



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Wissenschaftliche Evaluation  
der Umstellung des Verfahrens  
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit  
(§ 18c Abs. 2 SGB XI)**

**Abschlussbericht:**

Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen,  
in der Pflegeplanung,  
den pflegefachlichen Konzeptionen  
und in der konkreten Versorgungssituation  
in der ambulanten und stationären Pflege

(Los 1)

Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs:

**Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege**

---

**Abschlussbericht**

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 18. Oktober 2019

---

**Kontakt:**

Hans-Dieter Nolting  
T +49 30 230 809 0  
Hans-Dieter.Nolting@iges.com

---

**IGES Institut GmbH**

Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

[www.iges.com](http://www.iges.com)



---

Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen  
und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebe-  
dürftigkeitsbegriffs:

**Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in  
der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptio-  
nen und in der konkreten Versorgungssituation in  
der ambulanten und stationären Pflege**

Hans-Dieter Nolting  
Elisabeth Beikirch  
Dr. Grit Braeseke  
Dr. Friederike Haaß  
Dr. Julian Rellecke  
Sandra Rieckhoff



## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b>	<b>23</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>33</b>
<b>1.1 Gesetzlicher Auftrag, Eckpunkte der Durchführung der Untersuchung und Aufbau des Abschlussberichts</b>	<b>33</b>
<b>1.2 Ziele und Aufgabenstellungen der Untersuchung</b>	<b>34</b>
<b>2. Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit</b>	<b>38</b>
<b>2.1 Aufgabenstellung</b>	<b>38</b>
<b>2.2 Vorgehensweise</b>	<b>39</b>
2.2.1 Auswahl und Gewinnung von Pflegeeinrichtungen	39
2.2.2 Durchführung der Workshops	43
<b>2.3 Workshop I: Inhalte und Arbeitsergebnisse</b>	<b>45</b>
<b>2.4 Workshop II: Inhalte und Arbeitsergebnisse</b>	<b>50</b>
<b>2.5 Workshop III: Inhalte und Arbeitsergebnisse</b>	<b>52</b>
<b>2.6 Workshop IV: Inhalte und Arbeitsergebnisse</b>	<b>54</b>
<b>2.7 Fazit zu den Workshops im Rahmen des Arbeitspakets 1</b>	<b>55</b>
<b>3. Veränderungen in den vertraglichen Grundlagen der Pflegeeinrichtungen</b>	<b>62</b>
<b>3.1 Methodik und Vorgehensweise</b>	<b>62</b>
<b>3.2 Veränderungen der vertraglichen Grundlagen im Bereich der ambulanten Pflege</b>	<b>64</b>
3.2.1 Rahmenvertrag ambulant in Baden-Württemberg	64
3.2.2 Rahmenvertrag ambulant in Hamburg	69
3.2.3 Rahmenvertrag ambulant in Schleswig-Holstein	71
3.2.4 Analyse von Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI	76
<b>3.3 Veränderungen der vertraglichen Grundlagen im Bereich der vollstationären Pflege</b>	<b>82</b>
3.3.1 Rahmenvertrag vollstationär Hamburg	82
3.3.2 Rahmenvertrag vollstationär Hessen	84
3.3.3 Rahmenvertrag vollstationär Niedersachsen	88
<b>3.4 Veränderungen der vertraglichen Grundlagen im Bereich der teilstationären Pflege</b>	<b>91</b>
3.4.1 Rahmenvertrag teilstationär Baden-Württemberg	91
3.4.2 Rahmenvertrag teilstationär Bayern	94
3.4.3 Rahmenvertrag teilstationär Saarland	96
<b>3.5 Fazit</b>	<b>98</b>
<b>4. Methodik der empirischen Erhebungen zum Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflege</b>	<b>101</b>
<b>4.1 Studiendesign</b>	<b>101</b>
<b>4.2 Stichproben</b>	<b>102</b>

---

4.3	Feldarbeit	104
4.4	Fragebogenentwicklung	105
5.	<b>Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der ambulanten Pflege</b>	<b>109</b>
5.1	<b>Rücklauf der Befragungen und Konsequenzen für die Interpretation der Ergebnisse</b>	<b>109</b>
5.2	<b>Charakteristika der antwortenden Pflegedienste, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen</b>	<b>111</b>
5.2.1	Pflegedienste	111
5.2.2	Pflegefachkräfte	114
5.2.3	Pflegebedürftige	117
5.3	<b>Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen</b>	<b>125</b>
5.4	<b>Aktuelle Personalausstattung und Veränderungen seit dem 1.1.2017</b>	<b>127</b>
5.5	<b>Pflegerische Betreuungsmaßnahmen</b>	<b>131</b>
5.5.1	Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen im Leistungsportfolio	131
5.5.2	Auswirkungen auf Personalausstattung und Personalmix	138
5.6	<b>Betreuungs- und Entlastungsleistungen</b>	<b>141</b>
5.6.1	Bedeutung von Leistungen, die über den Entlastungsbetrag finanziert werden	141
5.6.2	Auswirkungen auf Personalausstattung und Personalmix	143
5.7	<b>Neues Pflegeverständnis</b>	<b>144</b>
5.7.1	Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses	145
5.7.2	Fallbeispiele	153
5.8	<b>Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte</b>	<b>167</b>
5.9	<b>Schnittstelle zur Eingliederungshilfe</b>	<b>172</b>
5.10	<b>Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege</b>	<b>177</b>
5.11	<b>Freitextangaben zu weiteren Aspekten</b>	<b>181</b>
5.11.1	Leitungen der Pflegedienste	181
5.11.2	Pflegefachkräfte	182
5.11.3	Pflegebedürftige	183
6.	<b>Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der vollstationären Pflege</b>	<b>185</b>
6.1	<b>Rücklauf der Befragungen</b>	<b>185</b>
6.2	<b>Charakteristika der antwortenden Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen</b>	<b>186</b>
6.2.1	Pflegeeinrichtungen	186
6.2.2	Pflegefachkräfte	189
6.2.3	Pflegebedürftige	192
6.3	<b>Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen</b>	<b>198</b>
6.4	<b>Aktuelle Personalausstattung und Veränderungen seit dem 1.1.2017</b>	<b>200</b>
6.5	<b>Zusätzliche Betreuung und Aktivierung</b>	<b>204</b>

---

---

6.5.1	Bedeutung zusätzlicher Betreuungs- und Aktivierungsangebote	204
6.5.2	Zusätzliche Betreuungskräfte	206
<b>6.6</b>	<b>Neues Pflegeverständnis</b>	<b>207</b>
6.6.1	Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses	207
6.6.2	Fallbeispiele	213
<b>6.7</b>	<b>Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte</b>	<b>226</b>
<b>6.8</b>	<b>Schnittstelle zur Eingliederungshilfe</b>	<b>232</b>
<b>6.9</b>	<b>Freitextangaben zu weiteren Aspekten</b>	<b>235</b>
6.9.1	Leitungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen	235
6.9.2	Pflegefachkräfte	236
6.9.3	Pflegebedürftige	237
<b>7.</b>	<b>Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der teilstationären Pflege</b>	<b>239</b>
<b>7.1</b>	<b>Rücklauf der Befragungen</b>	<b>239</b>
<b>7.2</b>	<b>Charakteristika der antwortenden Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen</b>	<b>240</b>
7.2.1	Pflegeeinrichtungen	240
7.2.2	Pflegefachkräfte	243
7.2.3	Pflegebedürftige	246
<b>7.3</b>	<b>Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen</b>	<b>254</b>
<b>7.4</b>	<b>Aktuelle Personalausstattung und Veränderungen seit dem 1.1.2017</b>	<b>255</b>
<b>7.5</b>	<b>Zusätzliche Betreuung und Aktivierung</b>	<b>258</b>
7.5.1	Bedeutung zusätzlicher Betreuungs- und Aktivierungsangebote	258
<b>7.6</b>	<b>Neues Pflegeverständnis</b>	<b>260</b>
7.6.1	Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses	260
7.6.2	Fallbeispiele	266
<b>7.7</b>	<b>Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte</b>	<b>278</b>
<b>7.8</b>	<b>Freitextangaben zu weiteren Aspekten</b>	<b>283</b>
7.8.1	Leitungen der Tagespflegeeinrichtungen	283
7.8.2	Pflegefachkräfte	284
7.8.3	Pflegebedürftige	285
<b>8.</b>	<b>Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in den an Arbeitspaket 1 (Projekt TRANSFORM) beteiligten Pflegeeinrichtungen</b>	<b>287</b>
<b>8.1</b>	<b>Ambulante Pflegedienste</b>	<b>287</b>
<b>8.2</b>	<b>Vollstationäre Pflegeeinrichtungen</b>	<b>291</b>
<b>8.3</b>	<b>Teilstationäre Pflegeeinrichtungen</b>	<b>298</b>
<b>8.4</b>	<b>Fazit</b>	<b>303</b>
<b>9.</b>	<b>Diskussion und Fazit zu den empirischen Untersuchungen zu den Entwicklungen in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege (Arbeitspaket 2)</b>	<b>304</b>
<b>9.1</b>	<b>Diskussion der Methodik</b>	<b>304</b>

---

---

9.2	Ergebnisse zur Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen	307
9.3	Ergebnisse zu Personalausstattung und Veränderungen seit dem 01.01.2017	308
9.4	Ergebnisse zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Betreuungs- und Entlastungsleistungen	309
9.5	Ergebnisse zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung	311
9.6	Ergebnisse zum neuen Pflegeverständnis (Antworten der Einrichtungsleitungen und Pflegefachkräfte)	311
9.7	Ergebnisse zur Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen	316
9.8	Ergebnisse zur Stärkung der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte	318
10.	<b>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</b>	<b>320</b>
10.1	Schlussfolgerungen zu den Fragestellungen der Leistungsbeschreibung	320
10.2	Empfehlungen	325
11.	<b>Anhang</b>	<b>327</b>
A1	Fragebogen für einrichtungsinternes „Audit“ zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis („Hausaufgabe“ aus Workshop I)	328
A2	Unterlagen zur Hausaufgabe Workshop II	329
A3	Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis	337
A4	Fragebögen	337
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>338</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>9</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>9</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Gruppenarbeit zu Stand und Vorgehensweise bei der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses (im Workshop verwendete Folie)	49
Abbildung 2:	Beispielhafte Präsentationsfolie aus dem Kontext der Bearbeitung von Fallbeispielen in Workshop II	51
Abbildung 3:	Darstellung von Modifikationen des Pflegeprozesses anhand von Workflows im Kontext des Strukturmodells (im Workshop verwendete Folie)	53
Abbildung 4:	Differenzierter Workflow zur Integration der infolge des neuen Pflegeverständnisses erweiterten Perspektive im Rahmen der Informationssammlung (im Workshop verwendete Folie)	54
Abbildung 5:	„Geschachteltes“ Befragungsdesign	101

**Tabellen**

Tabelle 1:	Ausgewählte Pflegeeinrichtungen (n = 55) des Projekts TRANSFORM nach Versorgungsart und Trägerschaft	40
Tabelle 2:	Ausgewählte Einrichtungen nach Versorgungsart und Bundesland (n = 55)	41
Tabelle 3:	Geplante Zusammensetzung der Arbeitsgruppen der Workshops nach Versorgungsarten unter Berücksichtigung der spezialisierten Einrichtungen	42
Tabelle 4:	Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1	43
Tabelle 5:	Tatsächliche Teilnahme an den Workshops I bis IV (ohne Teilnehmer IGES)	44
Tabelle 6:	Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, die in die Analyse eingingen	63
Tabelle 7:	Personalrichtwerte für allgemeine Pflegeleistungen	84
Tabelle 8:	Personalrichtwerte für Hessen	86
Tabelle 9:	Äquivalenzziffern für Hessen	87
Tabelle 10:	Personalschlüssel für Niedersachsen	90
Tabelle 11:	Bearbeitungsschritte der Grundgesamtheiten zugelassener Pflegeeinrichtungen für die Stichprobenziehung	104
Tabelle 12:	Inhaltlicher Aufbau der Fragebögen (Zuordnung von Fragebogen items zu Themenblöcken)	107

---

---

Tabelle 13:	Bundesland der ambulanten Pflegedienste sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	112
Tabelle 14:	Durchschnittliche Anzahl versorgter Personen	113
Tabelle 15:	Verteilung der Pflegedienste nach Größenklassen versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	114
Tabelle 16:	Bundesland der befragten Pflegefachkräfte sowie Verteilung des Personals in ambulanten Pflegediensten gemäß Pflegestatistik (2017)	115
Tabelle 17:	Verteilung der Pflegefachkräfte nach Größenklassen ihrer Pflegedienste auf Basis versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen (Angaben der Pflegefachkräfte) sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	116
Tabelle 18:	Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte	116
Tabelle 19:	Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte in einem ambulanten Pflegedienst	117
Tabelle 20:	Bundesland der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten	118
Tabelle 21:	Geschlechtsverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten	119
Tabelle 22:	Durchschnittsalter (Geburtsjahr) der befragten Pflegebedürftigen	119
Tabelle 23:	Altersverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten	120
Tabelle 24:	Verteilung des Pflegegrads der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten	121
Tabelle 25:	Häufigkeit der Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind (Mehrfachnennung)	122
Tabelle 26:	Deutsch als Muttersprache der befragten Pflegebedürftigen	122
Tabelle 27:	Aktuelle Wohnsituation der befragten Pflegebedürftigen	123

---

---

Tabelle 28:	Dauer der Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst	123
Tabelle 29:	Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse	124
Tabelle 30:	Durch wen wurde der Fragebogen ausgefüllt?	124
Tabelle 31:	Pflegedienste mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen (Angabe der Leitung)	125
Tabelle 32:	Art der Spezialisierung der Pflegedienste (Angabe der Leitung)	125
Tabelle 33:	Pflegefachkräfte in Pflegediensten mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen	126
Tabelle 34:	Art der Spezialisierung der Pflegedienste (Angaben der Pflegefachkräfte)	126
Tabelle 35:	Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten	128
Tabelle 36:	Veränderung der Beschäftigtenzahl seit 1.1.2017 (Zeilenprozent)	129
Tabelle 37:	Aktuelle Beschäftigung von anderen Berufsgruppen oder Personen mit besonderen Qualifikationen (z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich)	130
Tabelle 38:	Berücksichtigung des Geschlechts bei der Versorgung	130
Tabelle 39:	Erbringung von Betreuungsleistungen als Sachleistung durch Pflegedienste (Angabe der Leitung)	131
Tabelle 40:	Durchschnittliche Anzahl von Pflegebedürftigen mit Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistung	132
Tabelle 41:	Durchschnittlicher Anteil der Pflegebedürftigen mit Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistung	132
Tabelle 42:	Anteil von Betreuungsleistungen an den Erlösen des Dienstes aus Sachleistungen gem. § 36 SGB XI	133
Tabelle 43:	Bezug von Betreuungsleistungen als Sachleistung durch Pflegebedürftige (Angabe der Pflegefachkraft)	134
Tabelle 44:	Anteil der befragten Pflegefachkräfte, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbringen	134
Tabelle 45:	Veränderung des Umfangs, in dem pflegerische Betreuungsmaßnahmen durch Pflegefachkräfte seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (2017) erbracht werden	135
Tabelle 46:	Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen aus Sicht der Leitung	136

