrenzung, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Verbrugge, L.M. (1984): Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons, in: Milbank Memorial Fund Quarterly 62, S. 474-519.
- Viebrock, H. (2005): Künftige Einkommenslage im Alter (Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung).
- Voges, W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Waldmann, Britta: Gebündelte Kompetenzen. Integrierte Versorgung am Beispiel Aurichs. In: Pflegen Ambulant, Ausgabe 5/2004. S.: 12-13.
- Weinkopf, C. (2005): Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere (Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung „Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“ im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik/Wissenschaftszentrum NRW.
- Widmaier, S. (2005): Die soziale Pflegeversicherung in der Krise - Reformvorschläge im Überblick, Mannheim: ZEW.
- Wijngaart v. d., M./Ramakers, C. (2001): Kunde und Qualität. Neue Instrumente für die Entwicklung des Arbeitsmarktes für die hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege. Eine vergleichende Untersuchung in Deutschland und in den Niederlanden. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.