---

---

Tabelle 47:	Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen aus Sicht der Pflegefachkräfte	137
Tabelle 48:	Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes außerhalb des Entlastungsbetrags (Angaben der Pflegebedürftigen)	138
Tabelle 49:	Aktuelle personelle Ausstattung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Angabe der Leitung)	139
Tabelle 50:	Aktuelle personelle Ausstattung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Angaben der Pflegefachkräfte)	140
Tabelle 51:	Aufstockung des Personals seit 1.1.2017 speziell für die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen	140
Tabelle 52:	Durchschnittliche Personenanzahl, um die aufgestockt wurde (pflegerische Betreuungsmaßnahmen)	141
Tabelle 53:	Erbringung von Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags (2019) bzw. von „Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (2016)	142
Tabelle 54:	Durchschnittlicher Anteil (in Prozent) von Kunden mit Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags bzw. von „Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (2016)	142
Tabelle 55:	Werden Leistungen des Pflegedienstes mit dem Entlastungsbetrag finanziert? (Angaben der Pflegebedürftigen)	143
Tabelle 56:	Aufstockung des Personals seit 1.1.2017 speziell für die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags	144
Tabelle 57:	Durchschnittliche Personenanzahl, um die aufgestockt wurde (Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags)	144
Tabelle 58:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitungen	147
Tabelle 59:	Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Leitungen	148
Tabelle 60:	Umsetzung neues Pflegeverständnis aus Sicht der Pflegefachkräfte	149
Tabelle 61:	Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte	150
Tabelle 62:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen	152
Tabelle 63:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1 aus Sicht der Leitungen	155

---

---

Tabelle 64:	Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegekräfte	157
Tabelle 65:	Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	158
Tabelle 66:	Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	159
Tabelle 67:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2	163
Tabelle 68:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	164
Tabelle 69:	Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegekräfte	165
Tabelle 70:	Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	166
Tabelle 71:	Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Leitungen	168
Tabelle 72:	Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachkräfte	169
Tabelle 73:	Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Leitungen	170
Tabelle 74:	Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Pflegefachkräfte	170
Tabelle 75:	Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Leitungen)	171
Tabelle 76:	Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Pflegefachkräfte)	171
Tabelle 77:	Pflegedienste, die Klienten mit gleichzeitigem Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe versorgen (Angabe der Leitung)	172
Tabelle 78:	Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegedienste (Angabe der Leitung)	172
Tabelle 79:	Versorgung von Klienten, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (Angaben der Pflegefachkräfte)	173
Tabelle 80:	Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegesachleistungen seit 2017	173
Tabelle 81:	Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegesachleistungen (Angaben der Pflegefachkräfte)	174

---

---

Tabelle 82:	Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch den Entlastungsbetrag seit 2017	175
Tabelle 83:	Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch den Entlastungsbetrag seit 2017 (Angaben der Pflegefachkräfte)	175
Tabelle 84:	Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aktuell (2019) und in 2016 (Angaben der Pflegebedürftigen)	176
Tabelle 85:	Angekündigte Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Leistungen gem. SGB XI (Angaben der Pflegebedürftigen)	177
Tabelle 86:	Stattgefundene Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Leistungen gem. SGB XI (Angaben der Pflegebedürftigen)	177
Tabelle 87:	Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege aktuell und in 2016	178
Tabelle 88:	Beurteilung der pflegerischen Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege in 2016 (Pflegebedürftige mit Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege aktuell und in 2016)	179
Tabelle 89:	Beurteilung der pflegerischen Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege zum Befragungszeitpunkt (2019) (Pflegebedürftige mit Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege aktuell und in 2016)	180
Tabelle 90:	Veränderung der pflegerischen Versorgung aktuell gegenüber 2016	180
Tabelle 91:	Bundesland der vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Verteilung von „Pflegeheimen“ gemäß Pflegestatistik (2017)	187
Tabelle 92:	Durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen	188
Tabelle 93:	Verteilung der Pflegeeinrichtungen nach Größenklassen versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	188
Tabelle 94:	Elektronische Pflegedokumentation (Angabe der Leitungen)	189

---

---

Tabelle 95:	Bundesland der befragten Pflegefachkräfte sowie Verteilung des Personals in „Pflegeheimen“ gemäß Pflegestatistik (2017)	190
Tabelle 96:	Verteilung der Pflegefachkräfte nach Größenklassen ihrer Pflegeeinrichtungen auf Basis versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen (Angaben der Pflegefachkräfte) sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	191
Tabelle 97:	Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte	191
Tabelle 98:	Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	192
Tabelle 99:	Elektronische Pflegedokumentation (Angaben der Pflegefachkräfte)	192
Tabelle 100:	Bundesland der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationärer Dauerpflege	193
Tabelle 101:	Geschlechtsverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationärer Dauerpflege	194
Tabelle 102:	Durchschnittsalter (Geburtsjahr) der befragten Pflegebedürftigen	194
Tabelle 103:	Altersverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationären Pflegeeinrichtungen	195
Tabelle 104:	Verteilung des Pflegegrads der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationären Pflegeeinrichtungen	196
Tabelle 105:	Art der Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind	196
Tabelle 106:	Deutsch als Muttersprache der befragten Pflegebedürftigen	197
Tabelle 107:	Dauer der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung	197
Tabelle 108:	Durch wen wurde der Fragebogen ausgefüllt?	198
Tabelle 109:	Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen (Angabe der Leitungen)	198

---

---

Tabelle 110:	Art der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung (Angabe der Leitung)	199
Tabelle 111:	Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen	199
Tabelle 112:	Art der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung (Angaben der Pflegefachkräfte)	200
Tabelle 113:	Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten	200
Tabelle 114:	Veränderung der Beschäftigten seit 1.1.2017 (Zeilenprozent)	202
Tabelle 115:	Aktuelle Beschäftigung von anderen Berufsgruppen oder Personen mit besonderen Qualifikationen (z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich)	203
Tabelle 116:	Berücksichtigung des Geschlechts bei der Versorgung	204
Tabelle 117:	Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuungskräfte	205
Tabelle 118:	Bedeutung zusätzlicher Betreuung und Aktivierung	206
Tabelle 119:	Suche nach geeigneten Betreuungskräften	207
Tabelle 120:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitung	208
Tabelle 121:	Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Leitung	209
Tabelle 122:	Umsetzung neues Pflegeverständnis aus Sicht der Pflegefachkräfte	210
Tabelle 123:	Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte	211
Tabelle 124:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen	212
Tabelle 125:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1 aus Sicht der Leitungen	215
Tabelle 126:	Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	217
Tabelle 127:	Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	218
Tabelle 128:	Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	219
Tabelle 129:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2 aus Sicht der Leitungen	222

---

---

Tabelle 130:	Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	224
Tabelle 131:	Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	225
Tabelle 132:	Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	226
Tabelle 133:	Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Leitungen	228
Tabelle 134:	Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Leitungen	229
Tabelle 135:	Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachkräfte	230
Tabelle 136:	Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Pflegefachkräfte	231
Tabelle 137:	Dokumentation nach dem Strukturmodell	231
Tabelle 138:	Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Pflegefachkräfte)	232
Tabelle 139:	Versorgung von Personen, die früher in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (Angaben der Leitungen)	233
Tabelle 140:	Versorgung von Bewohner/innen, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (Angaben der Pflegefachkräfte)	233
Tabelle 141:	Veränderungen der Zahl der Bewohner/innen die früher in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (seit 1.1.2017) (Angaben der Leitungen)	234
Tabelle 142:	Veränderungen der Zahl der Bewohner/innen, die früher in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben seit 2017 (Angaben der Pflegefachkräfte)	234
Tabelle 143:	Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch die Pflegeeinrichtung (Angaben der Leitungen)	235
Tabelle 144:	Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch die Pflegeeinrichtung (Angaben der Pflegefachkräfte)	235
Tabelle 145:	Bundesland der teilstationären Pflegeeinrichtungen	241
Tabelle 146:	Durchschnittliche Anzahl der Tagespflegegäste	242

---

---

Tabelle 147:	Verteilung der Tagespflegen nach Klassen der Zahl der Gäste mit SGB XI-Leistungen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	242
Tabelle 148:	Führung der Pflegedokumentation (Angabe der Leitung)	243
Tabelle 149:	Bundesland der Tagespflegen der befragten Pflegefachkräfte	244
Tabelle 150:	Verteilung der Pflegefachkräfte nach Größenklassen ihrer Pflegeeinrichtungen auf Basis der Zahl versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen (Angaben der Pflegefachkräfte) sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)	245
Tabelle 151:	Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte	245
Tabelle 152:	Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte in einer Tagespflege	246
Tabelle 153:	Führung der Pflegedokumentation	246
Tabelle 154:	Bundesland der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in Tagespflegen	247
Tabelle 155:	Geschlechtsverteilung der befragten Pflegegäste	248
Tabelle 156:	Durchschnittsalter (Geburtsjahr) der befragten Pflegegäste	248
Tabelle 157:	Altersverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in teilstationärer Pflege	249
Tabelle 158:	Verteilung des Pflegegrads der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in teilstationärer Pflege	250
Tabelle 159:	Art der Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind	250
Tabelle 160:	Durch wen wurde der Fragebogen ausgefüllt?	251
Tabelle 161:	Deutsch als Muttersprache der befragten Pflegegäste	251
Tabelle 162:	Aktuelle Wohnsituation der befragten Pflegegäste	252
Tabelle 163:	Dauer des Besuchs der Tagespflegeeinrichtung	253
Tabelle 164:	Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse über die Leistungen der Tagespflege hinaus	253
Tabelle 165:	Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen (Angaben der Leitungen)	254

---

---

Tabelle 166:	Art der Spezialisierung (Angaben der Leitungen)	254
Tabelle 167:	Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen	255
Tabelle 168:	Art der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung (Angaben der Pflegefachkräfte)	255
Tabelle 169:	Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten	256
Tabelle 170:	Aktuelle Beschäftigung von anderen Berufsgruppen oder Personen mit besonderen Qualifikationen (z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich)	256
Tabelle 171:	Veränderung der Beschäftigten seit 1.1.2017 (Zeilenprozent)	257
Tabelle 172:	Berücksichtigung des Geschlechts bei der Versorgung	258
Tabelle 173:	Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuungskräfte	259
Tabelle 174:	Bedeutung zusätzlicher Betreuung und Aktivierung	259
Tabelle 175:	Suche nach geeigneten Betreuungskräften	260
Tabelle 176:	Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitungen	261
Tabelle 177:	Zeitpunkt der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitungen	262
Tabelle 178:	Umsetzung neues Pflegeverständnis aus Sicht der Pflegefachkräfte	263
Tabelle 179:	Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte	264
Tabelle 180:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen	265
Tabelle 181:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1 aus Sicht der Leitungen	268
Tabelle 182:	Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	270
Tabelle 183:	Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	271
Tabelle 184:	Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte	272
Tabelle 185:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2 aus Sicht der Leitungen	275

---

---

Tabelle 186:	Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	276
Tabelle 187:	Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses durch die Pflegefachkräfte in Fallbeispiel 2	277
Tabelle 188:	Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte	278
Tabelle 189:	Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Leitungen	279
Tabelle 190:	Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Leitungen	280
Tabelle 191:	Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachkräfte	281
Tabelle 192:	Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Pflegefachkräfte	282
Tabelle 193:	Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Leitungen)	282
Tabelle 194:	Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Pflegefachkräfte)	283
Tabelle 195:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (ambulante Dienste)	289
Tabelle 196:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (ambulante Dienste)	290
Tabelle 197:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (ambulante Dienste)	291
Tabelle 198:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)	293
Tabelle 199:	Zeitpunkt der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)	295
Tabelle 200:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)	297

---

---

Tabelle 201:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)	298
Tabelle 202:	Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	300
Tabelle 203:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	301
Tabelle 204:	Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)	302
Tabelle 205:	Vergleich der in den drei Sektoren identisch gestellten Fragen zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen (nur gültige Prozent, d.h. ohne Berücksichtigung von fehlenden Angaben)	317

---



## Zusammenfassung

Die vorliegende „Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege“ ist Teil der Begleitevaluation nach § 18c SGB XI.

Die Untersuchung wurde im Zeitraum 01.10.2017 bis 31.07.2019 durchgeführt und umfasste zwei getrennte Arbeitspakete. Das erste Arbeitspaket (AP 1) umfasste die Entwicklung und Erprobung eines Konzepts zur Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Im Rahmen des zweiten Arbeitspakets (AP 2) sollte zum einen ermittelt und beschrieben werden, welche Veränderungen in den vertraglichen Grundlagen der Pflegeeinrichtungen vorgenommen wurden, um die Neuausrichtung des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit z.B. auf der Ebene der Beschreibung von Leistungsinhalten, Personalvorgaben oder Qualifikationsanforderungen abzubilden. Zum anderen sollte durch großflächige Erhebungen bei Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen ermittelt werden, inwieweit die in AP 1 definierten Schritte der Neuausrichtung bereits vollzogen sind bzw. in der Versorgungspraxis Platz gegriffen haben.

Zur Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen (AP 1) wurde eine fachlich-inhaltliche sowie didaktische Konzeption für einen Zyklus von vier Workshops mit Anpassungen an den jeweiligen sektorspezifischen Kontext (ambulant, vollstationär, teilstationär) entwickelt. Ergänzend wurden Materialien für die drei zwischen den Workshops liegenden Phasen erstellt, in denen die Workshop-Teilnehmenden die aufgeworfenen Fragen und Aufgabenstellungen in den eigenen Einrichtungen bzw. mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weiterbearbeiten konnten. Von Februar bis September 2018 wurde das Workshop-Konzept mit drei Gruppen von ambulanten (n=16), vollstationären (n=22) und teilstationären (n=17) Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Auf Grundlage der Workshop-Materialien sowie unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Durchführung der Workshops und der Rückmeldungen der Teilnehmenden wurde der „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ verfasst, der als Anlage diesem Bericht beigefügt ist.

Im Hinblick auf die tatsächliche Realisierung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung haben sich im Rahmen der Workshop-Arbeit fünf zentrale Problemfelder gezeigt:

1. Da die Anpassung der vertragsrechtlichen Grundlagen (z.B. in den Landesrahmenverträgen gem. § 75 SGB XI) noch nicht abgeschlossen ist, fehlen den Pflegeeinrichtungen – vor allem im ambulanten Sektor – wichtige Anhaltspunkte für die Anpassung ihrer Konzepte und Leistungsspektren sowie

die darauf bezogenen Aushandlungsprozesse mit den Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen.

2. Es bestehen vielfach Schwierigkeiten, die Spezifika des neuen Pflegeverständnisses von bereits zuvor – zumindest auf begrifflicher Ebene – etablierten Konzepten und Vorgehensweisen, insbesondere der „aktivierenden Pflege“, abzugrenzen.
3. In Bezug sowohl auf die pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Aufklärung, Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, als auch der zielgerichteten Ressourcenförderung bestehen Fortbildungs- und Entwicklungsbedarfe.
4. Auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist gegenwärtig noch mit geringen Kenntnissen in Bezug auf die Neuakzentuierung der Pflege bzw. aus Sicht vieler Teilnehmenden verbreitet auch mit Desinteresse oder sogar Ablehnung zu rechnen. Als Gründe für mangelndes Interesse oder Ablehnung wurde von den Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass die heutige Generation der Pflegebedürftigen vielfach unter „Pflege“ noch eine möglichst weitgehende Übernahme von Handlungen durch die Pflegekräfte versteht.
5. Gegenwärtig wird die Befassung mit Fragen der qualitativ-inhaltlichen Weiterentwicklung der Langzeitpflege durch die drängenden Probleme des (Fach-)Personalmangels überlagert und behindert.

Die Workshops im Rahmen des AP 1 haben gezeigt, dass die Auseinandersetzung mit den aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff resultierenden qualitativ-inhaltlichen Konsequenzen und Impulsen („neues Pflegeverständnis“) in der Praxis der Pflege noch am Anfang steht. Die kontinuierliche Mitarbeit und die Rückmeldungen der Teilnehmenden zu den Workshop-Inhalten dokumentierten jedoch ein starkes Interesse und eine große Bereitschaft, die mit dem neuen Pflegeverständnis sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Profession verbundenen Chancen zu nutzen. Von den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurde daher die Erstellung eines Leitfadens, der sowohl die Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses als auch die konkrete Umsetzung im Sinne von Neuakzentuierungen des Spektrums pflegerischer Hilfen sowie Anpassungen im Pflegeprozess erläutert, als sehr nützlich bewertet.

Die Rückmeldungen der an den Workshops beteiligten Pflegeeinrichtungen wurden im Rahmen der empirischen Untersuchungen (AP 2) gesondert ausgewertet und mit den Ergebnissen der bundesweiten Stichproben verglichen. Dabei zeigten sich wenige Unterschiede in Bezug auf den tatsächlichen Umsetzungsstand, aber Anzeichen für ein stärkeres Verständnis der mit der Neuausrichtung verbundenen Herausforderungen.

Im ersten Teil des zweiten Arbeitspakets wurden die bis zum Frühjahr 2019 erfolgten Anpassungen der Landesrahmenverträge gem. § 75 SGB XI sowie für den ambulanten Sektor auch Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI analysiert.

Im ambulanten, vollstationären und teilstationären Sektor konnten jeweils drei zu analysierende Rahmenverträge identifiziert werden, darunter ein Vertrag (Ambulante Pflege Schleswig-Holstein), der sich noch im Unterschriftenverfahren befand und erst zum 01. September 2019 in Kraft treten soll.

In allen angepassten Landesrahmenverträgen wurden die Bestimmungen zu den Inhalten der Pflegeleistungen bzw. der allgemeine Pflege- und Betreuungsleistungen an die seit dem 01.01.2017 geltenden Bestimmungen des § 14 SGB XI angepasst. In unterschiedlich ausgeprägtem Maße umfassen die Verträge weitergehende Erläuterungen und Klarstellungen in Bezug auf die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung des Pflegeverständnisses.

In allen drei untersuchten vollstationären Verträgen, mit denen die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade vollzogen wird, wurden Veränderungen auch in Bezug auf die Personalvorgaben vorgenommen. Die Auswirkungen für eine konkrete Einrichtung lassen sich allein aus den Verträgen nicht ableiten, sondern hängen von der Verteilung der Bewohner/-innen auf die Pflegegrade bzw. den Verteilungsänderungen infolge der Umstellung auf Pflegegrade ab.

Die Analyse der angepassten Vergütungsvereinbarungen für den ambulanten Bereich hat teilweise gezeigt, dass in manchen Vereinbarungen nach wie vor auf „Verrichtungen“ Bezug genommen wird und das Ziel der Selbständigkeitsförderung auf den Aspekt der „selbständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ eingeeengt wird. Ferner zeigt sich in einigen Vereinbarungen, dass die Vertragspartner mit der Frage der Abgrenzung zwischen dem Konzept der „aktivierenden Pflege“ und der nunmehr geforderten „gezielten Ressourcenförderung“ befasst sind. In dem neuen Rahmenvertrag für Schleswig-Holstein sowie in der angepassten Vergütungsvereinbarung für Sachsen-Anhalt wird diesem Unterschied insofern explizit Rechnung getragen, als dort eigene Leistungskomplexe für die „Gezielte Förderung der Selbständigkeit“ bzw. „Erhaltung und Stärkung der Selbständigkeit“ neu aufgenommen wurden.

In zwei Vergütungsvereinbarungen (Bayern, Rheinland-Pfalz) wurden Bestimmungen gefunden, die die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen ausschließen, „wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden“. Unter Umständen sollte die in § 13 Absatz 3 SGB XI kodifizierte Gleichrangigkeit der Leistungen Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. des Bundesversorgungsgesetzes noch weiter erläutert werden.

In die empirischen Untersuchungen zum Stand der Umsetzung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege wurden ambulante, voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen einbezogen. Befragt wurden Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftige. Die Untersuchungen wurden als ein „geschichtetes“ Design realisiert, d.h. nur die Pflegeeinrichtungen wurden als Zufallsstichproben aus der jeweiligen bundesweiten Gesamtheit der Einrichtungen gezogen. Die Stichproben der Pflegefachkräfte und der Pflegebedürftigen wurden dagegen

---

aus diesen Einrichtungen gewonnen, indem die Einrichtungsleitungen aufgefordert wurden die Fragebögen an bis zu vier ihrer Pflegefachkräfte zu verteilen. Diese wurden wiederum gebeten, Fragebögen an bis zu vier von ihnen versorgte Pflegebedürftige (bzw. Angehörige) weiterzuleiten.

Von insgesamt 7.800 eingeladenen Einrichtungen (ambulant und vollstationär jeweils 3.000, teilstationär 1.800) beteiligten sich 341 ambulante Pflegedienste (Teilnahmequote 11 %), 475 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Teilnahmequote 16 %) und 289 teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflegen; Teilnahmequote 16 %). An der Befragung der Pflegefachkräfte beteiligten sich im ambulanten Bereich 792 Personen (Teilnahmequote 58 % bezogen auf die 341 teilnehmenden Einrichtungen, sofern man unterstellt, dass in jedem Fall die vier Fragebögen für Pflegefachkräfte weitergeleitet wurden). Im vollstationären Bereich waren es 1.155 Personen (61 %) und im teilstationären Bereich 548 (47 %).

Auf Seiten der Pflegebedürftigen gingen aus dem ambulanten Bereich 2.774 Fragebögen (51 %), aus dem vollstationären 4.635 (61 %) und aus dem teilstationären 2.545 (55 %) Fragebögen ein.

Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen (und in der Folge auch die darüber gewonnenen Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen) sind nicht als repräsentativ für die Grundgesamtheit anzusehen (gemessen an der Pflegestatistik 2017), da sich überproportional viele größere Dienste und Einrichtungen beteiligt haben. Das bedeutet, dass die Ergebnisse der Untersuchung möglicherweise nicht auf die Situation in kleineren Einrichtungen übertragen werden können. Darüber hinaus ist bei der Interpretation der Ergebnisse im Auge zu behalten, dass es sich bei den Antwortenden vermutlich um Einrichtungen und Personen handelt, die bezüglich der Thematik der Untersuchung überdurchschnittlich interessiert und engagiert sind. In Bezug auf die Befragung der Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass die Fragebögen in allen drei Sektoren überwiegend mit Unterstützung oder vollständig durch eine Vertrauensperson bearbeitet wurden. Trotz der explizit im Untersuchungsdesign vorgesehenen Möglichkeit, den Fragebogen mit Unterstützung durch eine Vertrauensperson auszufüllen, ist davon auszugehen, dass pflegebedürftige Menschen, die nicht in der Lage sind, einen Fragebogen zu bearbeiten in der Untersuchung unterrepräsentiert sind.

Bei allen Fragen, die einen quantifizierten Vergleich zwischen der Situation zum Befragungszeitpunkt sowie vor dem 01.01.2017 erforderten, sind vermehrt Antwortausfälle aufgetreten (weil die Befragten die entsprechenden Zahlen für das Jahr 2016 offenbar nicht ermitteln konnten). Die entsprechenden Ergebnisse beruhen somit auf kleineren Fallzahlen und sind daher mit größerer Vorsicht zu interpretieren.

In allen drei Sektoren weisen nach Angabe der Einrichtungsleitungen über ein Fünftel der Einrichtungen (ambulant 21 %, vollstationär 33 %, teilstationär 24 %) eine Spezialisierung auf bestimmte Teilgruppen von Pflegebedürftigen auf. Am häufigsten werden Menschen mit schwersten demenziellen Erkrankungen ge-

nannt. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund wurden als besonderer Versorgungsschwerpunkt von 2,3 % der ambulanten Dienste, 2,3 % der vollstationären und 3,8 % der teilstationären Einrichtungen angegeben (jeweils Angabe der Leitungen).

Der Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson wird vor allem im ambulanten Sektor häufiger vorgetragen. Dort sehen sich 27 % der Einrichtungsleitungen „immer“ und 60 % „meistens“ in der Lage, dem Wunsch zu entsprechen. In den beiden anderen Sektoren zeigt sich ein ähnliches Bild.

Im ambulanten Bereich berichten 40 % der Einrichtungsleitungen über eine Zunahme der Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte seit Anfang 2017, 25 % geben eine Abnahme an. Darüber hinaus hat ein Beschäftigungsaufbau vor allem bei den Hauswirtschaftskräften (64 % der Dienste) und den Pflegehilfskräften (52 % der Dienste) stattgefunden. Die Zahl der Betreuungskräfte haben 39 % der Dienste erhöht. In 36 % der Dienste hat die Zahl der Auszubildenden zugenommen, in 17 % ist sie gesunken.

Im vollstationären Bereich haben 39 % der Einrichtungen die Zahl der Pflegefachkräfte seit Anfang 2017 gesteigert, in 30 % hat sie abgenommen. Ansonsten wurde eine Zunahme der Pflegehilfskräfte am häufigsten genannt (42 % der Einrichtungsleitungen), eine Zunahme bei den Betreuungskräften wurde von 31 % angegeben. In 34 % der Pflegeheime hat die Zahl der Auszubildenden zugenommen, in 25 % ist sie gesunken.

Im teilstationären Bereich wurde Beschäftigungsaufbau vor allem in Bezug auf Betreuungskräfte genannt (41 % der Einrichtungsleitungen), bei den übrigen Personengruppen werden meist keine Veränderungen seit 2017 berichtet.

Die Beschäftigung von Fachkräften aus therapeutischen und pädagogischen Berufen ist im vollstationären Bereich bereits weit verbreitet (45 % der Einrichtungen haben Beschäftigte aus diesen Berufsgruppen), in der teilstationären (14 %) bzw. ambulanten (9 %) Versorgung ist es eher die Ausnahme.

Inwieweit die Veränderungen der Personalstände bzw. des Personalmix als Anpassungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu interpretieren sind, lässt sich aus den Daten nicht ableiten. In Bezug auf den verbreiteten Personalaufbau im Bereich der Hauswirtschaftskräfte in den ambulanten Diensten liegt es jedoch nahe, einen Zusammenhang mit den gesetzlichen Änderungen des PSG I und PSG II zum Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) zu vermuten.

Im Vergleich zur Situation vor 2017 hat die Bedeutung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Leistungsportfolio der ambulanten Dienste deutlich zugenommen. Sowohl der Anteil von Diensten, die mindestens einen Pflegekunden mit den entsprechenden Leistungen haben (2016: 52 %; aktuell 81 %), als auch die durchschnittliche Kundenzahl (2016: ca. 6; aktuell: ca. 17) haben deutlich zugenommen. Der Anteil von Kunden mit pflegerischen Betreuungsmaßnahmen liegt

aktuell durchschnittlich bei 21 %, im Jahr 2016 lag er in Bezug auf die analogen Leistungen unter dem damaligen § 124 SGB XI bei 11 %.

Im Hinblick auf die zusätzliche Betreuung und Aktivierung zeigen sich in den vollstationären Einrichtungen seit 01.01.2017 kaum Änderungen, in den teilstationären Einrichtungen hat ein Viertel erst seitdem Vergütungszuschläge vereinbart. Die Anpassung des Personals im Bereich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung an den jeweiligen Bedarf stellt in beiden Sektoren nur für sehr kleine Minderheiten ein „großes“ Problem dar.

Im Hinblick auf den Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses wurden in den Erhebungen bei den Einrichtungsleitungen und den Pflegefachkräften zwei parallele Wege beschritten: Zum einen wurden sechs (voll- und teilstationär) bzw. acht (ambulant) Aspekte präsentiert, die das neue Pflegeverständnis charakterisieren und jeweils gefragt, ob der betreffende Aspekt nach Einschätzung der Befragten „noch gar nicht umgesetzt“ ist, ob die Umsetzung „noch am Anfang steht“ oder „bereits weit fortgeschritten“ ist. Falls die Umsetzung zumindest schon begonnen wurde, sollte ferner angegeben werden, inwieweit die Umsetzung bereits vor 2017 stattgefunden hat oder ob seit 2017 diesbezüglich neue Maßnahmen umgesetzt wurden.

Bezüglich dieser Operationalisierung anhand von „Aspekten“ (z.B. „Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.“) wurde die Gefahr gesehen, dass der Umsetzungsstand überschätzt wird, weil die Befragten bei der Beantwortung z.B. auf die etablierten Vorgehensweisen im Rahmen der „aktivierenden Pflege“ Bezug nehmen und die darüber hinaus gehenden Neuakzentuierungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht ausreichend berücksichtigen bzw. auch gar nicht kennen.

Daher wurden zusätzlich zwei auf den betreffenden Sektor abgestimmte Fallbeispiele präsentiert, die jeweils eine im Hinblick auf das neue Pflegeverständnis besonders akzentuierte Vorgehensweise beschreiben. Die Fallbeispiele sollen anschaulich machen, wie pflegerische Aufgaben unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verstanden werden können und welche Handlungsspielräume im Hinblick auf die Gestaltung pflegerischer Hilfen grundsätzlich bestehen.

Die Einrichtungsleitungen sollten angeben, inwieweit ihre Einrichtung hinsichtlich der personellen Voraussetzungen und der Arbeitsorganisation aktuell in der Lage sei, die im Beispiel illustrierte Vorgehensweise umzusetzen, ferner ob und ggf. wie häufig die Einrichtung entsprechende Maßnahmen bereits durchführt und wenn ja, ob es zu diesen Maßnahmen schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen gibt. Besonders das Vorhandensein von schriftlichen Konzepten oder Verfahrensanweisungen kann als ein Indikator für eine fortgeschrittene Umsetzung der entsprechenden Vorgehensweisen gewertet werden. Die Pflegefachkräfte wurden noch detaillierter zur Realisierung einzelner Elemente des Beispielfalls und zu den

Hintergründen gefragt, warum das betreffende Element ggf. noch nicht realisiert wird.

Die Einstufung des bereits erreichten Umsetzungsstandes in Bezug auf fünf in allen drei Sektoren identisch abgefragte Aspekte zeigt vor allem im teil- und vollstationären Bereich einen hohen Anteil von Einrichtungen mit fortgeschrittener Umsetzung: Angebote von Hilfen zur Stabilisierung der psychischen und sozialen Situation der Pflegebedürftigen sind demnach in 73 % der voll- und in 81 % der teilstationären Einrichtungen weit fortgeschritten, im ambulanten Bereich sind es 48 %. Die Ausrichtung der Pflege- bzw. Maßnahmenplanung auf Erhalt und Förderung der Selbständigkeit wird im ambulanten Bereich von 74 % (vollstationär: 84 %, teilstationär: 85 %) als weit fortgeschritten bezeichnet. Ähnliche Zahlen ergeben sich für den Aspekt der Prüfung, ob gezielte Maßnahmen zur Mobilitätsförderung in Frage kommen, der in 67 % der ambulanten Dienste und 82 bis 83 % der stationären Einrichtungen weit fortgeschritten ist. Die Überprüfung der Ergebnisse von Schulungen oder Anleitungen wird von den stationären Einrichtungen zu 70 %, im ambulanten Bereich dagegen nur von 35 % als weit fortgeschritten gesehen. Geringere Umsetzungsstände werden in Bezug auf die zielgerichtete Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz gemeldet: ambulant 45 %, vollstationär 57 % und teilstationär 60 %.

Nach diesen Ergebnissen sind im voll- und teilstationären Sektor wesentliche Aspekte des neuen Pflegeverständnisses in der Mehrheit der Einrichtungen, die an der Untersuchung teilgenommen haben bereits umgesetzt. Jeweils 75 bis 85 % der Einrichtungsleitungen geben dementsprechend auch an, dass diese Aspekte bereits vor 2017 umgesetzt waren. Die entsprechenden Einschätzungen der Pflegefachkräfte stimmen mit denen der Einrichtungsleitungen weitgehend überein. Im ambulanten Bereich liegt der Umsetzungsgrad nach diesen Daten zwar niedriger, aber ebenfalls relativ hoch.

Die niedrigsten Anteile fortgeschrittener Umsetzung ergeben sich bei den Aspekten, die nach konkreten Maßnahmen fragen, wie der „gezielten Anleitung und Schulung zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz“ bzw. im ambulanten Bereich zusätzlich einem „gesonderten Training zur Verbesserung der Pflegekompetenz von Angehörigen“. Charakteristisch für das parallel verfolgte Untersuchungskonzept anhand von Fallbeispielen ist gerade die Bezugnahme auf konkrete Maßnahmen und Vorgehensweisen anstelle eher abstrakter Handlungsorientierungen. Die Auswertungen zu den jeweils zwei vorgelegten Beispielfällen zeigen folgendes Bild:

Im ambulanten Bereich werden die Themen der Ressourcenförderung sowie der Unterstützung von Pflegebedürftigen und Angehörigen zur Verbesserung der (Selbst-)Pflegekompetenz von den Einrichtungen und Pflegekräften wahrgenommen und im Rahmen der Informationssammlung berücksichtigt. Als konkrete Maßnahmen werden am ehesten Aufklärung und Beratungen durchgeführt. Systematische und abgrenzbare Maßnahmenprogramme wie in den beiden Beispielen skizziert, sind jedoch bisher wenig verbreitet. Dies wird insbesondere auch durch

das Ergebnis unterstrichen, dass lediglich etwa 14 % der Einrichtungsleitungen angaben, dass für ihre entsprechenden Aktivitäten ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung vorhanden ist. In den Freitexten wurde dieses Ergebnis vielfach bestätigt, indem vor allem der Aspekt einer kontinuierlich über mehrere Termine sich erstreckenden Anleitung oder Beratung als nicht realisierbar bezeichnet wurde. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses im Vergleich zu den beiden anderen Sektoren ist auch zu berücksichtigen, dass die Betriebsgrößen in der ambulanten Pflege in der Regel kleiner sind als im stationären Bereich.

In den vollstationären Einrichtungen liegt der Umsetzungsgrad mit Blick auf die als Beispiel präsentierte Maßnahmen bei etwa 50 % der Einrichtungen, die nach eigenen Angaben entsprechend gezielte Maßnahmen der Ressourcenförderung bereits durchführen. Schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen zu diesen Aktivitäten sind bei knapp 30 % der Einrichtungen vorhanden. In den Freitexten wurde allerdings häufig angemerkt, dass individuelle Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit im Vergleich zu Gruppenangeboten schwierig umsetzbar sind.

In der Tagespflege ist der angegebene Grad der Umsetzung der beispielhaft präsentierte Maßnahmen am höchsten: Bis zu 80 % der Einrichtungen geben an, die Beispielmassnahmen bereits durchzuführen. Auch hier sind bei etwa 30 % schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen vorhanden.

Mit Blick auf die Eignung ihres gegenwärtigen Personals geben im ambulanten Bereich etwa 40 %, in vollstationären etwa 50 % und im teilstationären Bereich über 70 % der Leitungen an, dass sie in Bezug auf alle in den Beispielfällen angedeuteten Anforderungen über geeignetes Personal verfügen, um die entsprechenden Vorgehensweisen realisieren zu können. Die Freitextangaben zeichnen dagegen vor allem im Hinblick auf die Zahl der Pflegekräfte ein weniger optimistisches Bild.

Resümierend ist festzuhalten, dass sich aus den Daten zur Umsetzung verschiedener Aspekte des neuen Pflegeverständnisses sowie den Angaben zur Häufigkeit der Durchführung von Maßnahmen, die mit den Beispielfällen vergleichbar sind, im voll- und teilstationären Bereich ein relativ großer Anteil von Einrichtungen mit fortgeschrittenem Umsetzungsstand ergäbe (von etwa 50 bis 60 % im vollstationären und 70 bis 80 % im teilstationären Bereich). Im ambulanten Sektor werden entsprechende Vorgehensweisen aufgrund der Rahmenbedingungen (Rahmenverträge, Vergütungsmöglichkeiten) noch am seltensten realisiert (von etwa 20 bis 30 %). Nach dem besser geeigneten Kriterium des Vorhandenseins von schriftlichen Konzepten oder Verfahrensanweisungen für die betreffenden Maßnahmen, sind jedoch deutlich weniger Einrichtungen als weit fortgeschritten einzustufen (15 % im ambulanten und jeweils 30 % im voll- und teilstationären Bereich).

Mit Blick auf den ambulanten Sektor ist zu beachten, dass in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich nach Trainings- und Schulungsmaßnahmen innerhalb der Sachleistungserbringung gefragt wurde. Trainings- und Schulungsmaßnahmen im Rahmen der pflegefachlichen Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI und in Form von Pflegekursen nach § 45 SGB XI, die zum Teil auch zu Hause stattfinden können, sollten in der Untersuchung ausdrücklich außer Acht gelassen werden.

---

Grundsätzlich besteht für Menschen in häuslicher Pflege im Rahmen von Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI oder Pflegekursen nach § 45 SGB XI die Möglichkeit, entsprechende Leistungen – z.B. zur Erhöhung der Pflegekompetenz – zu erhalten, ohne dass von ihnen selbst zu tragende Kosten entstehen.

In den Ergebnissen zeigt sich ferner, dass viele Befragte noch kein klares Bild haben, welche Auswirkungen die Neuakzentuierung der Pflege infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Vorgehensweisen in ihrem konkreten Arbeitsalltag haben sollte bzw. inwieweit z.B. Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit oder zur Aufklärung, Beratung und Anleitung über die bisher bereits etablierten Aktivitäten hinausgehen sollten.

Die Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass ein nennenswerter Teil von Pflegeeinrichtungen bereits vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Anpassungen der Arbeitsorganisation bzw. der Prozesse vorgenommen hat, die die Umsetzung der abgefragten Aspekte unterstützen. Als besonders wichtiges organisatorisches Hindernis wird in allen drei Sektoren der in den Beispielen hervorgehobene „Programmcharakter“ der Maßnahmen genannt, d.h. die über einen Zeitraum von mehreren Wochen bzw. Terminen kontinuierlich durchzuführenden Aktivitäten zur Förderung der Selbständigkeit bzw. der Pflegekompetenzen einschließlich der Überprüfung der Zielerreichung. In den stationären Einrichtungen wurde ferner die Durchführung individueller Maßnahmen (im Gegensatz zu Gruppenaktivitäten) teilweise als Herausforderung genannt.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen sehr eindrücklich, dass die Pflegefachkräfte, aber auch die Leitungskräfte in den fachlichen Anforderungen, die mit dem neuen Pflegeverständnis verknüpft sind, eine Chance erblicken, ihre professionellen Kompetenzen stärker zur Geltung bringen zu können. Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang auch ein erheblicher Bedarf an fachlicher Weiterentwicklung gesehen.

In der Wahrnehmung der Pflegebedürftigen nehmen Erhalt und Stärkung der Selbständigkeit eine wichtige Rolle in der pflegerischen Versorgung ein. Die vier Fragen, die speziell zu Aspekten der Selbstständigkeitsförderung gestellt wurden, fanden vor allem im teilstationären und vollstationären Bereich große Zustimmung, aber auch die ambulanten Dienste bieten ihren Klienten nach deren eigener Wahrnehmung zum größten Teil entsprechende Hilfen an.

Aus den Antworten der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Vertrauenspersonen ergibt sich somit ferner das Bild einer relativ hohen Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung durch die jeweiligen Pflegekräfte, wobei der teilstationäre Bereich vorragt.

Die Untersuchung kommt zu folgenden Empfehlungen:

- Das im Rahmen von AP 1 erprobte Workshop-Konzept hat sich bewährt und sollte als Ausgangspunkt bei der Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Unterstützung der Implementierung des neuen Pflegeverständnisses genommen werden.
- Nach Veröffentlichung des Leitfadens sollten eventuelle Rückmeldungen aus Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten zu gewinnen. Eine grundlegende Überarbeitung bzw. Ergänzung des Leitfadens ist zu empfehlen, wenn wichtige parallele Entwicklungen, wie die neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien im stationären und ambulanten Bereich, das Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI) sowie die Anpassung der vertraglichen Grundlagen weiter fortgeschritten sind.
- Um den Vertragspartnern auf Landesebene Orientierungshilfen zu geben, sollten die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen „aktivierender Pflege“ und „gezielter Ressourcenförderung“, als dem in der Expertise von Wingenfeld/Büscher empfohlenen Weg zur Realisierung des Ziels der Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit, aus pflegewissenschaftlicher und ggf. auch aus vertragsrechtlicher Perspektive weiter geklärt werden.
- Im Hinblick auf die Vergütungsverträge erscheint es sinnvoll, die Gleichrangigkeit der Leistungen von Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. des Bundesversorgungsgesetzes zu erläutern.
- Die mit dem neuen Pflegeverständnis erforderlichen Anpassungen in inhaltlich-qualitativer Hinsicht sollten den Pflegeeinrichtungen und den Beschäftigten im Rahmen eines strukturierten Prozesses vermittelt und die Implementierung in der Praxis unterstützt werden.
- Die Entwicklung von konkreten Handlungskonzepten, mit denen die Beratung und Anleitung sowie gezielte Ressourcenförderung von den Pflegenden umgesetzt werden können, sollte gefördert werden.

Diese Empfehlungen sind überwiegend bereits in den Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 3 der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) aufgegriffen worden. Auch weiteren dort getroffenen Vereinbarungen – wie der Schaffung der vertraglichen Grundlagen, der Verbesserung der Aus- und Fortbildungsangebote sowie der Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über das neue Pflegeverständnis – schließt sich diese Untersuchung an.

---

## 1. Einleitung

### 1.1 Gesetzlicher Auftrag, Eckpunkte der Durchführung der Untersuchung und Aufbau des Abschlussberichts

Zum 1. Januar 2017 sind die Bestimmungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) zum Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI), zum neuen Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI) sowie zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI) in Kraft getreten. § 18c Absatz 2 SGB XI schreibt eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung dieser Gesetzesänderungen vor.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Sommer 2017 die Durchführung dieser wissenschaftlichen Evaluation, aufgeteilt auf mehrere Lose, öffentlich ausgeschrieben. Das IGES Institut hat den Zuschlag für die Durchführung der als Los 1 ausgeschrieben „Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege“ erhalten.

Die Bearbeitung des Projekts begann am 1. Oktober 2017. Zum 2. Februar 2018 wurde dem BMG ein Methodenbericht und zum 19. Oktober 2018 ein Zwischenbericht vorgelegt. Aufgrund von Verzögerungen bei der Durchführung der Umfragen (vgl. Kapitel 5) wurde das Projekt nicht zum ursprünglich vorgesehenen Endtermin (31.03.2019) fertiggestellt, sondern bis zum 31.07.2019 verlängert.

Die Untersuchung gliedert sich gemäß der Leistungsbeschreibung in zwei parallel zu bearbeitende Arbeitspakete:

- Arbeitspaket 1: Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit

In diesem Teil der Untersuchung sollte am Beispiel einer geeigneten Auswahl von Pflegeeinrichtungen gezeigt werden, wie eine Unterstützung bezüglich der Neuausrichtung erfolgen kann. Die Umsetzung sollte mit der Auswahl von Pflegeeinrichtungen modellhaft erprobt werden.

- Arbeitspaket 2: Erhebung der Maßnahmen und Ergebnisse bezüglich der Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegfachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege

Im Rahmen des zweiten Arbeitspakets sollte zum einen ermittelt und beschrieben werden, welche Veränderungen in den vertraglichen Grundlagen der Pflegeeinrichtungen vorgenommen wurden, um die Neuausrichtung des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit z.B. auf der Ebene der Beschreibung von Leistungsinhalten, Personalvorgaben oder Qualifikationsanforderungen abzubilden.

---

Zum anderen sollte durch großflächige Erhebungen bei Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen ermittelt werden, inwieweit die in Arbeitspaket 1 definierten Schritte der Neuausrichtung bereits vollzogen sind bzw. in der Versorgungspraxis Platz gegriffen haben. Die an der Bearbeitung von Arbeitspaket 1 beteiligten Pflegeeinrichtungen sollten in die Erhebungen als gesonderte Teilgruppe einbezogen werden, um die Wirksamkeit der Unterstützungsmaßnahmen zu überprüfen.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden im vorliegenden Abschlussbericht in folgender Gliederung dargestellt:

**Kapitel 2** berichtet über die Projektaktivitäten im Kontext der Bearbeitung des Arbeitspakets 1 (Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit). Zentrales Arbeitsergebnis ist der „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“. Dieses Dokument ist als Anlage A3 dem Abschlussbericht beigelegt.

Die Ergebnisse der Analyse der Veränderungen der vertraglichen Grundlagen der Pflegedienste werden in **Kapitel 3** dargestellt.

Die Methodik der empirischen Untersuchungen wird übergreifend in **Kapitel 4** erläutert.

In den **Kapiteln 5 bis 7** folgen die Befunde der empirischen Untersuchungen zum Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in ambulanten, voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, in der Arbeit der dort tätigen Pflegefachkräfte sowie in der pflegerischen Versorgung aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen berichtet.

Die Pflegeeinrichtungen, die an den Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1 teilgenommen haben, wurden in gleicher Weise in die empirischen Untersuchungen einbezogen, wobei die entsprechenden Fragebögen als „TRANSFORM-Teilnehmende“ gekennzeichnet waren, so dass eine getrennte Auswertung möglich ist (ohne dass die einzelne Einrichtung erkennbar wäre). Die Wirksamkeit der im Rahmen von Arbeitspaket 1 geleisteten Unterstützungsmaßnahmen bei diesen Einrichtungen wird durch Vergleich von deren empirischen Ergebnissen mit denen der bundesweiten Zufallsstichproben des entsprechenden Sektors überprüft. Die Ergebnisse werden in **Kapitel 8** berichtet.

**Kapitel 9** enthält die Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus Sicht des IGES Instituts.

## 1.2 Ziele und Aufgabenstellungen der Untersuchung

Im Mittelpunkt der als „Los 1“ zusammengefassten Untersuchungen stehen die durch die gesetzlichen Änderungen des PSG II induzierten Veränderungen der Pflege „in qualitativ-inhaltlicher Hinsicht“<sup>1</sup>. Im Zusammenhang mit der Neufassung

---

<sup>1</sup> Leistungsbeschreibung S. 2

des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in § 14 SGB XI sowie dem ebenfalls zum 1.1.2017 neu eingeführten Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI) konzentrierte sich die Aufmerksamkeit insbesondere der Pflegeeinrichtungen zunächst vor allem auf die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie die Auswirkungen auf den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Das nunmehr geltende Verständnis von Pflegebedürftigkeit mit der gleichberechtigten Berücksichtigung von körperlich, kognitiv und psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten impliziert jedoch auch eine Neuausrichtung der pflegerischen Praxis: Der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen nehmen eine zentrale Stellung innerhalb des neuen Pflegeverständnisses ein. Diese Veränderung der Perspektive sollte sich auf mehreren Ebenen niederschlagen:

- Die Pflegekonzeptionen der ambulanten und stationären Einrichtungen müssen angepasst werden, insofern sie die Akzentverschiebungen durch das neue Pflegeverständnis noch nicht widerspiegeln.
- Auf operativer Ebene müssen die Vorgehensweisen im Rahmen des Pflegeprozesses (Pflegeanamnese bzw. Informationssammlung, Pflege- bzw. Maßnahmenplanung usw.) das Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit sowie die daraus resultierenden Konsequenzen berücksichtigen.
- In den vertraglichen Grundlagen – insbesondere den Landesrahmenverträgen gem. § 75 SGB XI – sind die Voraussetzungen zu schaffen, die eine Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis ermöglichen.
- Schließlich sollte die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung der Pflege auch von den Pflegebedürftigen, die von ambulanten, teilstationären oder vollstationären Einrichtungen versorgt werden, wahrgenommen werden.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, den Stand der Umsetzung bzw. Implementierung des neuen Pflegeverständnisses auf den genannten Ebenen zu ermitteln bzw. – im Arbeitspaket 1 – konkrete Unterstützungsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung zu entwickeln. Das Gesamtprojekt soll folgende übergeordneten Fragestellungen beantworten:

- Werden die Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Erhalt und Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen) erreicht?
  - Kommt das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit in der Praxis der pflegerischen Versorgung an und hat sich durch die Reformmaßnahmen die Situation Pflegebedürftiger, pflegender Angehöriger, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte verbessert?
-

Mit Blick auf diese übergeordneten Fragestellungen sollen durch das Vorhaben folgende Einzelfragen untersucht werden<sup>2</sup>:

1. Welche Veränderungen gab es in den vertraglichen Grundlagen der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) mit Blick auf die Neuausrichtung der Pflege nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff? Wie wird die Neuausrichtung (Erhalt und Stärkung der Selbständigkeit) vertraglich umgesetzt (u.a. Beschreibung Leistungsinhalte, Personalvorgaben, Qualifikationsanforderungen)?
2. Wie haben sich die Personalausstattung und der Personalmix in den Einrichtungen verändert (quantitativ und qualitativ)? Wie hat sich die Arbeitsorganisation in den Pflegeeinrichtungen verändert? Welche Erkenntnisse können hieraus für die Entwicklung eines neuen Personalbemessungsverfahrens gezogen werden?
3. Inwieweit werden Pflegekräfte durch neue konzeptionelle Ansätze in ihrer Fachlichkeit gestärkt (z.B. durch die Anwendung des Strukturmodells [Strukturierte Informationssammlung – SIS])?
4. Inwieweit werden Pflegebedürftige und pflegende Angehörige durch neue konzeptionelle Ansätze in ihrer Selbständigkeit gestärkt?
5. Wie hat sich die Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen (z.B. im Hinblick auf Geschlecht, sexuelle Identität oder Migrationshintergrund) entwickelt?
6. Wie haben sich die Angebotsstrukturen durch die Einbeziehung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert?
7. Gab es konzeptionelle Veränderungen bei der Betreuung mit Auswirkungen auf die Finanzierungsstruktur der Einrichtungen?

Bei der Bearbeitung dieser Fragenkomplexe sollen unterschiedliche Gruppen von Pflegebedürftigen und Versorgungskonstellationen berücksichtigt werden, darunter auch pflegebedürftige Menschen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gem. SGB XII erhalten. Ferner sollen ambulante, voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen einbezogen werden.

Im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Untersuchung sollen zum einen die öffentlich verfügbaren Erkenntnisse aus parallel laufenden Entwicklungsprozessen – insbesondere dem Prozess zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI), dem Prozess

---

<sup>2</sup> Die Fragen 1. bis 7. sind der Leistungsbeschreibung entnommen

---

zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -darstellung für Pflegeeinrichtungen (§§ 113ff. SGB XI) sowie dem Prozess zur Implementation des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation<sup>3</sup> – berücksichtigt werden.

Als übergeordnete fachliche Referenz für die gesamte Thematik der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege wurde ferner auf die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte Expertise „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ von K. Wingenfeld und A. Büscher (unter Mitarbeit von D. Wibbeke) verwiesen<sup>4</sup>.

In Bezug auf die oben bereits angesprochene Berücksichtigung von Pflegebedürftigen, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (SGB XII Sechstes Kapitel; SGB IX Teil 2) beziehen, weist die Untersuchung eine Schnittstelle zu der als „Los 3“ im Rahmen der Evaluation gem. § 18c SGB XI durchgeführten Untersuchung zur „Eingliederungshilfe“ auf. In Absprache mit dem Auftraggeber wurde zwischen beiden Teiluntersuchungen vereinbart, dass Fragestellungen aus dem Kontext der Los 3-Untersuchung in die Erhebungen der Los 1-Untersuchung integriert wurden. So wurden in die Befragungen in der ambulanten Pflege Fragen aufgenommen, die sich mit möglichen Substitutionen von zuvor im Rahmen der Eingliederungshilfe erbrachten Leistungen durch Pflegeleistungen bzw. Betreuungs- und Entlastungsleitungen aufgenommen (vgl. Abschnitt 5.9). In die Befragungen im vollstationären Sektor wurden Fragen aufgenommen, inwieweit sich die Zahl von pflegebedürftigen Bewohnern/innen verändert hat, die zuvor in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe gelebt haben und deren pflegerische Versorgung dort nicht mehr sichergestellt werden konnte (§ 55 Satz 2 SGB XII; vgl. Abschnitt 6.8).

Ein weiterer, eigentlich in die Fragestellungen der Los 3-Untersuchung gehöriger, Themenkomplex betrifft die Schnittstelle zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII Siebtes Kapitel). In die Befragung von ambulant gepflegten Personen wurde ein Fragenblock aufgenommen, der – bei Personen, die auch Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen – die Frage des Zusammenwirkens der Leistungen aus den beiden sozialen Sicherungssystemen betrifft (vgl. Abschnitt 5.10).

---

<sup>3</sup> Vgl. Beikirch E, Nolting H-D, Wipp M (Hrsg.) (2017). Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Hannover: Vincentz

<sup>4</sup> Wingenfeld K, Büscher A (2017). Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf) (Aufruf: 30.06.2019)

---

## **2. Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit**

### **2.1 Aufgabenstellung**

Wie einleitend bereits angedeutet, sind als Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von den Beteiligten – vor allem den Pflegeeinrichtungen und den dort Beschäftigten – zunächst vor allem die Veränderungen im Zusammenhang mit dem neuen Begutachtungsinstrument und –verfahren wahrgenommen worden: Die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie die Ausweitung des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung durch die nunmehr gleichberechtigte Berücksichtigung von kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Insofern war zum Startzeitpunkt der Evaluationsuntersuchungen gemäß § 18c Absatz 2 SGB XI damit zu rechnen, dass die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung der Pflege infolge des seit dem 01.01.2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs in vielen Pflegeeinrichtungen noch am Anfang stand.

Um den Prozess der Implementierung des neuen Pflegeverständnisses zu unterstützen, wurde im Auftrag des BMG die Expertise von Wingenfeld und Büscher (2017) erstellt. Der Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Begleitgremium nach § 18c Absatz 1 SGB XI) hat eine Präambel zu dieser Expertise formuliert, mit der die Relevanz der Ausführungen der Expertise für verschiedene Themenfelder explizit anerkannt und unterstrichen wird<sup>5</sup>.

Das Arbeitspaket 1 dieser Untersuchung lässt sich als ein weiterer Baustein innerhalb der Strategie zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auffassen: Mit ausgewählten ambulanten, voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sollten Maßnahmen zur Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von Pflegeeinrichtungen auf das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit entwickelt und erprobt werden.

Diese Aufgabenstellung wurde bearbeitet, indem mit drei Gruppen von Pflegeeinrichtungen (ambulant, teilstationär, vollstationär) in einer Serie von vier Workshops die Grundlagen der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung sowie Lösungsansätze zur Anpassung der Pflegekonzepte und des Spektrums der pflegerischen Hilfen erarbeitet, Empfehlungen zur Integration in den Pflegeprozess sowie zum einrichtungsinternen Management des Umstellungsprozesses entwickelt wurden. Die teilnehmenden Einrichtungen erhielten zum Ende jedes Workshops Aufgaben und Materialien („Hausaufgaben“), mit denen sie im Zeitintervall bis zum folgenden Workshop Schritte zur Umsetzung in der eigenen Einrichtung gehen sollten.

---

<sup>5</sup> Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2017): Präambel zum Fachbericht Pflege. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege\\_Praeambel.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege_Praeambel.pdf) (Aufruf: 30.06.2019)

---

Als wichtigstes Ergebnis dieses Arbeitspakets wurde der „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ vorlegt, der als Anlage diesem Abschlussbericht beigefügt ist.

In weiteren Ausführungen dieses Kapitels werden Vorgehensweise und Verlauf der Workshops dargestellt. Für eine zusammenhängende Darstellung der Arbeitsergebnisse wird auf den Leitfaden verwiesen.

## **2.2 Vorgehensweise**

Im Rahmen des Arbeitspakets 1 sollten gemeinsam mit drei Arbeitsgruppen von Pflegeeinrichtungen (AG ambulant; AG teilstationär; AG stationär) die Aufgabenstellungen bei der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konkretisiert und geeignete Lösungsansätze für die Versorgungsbereiche der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege – unter Berücksichtigung auch der Situation von spezialisierten Einrichtungen (Pflege von Kindern und Jugendlichen; Pflege von Menschen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten) – erarbeitet werden.

### **2.2.1 Auswahl und Gewinnung von Pflegeeinrichtungen**

In der Vorbereitungsphase (Oktober 2017 bis Januar 2018) wurde eine Rekrutierungsstrategie zur Gewinnung von Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme am Projekt entworfen und umgesetzt. Um die projektbezogene Kommunikation mit den Einrichtungen zu erleichtern und zur besseren Unterscheidbarkeit von anderen Evaluationsstudien wurde ein passender kurzer Projektname ausgewählt: TRANSFORM.

Ziel der Rekrutierungsstrategie war eine möglichst repräsentative Auswahl der Pflegeeinrichtungen in den drei Versorgungsarten ambulant, teilstationär und vollstationär anhand des Merkmals Trägerschaft. Darüber hinaus sollte auch eine ausgewogene regionale Verteilung nach Bundesländern erreicht werden. Bezüglich der angestrebten Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen nach der Trägerschaft war es Ziel, der entsprechenden Verteilung der Pflegestatistik möglichst nahe zu kommen.

Die Rekrutierung der Einrichtungen erfolgte in enger Zusammenarbeit mit den Bundesverbänden der Leistungserbringer in der Pflege sowie durch Vorstellung des Projektes auf Pflegefachveranstaltungen im November und Dezember 2017 und gezielte Ansprache einzelner Träger (insbesondere mit Blick auf die Rekrutierung von Einrichtungen mit spezialisierten Versorgungsangeboten). Dafür wurden ein Informationsblatt zum Projekt (s. Anlage 1) und ein kurzer Foliensatz erstellt.

Alle Bundesverbände der Pflegedienstleister (die Mitgliedsverbände der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V., die privaten Verbände und der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen

e.V.) wurden bzgl. des Projekts TRANSFORM in der zweiten Dezemberhälfte kontaktiert mit der Bitte, die Projektinformationen an ihre Mitgliedseinrichtungen weiterzuleiten.

Während der Rekrutierungsphase bekundeten insgesamt 116 Einrichtungen ein Interesse an der Projektteilnahme. Die häufigsten Rückmeldungen erhielt IGES von Einrichtungen aus dem stationären Sektor (n = 55), gefolgt von Einrichtungen aus dem ambulanten (n = 29) und aus dem teilstationären Sektor (n = 20). Weitere zwölf Einrichtungen (vier ambulant, acht stationär) verfügten über eine spezielle fachliche Ausrichtung (bspw. pflegebedürftige Kinder, Empfänger/innen von Eingliederungshilfe). Noch während der Rekrutierungsphase wurden drei Interessensbekundungen zurückgezogen, eine Einrichtung konnte aus anderen Gründen keine Berücksichtigung finden. Letztlich konnte IGES aus insgesamt 112 Interessenten auswählen – darunter 55 in privater Trägerschaft, 50 freigemeinnützig und sieben öffentlich.

Die Auswahl der Einrichtungen für die drei Arbeitsgruppen nach Versorgungsart orientierte sich maßgeblich an den Merkmalen Trägerschaft und Bundesland, wobei innerhalb der Trägerschaft zusätzlich die Verbandszugehörigkeit berücksichtigt wurde. In Tabelle 1 findet sich eine Übersicht der zur Teilnahme ausgewählten 55 Einrichtungen nach Versorgungsart und Trägerschaft (einschl. eines Abgleichs zur Verteilung nach Trägerschaft mit der Pflegestatistik 2015). Aus praktischen Überlegungen wurden insgesamt zehn Einrichtungen mehr als die ursprünglich geplanten 45 Einrichtungen ausgewählt, um so noch mögliche Ausfälle im Projektverlauf auszugleichen.

Tabelle 1: Ausgewählte Pflegeeinrichtungen (n = 55) des Projekts TRANSFORM nach Versorgungsart und Trägerschaft

Versorgungsart	Anzahl Einrichtungen in TRANSFORM	Trägerschaft	Anteil im Projekt TRANSFORM	Anteil gem. Pflegestatistik 2015
ambulant	17	privat	58 %	65 %
		freigemeinnützig	42 %	33 %
		öffentlich	0 %	1 %
teilstationär	16	privat	25 %	47 %
		freigemeinnützig	69 %	51 %
		öffentlich	6 %	2 %
vollstationär	22	privat	55 %	42 %
		freigemeinnützig	36 %	53 %
		öffentlich	9 %	5 %

Quelle: IGES

Wie aus der Tabelle ersichtlich, konnte mit den ausgewählten Einrichtungen bei den ambulanten Einrichtungen die Verteilung der Grundgesamtheit nach Trägerschaft tendenziell abgebildet werden, in der Gruppe der teilstationären Einrichtungen sind die freigemeinnützigen Träger und bei den vollstationären Einrichtungen die privaten Träger etwas überrepräsentiert.

Die regionale Verteilung der ausgewählten Pflegeeinrichtungen kann der folgenden Tabelle 2 entnommen werden. Alle Bundesländer konnten mit mindestens einer Einrichtung berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Ausgewählte Einrichtungen nach Versorgungsart und Bundesland (n = 55)

Bundesland	Ambulant	Teilstationär	Vollstationär
Baden-Württemberg	1		1
Bayern	1	2	2
Berlin	-	1	2
Brandenburg	2	2	1
Bremen	1	-	-
Hamburg	-	-	1
Hessen	3	2	2
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	1
Niedersachsen	-	1	1
Nordrhein-Westfalen	3	2	4
Rheinland-Pfalz	-	2	1
Saarland	1	1	-
Sachsen	2	2	1
Sachsen-Anhalt	2	-	1
Schleswig-Holstein	-	-	2
Thüringen	-	-	2
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>22</b>

Quelle: IGES

Die gezielte Ansprache von Pflegeeinrichtungen mit fachlicher Spezialisierung ergab folgendes Spektrum: pflegebedürftige Kinder und Jugendliche, Menschen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beatmungspatienten. Es haben sich, auch über die Verbände,

keine Interessenten mit einer speziellen Ausrichtung auf die Versorgung von Personen mit einer bestimmten sexuellen Identität gemeldet.

Es wurden insgesamt acht spezialisierte Einrichtungen ausgewählt (fünf stationär und drei ambulant). Ihre Zuordnung zu den einzelnen Workshop-Gruppen erfolgte anhand fachlicher Überlegungen (z. B. Ausrichtung auf psychisch Kranke sowie körperliche und geistige Behinderung gemeinsam) und mit Blick auf die Gruppengrößen. Die geplante Zusammensetzung der drei Arbeitsgruppen zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Geplante Zusammensetzung der Arbeitsgruppen der Workshops nach Versorgungsarten unter Berücksichtigung der spezialisierten Einrichtungen

	AG 1 (ambulant und Spezialisierungen)	AG 2 (teilstationär und Spezialisierungen)	AG 3 (stationär)
Gesamt	16	22	17
davon Spezial-einrichtungen	2	5	1
	zwei ambulante Dienste mit Spezialisierung auf schwerstpflegebedürftige Kinder und Jugendliche (Versorgungsvertrag nach SGB V und XI)	fünf vollstationäre Einrichtungen (teilweise mit weiteren Angeboten im ambulanten und teilstationären Bereich) mit Spezialisierungen im Bereich Pflege jüngerer Pflegebedürftiger, Menschen mit psychischer, geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Schnittstellen Eingliederungshilfe	eine Einrichtung mit Schwerpunkt Migration und schlechte Lebenslagen
		ein ambulanter Pflegedienst mit fachpsychiatrischem Schwerpunkt	

Quelle: IGES

Zur verbindlichen Regelung der Zusammenarbeit wurden konkrete organisatorische Aspekte zwischen dem Auftragnehmer und den teilnehmenden Institutionen in einer Teilnahmevereinbarung festgelegt. Diese regelte die verpflichtende Teilnahme von zwei Vertretern/innen je Einrichtung an allen vier Workshops. Weiterhin sicherten die Einrichtungen zu, den Mitarbeitern/innen für die Aufgaben im Projekt ausreichende zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen und diese aktiv zu unterstützen. Darüber hinaus wurde zugesichert, dass die Einrichtung auch an der nachfolgenden Evaluation (Arbeitspaket 2) teilnehmen wird. Des Weiteren informierten die Einrichtungen ihre Beschäftigten und die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen über die Teilnahme an TRANSFORM und sicherten die Vertraulichkeit aller im Rahmen von TRANSFORM weitergegebenen Informationen zu.

### 2.2.2 Durchführung der Workshops

Die weitere Bearbeitung erfolgte im Rahmen von vier Workshops für jede Arbeitsgruppe (vgl. Tabelle 4). In den beiden ersten Workshops wurden vor allem die fachlichen Grundlagen für die Neuausrichtung auf das neue Pflegeverständnis erarbeitet. In den Workshops III und IV wurden zunehmend praktische Lösungsansätze entwickelt, die die teilnehmenden Einrichtungen parallel bzw. in den Zeitintervallen zwischen den Workshops („Hausarbeitsphasen“) in den eigenen Betrieben erproben sollten. Die Arbeitsergebnisse wurden fortlaufend für die Teilnehmenden dokumentiert und als Arbeitsunterlage für die Erprobung in den eigenen Betrieben zur Verfügung gestellt.

Tabelle 4: Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1

Workshop und Ort	Termine	Arbeitsgruppe
Workshop I Berlin	20. Februar 2018	AG 1 ambulant + spezial
	21. Februar 2018	AG 2 teilstationär + spezial
	22. Februar 2018	AG 3 vollstationär
Workshop II Göttingen	24. April 2018	AG 1 ambulant + spezial
	25. April 2018	AG 2 teilstationär + spezial
	26. April 2018	AG 3 vollstationär
Workshop III Essen	19. Juni 2018	AG 1 ambulant
	20. Juni 2018	AG 2 teilstationär + spezial
	21. Juni 2018	AG 3 vollstationär
Workshop IV Berlin	11. September 2018	AG 1 ambulant + spezial
	12. September 2018	AG 2 teilstationär + spezial
	13. September 2018	AG 3 vollstationär

Quelle: IGES

Die Durchführung der vier Workshop-Zyklen erfolgte planmäßig. Die eingeladenen Einrichtungen haben fast vollständig an dem ersten Workshop teilgenommen, beim zweiten und dritten Workshop waren einzelne terminbedingte Absagen zu verzeichnen, die die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beeinträchtigt haben (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Tatsächliche Teilnahme an den Workshops I bis IV (ohne Teilnehmer IGES)

Workshop und Ort	Arbeitsgruppe	Anzahl Einrichtungen	Anzahl Personen
Workshop I Berlin	AG 1 ambulant + spezial	16	27
	AG 2 teilstationär + spezial	22	30
	AG 3 vollstationär	17	32
Workshop II Göttingen	AG 1 ambulant + spezial	15	22
	AG 2 teilstationär + spezial	19	24
	AG 3 vollstationär	17	32
Workshop III Essen	AG 1 ambulant + spezial	14	20
	AG 2 teilstationär + spezial	15	21
	AG 3 vollstationär	16	23
Workshop IV Berlin	AG 1 ambulant + spezial	15	24
	AG 2 teilstationär + spezial	17	22
	AG 3 vollstationär	17	27

Quelle: IGES

Im Vorfeld des ersten Workshops wurden alle Einrichtungen gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, mit dem Strukturdaten der Einrichtungen sowie Informationen zu „Aktivitäten zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ in der betreffenden Einrichtung erhoben wurden.

Die Angaben in den Fragebögen zeigen folgendes Bild im Hinblick auf die Größe der teilnehmenden Einrichtungen:

Ambulante Pflegedienste (n=13 mit gültigen Angaben):

- Anzahl versorgter Personen mit Leistungen nach SGB XI und/oder SGB V: zwischen 34 und 1.600 (Median: 229)

Stationäre Einrichtungen (n=16 mit gültigen Angaben):

- Anzahl Pflegeplätze: zwischen 51 und 849 (Median: 100)

Teilstationäre Einrichtungen (n=16 mit gültigen Angaben):

- Anzahl Pflegeplätze: zwischen 12 und 196 (Median: 19)

Im Folgenden werden Inhalte und Ablauf der vier Workshop-Zyklen zusammengefasst. Die eigentlichen Arbeitsergebnisse finden sich in dem als Anlage beigefügten Leitfaden.

### 2.3 Workshop I: Inhalte und Arbeitsergebnisse

Einleitend wurden das Projekt TRANSFORM und dessen Hintergründe (vgl. § 18c Absatz 2 SGB XI) sowie die geplante Vorgehensweise vorgestellt (vgl. in dem Leitfaden die Abschnitte „Hintergrund und Ziele“ bzw. „Entstehung des Leitfadens“).

Im Hinblick auf die Arbeitsweise in den Workshops wurde betont, dass bezüglich der Ausrichtung auf das neue Pflegeverständnis von allen Beteiligten zunächst eine pflegfachliche Perspektive eingenommen werden sollte, d.h. dass Fragen der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen zunächst ausgeklammert werden sollten. Die Thematik der leistungsrechtlichen Voraussetzung sollte im letzten Workshop-Zyklus behandelt werden (in der Erwartung, dass zu diesem Zeitpunkt bereits in vielen Bundesländern entsprechende Anpassungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI erfolgt sind).

Zur Einführung wurden die rechtlichen Bestimmungen zum „alten“ (§ 14 SGB XI in der bis 31.12.2106 geltenden Fassung) und zum „neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff einander gegenübergestellt. Ziel dieses Workshop-Blocks war es zum einen, den Teilnehmenden den mit der Neufassung des § 14 SGB XI vollzogenen „Paradigmenwechsel“ vor Augen zu führen, zum anderen sollten die tragenden Begriffe des neuen Pflegeverständnisses („Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“, „bewältigen“) eingeführt werden.

Den Teilnehmenden wurde vermittelt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zum einen zu einer Erweiterung des Personenkreises führt, der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhält. Dieser Aspekt war den meisten geläufig, zumal er eng mit dem neuen Begutachtungsinstrument, dem Wechsel von Pflegestufen zu Pflegegraden etc. assoziiert ist. Zum anderen führt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff jedoch auch zu einer qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung – ein Aspekt, der in der fachlichen Diskussion bis dahin eine weniger prominente Rolle gespielt hatte und der im Zentrum der Projektarbeit stand.

Die Ergebnisse dieses ersten Themenblocks sind vor allem in Kapitel 1 des Leitfadens eingeflossen.

Im zweiten Themenblock wurden die Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses vermittelt (vgl. Leitfaden Kapitel 3). Grundlage für die Ausführungen dieses zweiten Themenblocks war in erster Linie das im Auftrag des BMG erstellte Papier „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ von Klaus Wingenfeld und Andreas Büscher<sup>6</sup> sowie die vom „Beirat zur Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ formulierte „Präambel“ zu dem Papier von Wingenfeld/Bücher<sup>7</sup>. Darüber hinaus wurde auf einen Fachartikel von Heike Hoffer („Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung“) zurückgegriffen<sup>8</sup>. Die Workshop-Teilnehmenden wurden auf beide Quellen explizit hingewiesen.

Vorgestellt wurden die drei Aspekte, die im dritten Kapitel des Papiers von Wingenfeld/Bücher als „fachliche Grundgedanken, auf denen der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument beruhen und die damit auch die Ausgestaltung pflegerischer Hilfen prägen sollten“ (Wingenfeld/Bücher 2017, S. 7) hervorgehoben werden:

### **1. Umfassende Hilfe bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen**

Der Grundgedanke wurde durch weitere Zitate verdeutlicht, die darauf hinweisen,

- dass neben die körperbezogenen Pflegemaßnahmen nunmehr pflegerischen Betreuungsmaßnahmen einschließlich psychosozialer Unterstützung sowie anleitende und beratende Tätigkeiten treten;
- dass nach dem neuen Pflegeverständnis neben den vorhandenen Beeinträchtigungen auch die verbliebenen Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen bzw. die Frage, durch welche pflegerischen Maßnahmen diese Fähigkeiten erhalten oder sogar verbessert werden können relevant werden.

Als eine zusammenfassende Konkretisierung des Grundgedankens der „umfassenden Hilfe“ wurde eine Formulierung aus dem Artikel von Hoffer (2017, S. 16) zitiert:

"Es wird verdeutlicht, dass die Leistungen der Pflegeversicherung zukünftig alle fachwissenschaftlich als geeignet und angemessen angesehenen Pflegemaßnahmen beinhalten sollen, mit denen die in § 14 Abs. 2 SGB XI beschriebenen pflegerischen Problemlagen bewältigt werden können. Bei diesen Maßnahmen ist entsprechend den Zielen des fachwissenschaftlichen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit darauf zu achten, dass sie konsequent auf die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten [...] des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind."

### **2. Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit**

---

<sup>6</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf)

<sup>7</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege\\_Praeambel.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege_Praeambel.pdf)

<sup>8</sup> Hoffer H (2017). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2017. S. 13-23. Stuttgart: Schattauer.

---

In Bezug auf diesen Grundgedanken wurde der von Wingenfeld/Büscher sehr explizit betonte Unterschied zum Begriff der „aktivierenden Pflege“ hervorgehoben: Die Förderung der Selbständigkeit soll „[...] in Form eines zielgerichteten, in der Pflegeplanung fixierten Vorgehens [erfolgen], bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert und aus dem engen Rahmen der Alltagsverrichtungen herausgelöst werden“ (Wingenfeld/Büscher 2017, S. 9).

In diesem und den folgenden Workshops spielte diese Konkretisierung eine zentrale Rolle, weil sie u.a. auf die Frage führt, inwieweit entsprechende Leistungsangebote in den Pflegeeinrichtungen bereits etabliert sind, welcher Art diese Angebote sein sollten usw. In dem Leitfaden wird diese Thematik im Abschnitt 3.1 behandelt.

Neben der Förderung der Selbständigkeit im Sinne geplanter und abgrenzbarer Maßnahmen mit expliziter – und damit auch evaluierbarer – Zielsetzung wurde ferner auf die weiterhin relevante Verankerung der Selbständigkeitsförderung als durchgehende Handlungsorientierung bei allen pflegerischen Maßnahmen verwiesen.

### **3. Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen**

Auch in Bezug auf den dritten Grundgedanken wurde vor allem betont, dass es sich nach dem neuen Pflegeverständnis bei Maßnahmen der Aufklärung, Beratung und Anleitung nicht um gewissermaßen „passager“ zu erbringende Leistungen handelt, sondern auch hier ein zielgerichtetes Vorgehen zur Verbesserung der (Selbst-)Pflegekompetenz gemeint ist. Diese Neuakzentuierung kommt in dem Begriff der „Eduktion“ bzw. „edukativer Maßnahmen“ zum Ausdruck. Ferner wurde hervorgehoben, dass auch Maßnahmen zur Entwicklung der Pflegekompetenz von Angehörigen ausdrücklich mit umfasst sind. Die Ergebnisse dieses Arbeitsblocks sind vor allem in Abschnitt 4.1 des Leitfadens eingeflossen.

Im dritten Workshop-Block wurde der Bogen von den rechtlichen und fachlichen Grundlagen des neuen Pflegeverständnisses zu den konkreten Arbeitsaufgaben der Pflegeeinrichtungen – nämlich der Anpassung der pflegerischen Konzeption und des Pflegeprozesses sowie den damit verbundenen Aufgaben des Pflege- und Qualitätsmanagements – geschlagen. Ferner wurden die Zusammenhänge zu den parallel auf der überbetrieblichen Ebene stattfindenden Prozessen – Anpassung der Rahmenverträge (§ 75 SGB XI), Entwicklung neuer Instrumentarien der Personalbemessung und der Qualitätsprüfungen, Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – hergestellt. Im Leitfaden finden sich die entsprechenden Passagen in Kapitel 2.

Mit Blick auf die pflegfachlichen Konzeptionen wurde in diesem ersten Workshop diskutiert, inwieweit die wesentlichen Aspekte des neuen Pflegeverständnisses be-

reits in den vorhandenen Konzeptionen und Leitbildern der teilnehmenden Einrichtung abgebildet sind (Eine systematische Überprüfung wurde als „Hausaufgabe“ formuliert, vgl. unten).

Im Hinblick auf den Pflegeprozess wurden die ersten drei Phasen des vierphasigen Pflegeprozessmodells<sup>9</sup> explizit diskutiert bzw. in Bezug zu der in Wingefeld/Büschler entfalteten Systematik gestellt. Übergeordnetes Ziel dieses Workshop-Teils war es, den Teilnehmenden einen Überblick über die Aufgabenstellungen des zweiten und dritten Workshops zu geben, in denen die Fragen der Neuausrichtung des Pflegeprozesses aufgrund des neuen Pflegeverständnisses im Detail bearbeitet werden.

Zum Abschluss dieses dritten Workshop-Blocks wurden die Verbindungen der im Projekt TRANSFORM bearbeiteten Fragen zu den übergeordneten Entwicklungen im Bereich der Rahmenverträge, der Personalbemessung und der Qualitätsprüfung erläutert (vgl. Leitfaden Kapitel 2).

Der Nachmittagsteil des Workshops wurde mit einer Kleingruppenarbeit begonnen, in der die Teilnehmenden vor dem Hintergrund der Inputs aus dem Vormittagsteil reflektieren sollten, inwieweit sie in ihren jeweiligen Einrichtungen und Trägerunternehmen bereits mit der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses begonnen haben bzw. welchen Stand sie erreicht haben (Abbildung 1).

Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

---

<sup>9</sup> Der dem Strukturmodell zugrundeliegende vierphasige Pflegeprozess gliedert sich in (1) Informationssammlung, (2) Maßnahmenplanung, (3) Durchführung und (4) Evaluation. Dieses Pflegeprozessmodell geht ursprünglich auf Yura und Walsh (1973) zurück und wurde auch von der Weltgesundheitsorganisation aufgegriffen.

---

Abbildung 1: Gruppenarbeit zu Stand und Vorgehensweise bei der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses (im Workshop verwendete Folie)

## Gruppenarbeit Teil 1

IGES

- Inwieweit entspricht die Einführung zur Thematik Ihrem Verständnis und Ihren Vorstellungen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs?
  - Haben Sie bereits bezüglich der vorgestellten Schwerpunkte (Leitbild, Pflegeprozess, Personal, Qualifikation, Leistungsangebote) Lösungsansätze gefunden?
  - Fanden in Ihrer Einrichtung Informations- und Schulungsveranstaltungen zum neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit statt?
  - Steuern Sie die Anpassung zentral oder durch eine Arbeitsgruppe?

Quelle: IGES

Das Konzept des ersten Arbeitspakets von TRANSFORM sieht vor, dass die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in den Zeiträumen zwischen den Workshops eigenständig bzw. unter Beteiligung von Beschäftigten oder internen Projektgruppen an der Thematik weiterarbeiten. Um diesen Prozess zu unterstützen wurden zum einen die Foliensätze des jeweils vorangehenden Workshops zur Verfügung gestellt. Zum anderen wurde eine konkrete „Hausaufgabe“ gestellt, die nach Möglichkeit bis zum nächsten Workshop bearbeitet werden sollte. Die Ergebnisse sollten vor dem Folge-Workshop an IGES zurückgesandt werden.

In der ersten „Hausarbeitsphase“ sollten die teilnehmenden Einrichtungen anhand einer von IGES bereit gestellten Checkliste einen betriebsinternen Audit zum bereits erreichten Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses durchführen. Die Checkliste findet sich in Anhang A1.

Ferner wurden die Einrichtungen im Vorfeld des zweiten Workshop-Termins gebeten eine kleine Zahl von anonymisierten Fallbeispielen (Pflegedokumentation) mitzubringen, die im Rahmen des Workshops analysiert werden sollten.

## 2.4 Workshop II: Inhalte und Arbeitsergebnisse

Anknüpfungspunkt für die Arbeit im zweiten Workshop waren die Fragen 3 und 4 der in Workshop I als „Hausaufgabe“ ausgegebenen Audit-Checkliste: Frage 3 betrifft das Angebot der Einrichtungen in Bezug auf gezielte Leistungen zur Ressourcenförderung zum Erhalt der Selbständigkeit, Frage 4 auf Angebote der pflegerischen Aufklärung, Beratung und Anleitung (vgl. Anhang A1). Im ersten Schritt wurden die im Rahmen der „Hausarbeit“ eingegangenen Beiträge der Teilnehmenden vorgestellt und diskutiert.

Im Zentrum der weiteren Arbeit in Workshop II stand sodann die Aufgabe, den spezifischen Blickwinkel des neuen Pflegeverständnisses auf die Förderung der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person sowie die Nutzung der erweiterten Handlungsspielräume im Sinne der Erarbeitung von Problemlösungen für die individuellen pflegerischen Aufgaben mit den Teilnehmenden vertiefend zu erarbeiten. Dies erfolgte anhand von konkreten Fallbeispielen, die entweder von den Teilnehmenden zu dem Workshop mitgebracht oder von IGES vorbereitet worden waren. Die Fallbeispiele ermöglichten insbesondere eine Erörterung der sektorspezifischen (ambulant, stationär, teilstationär) Fragestellungen.

Anhand der Fallbeispiele wurden die beiden ersten Phasen des Pflegeprozesses am Beispiel des Strukturmodells – die strukturierte Informationssammlung (SIS) und die Erarbeitung des Maßnahmenplans – unter Berücksichtigung der spezifischen Aspekte des neuen Pflegeverständnisses durchgearbeitet (vgl. Abbildung 2 bzw. im Leitfaden Kapitel 6).

Mit der – überwiegend als Kleingruppenarbeit durchgeführten – Arbeit an den Fallbeispielen wurden die wichtigsten Anpassungserfordernisse im Rahmen des Pflegeprozesses identifiziert und beschrieben. Ferner wurde intensiv an der Frage gearbeitet, inwieweit in den teilnehmenden Einrichtungen bereits Maßnahmen etabliert oder zumindest bekannt sind, die im Sinne des neuen Pflegeverständnisses als Maßnahmen oder Programme zur „Eduktion“ gelten können.

Die Fokussierung auf die Fragen der gezielten Berücksichtigung von Potenzialen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit im Rahmen der Informationssammlung sowie der Erweiterung des Handlungs- und Leistungsspektrums im Rahmen der Maßnahmenplanung auf die Bereiche der Aufklärung, Beratung, Anleitung und Schulung („Eduktion“) unter Einbezug auch von pflegenden Angehörigen wurde auch in der „Hausaufgabe“ fortgeführt.

Abbildung 2: Beispielhafte Präsentationsfolie aus dem Kontext der Bearbeitung von Fallbeispielen in Workshop II

## Methodisches Vorgehen zur Identifizierung pflegerischer Aufgaben IGES

**Fragestellungen pro Themenfeld**

Was sind hier Ansatzpunkte zur **zielgerichteten Ressourcenförderung**?

Kann hier **Aufklärung, Beratung und Anleitung** zur Bewältigung der Situation beitragen?

Gibt es hierzu **konkrete Ideen** zur praktischen Umsetzung?

1.5.002

TRANSFORM: Workshop II

24.04.2018 bis 26.04.2018

Seite 9

Quelle: IGES  
 Anmerkung: Auf der linken Seite ist das Formular der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) dargestellt.

Den Abschluss des zweiten Workshops bildete ein Exkurs zur Frage der Abgrenzung des neuen Pflegeverständnisses von dem etablierten und auch im SGB XI weiterhin verwendeten Begriff der „aktivierenden Pflege“. Die Arbeitsergebnisse wurden resümierend in Abschnitt 3.1 des Leitfadens aufgenommen.

Die Arbeit an den Fallbeispielen diente u.a. auch der Identifikation von bereits in den Einrichtungen praktizierten Maßnahmen und Vorgehensweisen, die einen engen Bezug zu den zentralen Elementen des neuen Pflegeverständnisses aufweisen. Die im Zeitraum bis zum dritten Workshop zu bearbeitende „Hausaufgabe“ befasste sich ebenfalls mit dem Thema der Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen um Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbstständigkeit:

- IGES hatte für jeden Einrichtungstyp eine Liste mit beispielhaften pflegerischen Maßnahmen mit besonderem Bezug zum neuen Pflegeverständnis vorbereitet, darunter sowohl Maßnahmen, die sich an die pflegebedürftige Person selbst (direkte Hilfen), als auch solche, die sich an Angehörige (indirekte Hilfen) richten.
- Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen sollten bis zu fünf ihrer Pflegefachkräfte bitten, für jeweils fünf von ihnen versorgte Pflegebedürftige zu beurteilen, inwiefern die beispielhaften Maßnahmen der mitgelieferten Liste

für die betreffende Person (bzw. ihre Angehörigen) aus fachlicher Sicht grundsätzlich in Frage kommen, ob eine vergleichbare Maßnahme tatsächlich bereits durchgeführt wurde, wie groß der Nutzen der Maßnahme für den Klienten voraussichtlich wäre und ob der Klient ein solches Angebot annehmen würde. Für diese Bewertungen hatte IGES einen Fragebogen vorbereitet, den die Pflegefachkräfte für bis zu fünf ihrer Klienten ausfüllen sollten.

- Neben der Bewertung des beispielhaften Maßnahmenkatalogs für fünf Klienten sollte jede Pflegefachkraft ferner einen Abschlussfragebogen beantworten, der übergreifende Fragen zu diesem Typus von pflegerischen Hilfen sowie ihrem potenziellen Stellenwert stellte.

Die Unterlagen zu der Hausaufgabe sind in Anhang A2 beispielhaft in der Version für die ambulanten Pflegedienste wiedergegeben. Die im Leitfaden in Kapitel 5 vorgestellten Fallbeispiele wurden aus den in den Befragungen der Einrichtungsleitungen sowie Pflegefachkräfte verwendeten Fallbeispielen entwickelt (vgl. die Fragebögen im Anhang). Diese Fallbeispiele gehen ihrerseits auf die hier beschriebenen Arbeiten im zweiten Workshop zurück.

## 2.5 Workshop III: Inhalte und Arbeitsergebnisse

Ausgehend von der Bearbeitung der Hausaufgabe sowie unter Verwendung der Ergebnisse wurde im ersten Teil des dritten Workshops der Themenkomplex „Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen“ vertiefend erörtert. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für Kapitel 4 des Leitfadens.

Die Bearbeitung der Hausaufgabe durch mehrere Pflegefachkräfte bildete in den meisten teilnehmenden Einrichtungen einen geeigneten Anlass, um sich mit zentralen Aufgabenstellungen des neuen Pflegeverständnisses auseinander zu setzen. Dabei wurde deutlich, dass

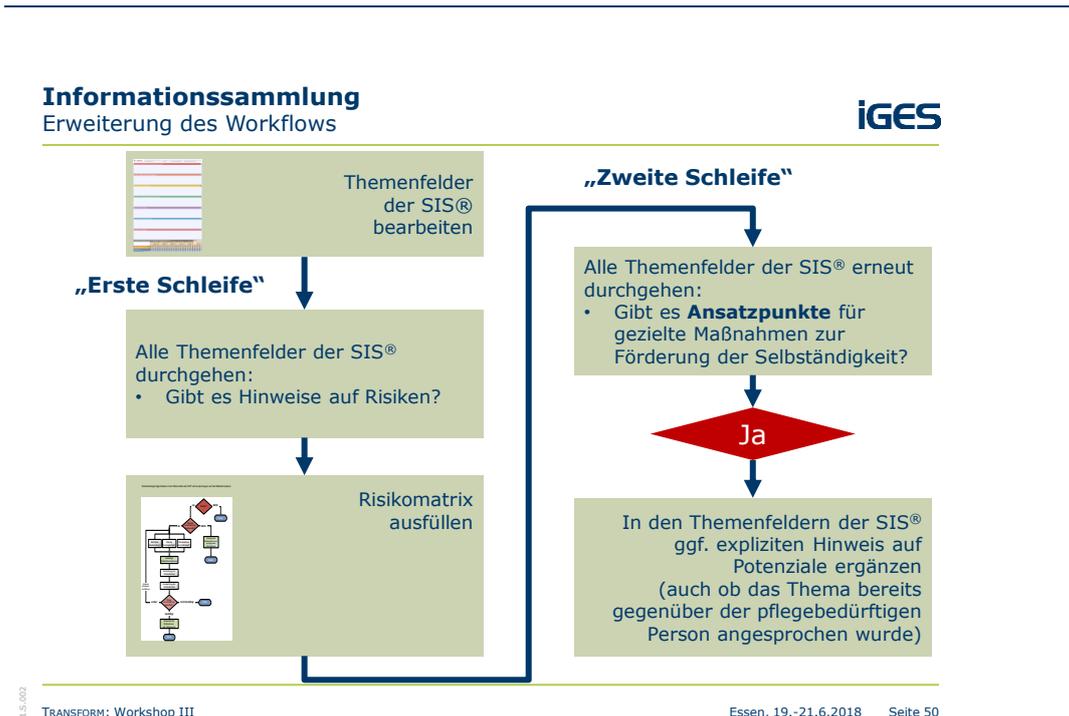
- der intendierte Charakter „edukativer Maßnahmen“ (auf definierte Ziele gerichtet, die auch überprüft werden usw.) in der Praxis vielfach noch nicht hinreichend bekannt bzw. erklärungsbedürftig ist,
- dass entsprechende Maßnahmenangebote in der Praxis bislang kaum vorhanden sind und
- dass die neue Aufgabe der fachlichen Beurteilung von „Selbständigkeitspotenzialen“, die durch geeignete Maßnahmenangebote adressiert werden sollten noch geeigneter Schulung bedarf.

Im zweiten Teil des Workshops wurde der Themenkomplex erforderlicher Anpassungen im Pflegeprozess aufgrund von Aufgabenstellungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses bearbeitet. Die Bearbeitung erfolgte dabei entlang des vierstufigen Pflegeprozessmodells (vgl. Fußnote 9), das auch dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zugrunde liegt.

---

Die für erforderlich erachteten Anpassungen wurden in Form von Workflows entwickelt, wobei auf bereits etablierte Workflows im Kontext des Strukturmodells Bezug genommen wurde (vgl. beispielhaft für den Prozessschritt der Informationssammlung in Abbildung 3).

Abbildung 3: Darstellung von Modifikationen des Pflegeprozesses anhand von Workflows im Kontext des Strukturmodells (im Workshop verwendete Folie)



Quelle: IGES

Die Ergebnisse dieser Arbeit (sowie der Fortführung im vierten Workshop) sind Grundlage für das Kapitel 6 des Leitfadens.

Als Hausaufgabe wurde mit den Teilnehmenden vereinbart, dass ihnen im Anschluss an den Workshop eine erste Rohfassung des Leitfadens in Form eines Foliensatzes zugesandt wird und sie mit diesem Material in ihren eigenen Einrichtungen mögliche Schritte einer Implementierung erproben sollten. Die dabei gewonnenen Erfahrungen sollten im vierten Workshop ausgewertet und in den letzten Teil des Leitfadens (Kapitel 7 „Management der Neuausrichtung“) einfließen.

## 2.6 Workshop IV: Inhalte und Arbeitsergebnisse

Im letzten Workshop-Zyklus wurden vor allem die Rückmeldungen der teilnehmenden Einrichtungen zu der folienbasierten Rohfassung des Leitfadens diskutiert. Dies erfolgte, indem der – zwischenzeitlich noch weiterentwickelte – Folienersatz in den Workshops noch einmal systematisch durchgearbeitet wurde.

Dabei wurden Themen benannt, bei denen – insbesondere mit Blick auf die Nutzung des Leitfadens zur Schulung der Mitarbeiter/innen im Rahmen der Implementierung des neuen Pflegeverständnisses in den eigenen Pflegeeinrichtungen – noch weitere Erläuterungen und Konkretisierungen gewünscht wurden.

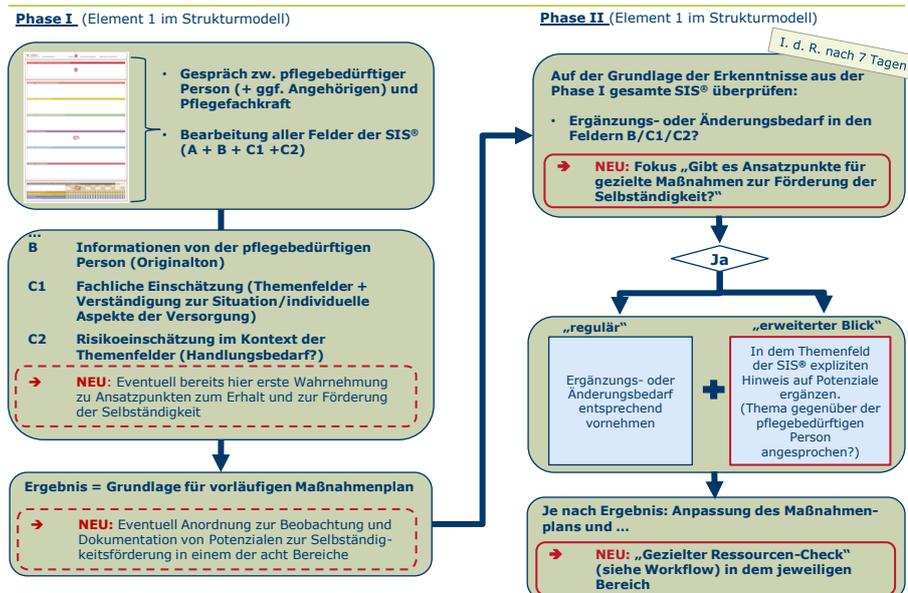
Als Konsequenz aus dieser Diskussion wurde die bis dahin vorliegende Fassung des Leitfadens um weitere Erklärungen bzw. Unterkapitel (z.B. Kapitel 4.1 mit den Ausführungen zum Begriff der „Eduktion“) erweitert.

Einen besonderen Schwerpunkt bildete die nochmalige Diskussion der durch das neue Pflegeverständnis induzierten Anpassungen im Pflegeprozess, die in weiter differenzierte Darstellungen im Leitfaden mündete (vgl. den differenzierteren Workflow zur Informationssammlung in Abbildung 4).

Abbildung 4: Differenzierter Workflow zur Integration der infolge des neuen Pflegeverständnisses erweiterten Perspektive im Rahmen der Informationssammlung (im Workshop verwendete Folie)

### Darstellung „Integration Erweiterte Perspektive“ zum Einstieg in den Pflegeprozess anhand der SIS®

IGES



Quelle: IGES

Im zweiten Teil der Workshops wurde erörtert, wie das Management der Implementierung des neuen Pflegeverständnisses in den Pflegeeinrichtungen erfolgen sollte. Diese Ergebnisse sind Grundlage des Kapitels 7 des Leitfadens.

Die teilnehmenden Einrichtungen konnten zu diesen Fragen noch wenig faktische Erfahrungen beitragen, da der Prozess der Implementierung auch zum Ende des Workshop-Zyklus in den Einrichtungen noch am Anfang stand. Eine wichtige Rolle dabei spielte auch, dass die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses – z.B. in Bezug auf die Erweiterung des Spektrums pflegerischer Hilfen – mangels angepasster Rahmenverträge und entsprechender Personalressourcen aus Sicht der Teilnehmenden noch nicht gegeben waren.

## 2.7 Fazit zu den Workshops im Rahmen des Arbeitspakets 1

Die als zentrales Element von Arbeitspaket 1 durchgeführten Workshops mit ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass die Auseinandersetzung mit den aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff resultierenden qualitativ-inhaltlichen Konsequenzen und Impulsen („neues Pflegeverständnis“) in der Praxis der Pflege noch am Anfang steht.

Die kontinuierliche Mitarbeit und die Rückmeldungen der Teilnehmenden zu den Workshop-Inhalten dokumentierten jedoch ein starkes Interesse und eine große Bereitschaft, die mit dem neuen Pflegeverständnis sowohl für die Pflegebedürftigen, als auch für die Profession verbundenen Chancen zu nutzen.

Im Hinblick auf die fachlich-inhaltlichen Fragestellungen, die in den Workshops diskutiert wurden und die auch bei der Konzeption des Leitfadens eine wichtige Rolle gespielt haben, sind aus Sicht des IGES einige Aspekte besonders hervorzuheben, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass mit dem „neuen Pflegeverständnis“ nicht etwa ein grundlegend neues Verständnis von Pflege als professionellem Handeln gemeint ist, sondern lediglich ein neues Verständnis dessen, was unter dem Zuständigkeitsdach der Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege unter „Pflege“ verstanden werden soll. Der erste Satz der Expertise von Wingenfeld/Büscher (2017)<sup>10</sup> ist insofern missverständlich und wurde von Teilnehmenden der Workshops kritisiert, weil er so gelesen werden könnte, als ob Erhalt und Förderung der Selbständigkeit vor dem PSG II nicht oder nicht in ausreichendem Maße zum Aufgabenverständnis der Profession gehört hätten.

Konsequenterweise sollte die Anerkennung der drei „fachlichen Grundgedanken“ (vgl. Wingenfeld/Büscher, 2017, S. 7-11 bzw. Kapitel 3 und 4 des Leitfadens) als

---

<sup>10</sup> „Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ändern sich nicht nur das Begutachtungsinstrument und der Leistungszugang, sondern auch das Verständnis von Pflege, das sich stärker darauf ausrichtet, die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten und zu fördern.“ (Wingenfeld/Büscher, 2017, S. 3). Die oben zitierte Präambel des Beirats ist hier präziser, insofern sie auf das „Verständnis von Pflege in der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege“ Bezug nimmt.

---

prägende Elemente des neuen Pflegeverständnisses nur insofern als neuer Impuls gewertet werden, als durch die Integration dieser etablierten fachlichen Fundamente der Pflege in Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege nunmehr auch eine stärkere Ausrichtung der Praxis der pflegerischen Versorgung – die in starkem Maße durch den Rechtsrahmen des SGB XI bzw. der Hilfe zur Pflege (SGB XII) geprägt wird – an diesen Prinzipien möglich werden soll.

Dieser Interpretation der „Neuausrichtung“ im Sinne der Aufhebung einer zuvor bestehenden, aber nicht pflegefachlich, sondern leistungsrechtlich motivierten, Beschränkung folgt in gewissem Sinne auch der Beirat, indem er in seiner Präambel „die Abkehr vom Verrichtungsbezug und vom Faktor Zeit als einzigem Maßstab für die Schwere der Betroffenheit“ als „wesentliches Element des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ bezeichnet.

Im Hinblick auf die tatsächliche Realisierung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung haben sich im Rahmen der Workshop-Arbeit fünf zentrale Herausforderungen gezeigt, denen durch einen Leitfaden oder auch durch weitergehende Maßnahmen zur Unterstützung der Implementierung nur teilweise begegnet werden kann und die im Folgenden umrissen werden.

1. „Vereinbarungsproblem“: Solange die Anpassung der vertragsrechtlichen Grundlagen (z.B. in den Landesrahmenverträgen gem. § 75 SGB XI) noch nicht abgeschlossen ist, fehlen den Pflegeeinrichtungen – vor allem im ambulanten Sektor – wichtige Anhaltspunkte für die Anpassung ihrer Konzepte und Leistungsspektren sowie die darauf bezogenen Aushandlungsprozesse mit den Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen.

In dem Zeitraum, in dem die Workshops im Rahmen des Arbeitspakets 1 durchgeführt wurden (Februar bis September 2018) waren neue Landesrahmenverträge lediglich in Baden-Württemberg und Hamburg seit etwa einem Jahr in Kraft (vgl. Abschnitt 3.1 bzw. Tabelle 6). Vor allem im ambulanten Bereich bilden die Vertragsgrundlagen, insbesondere die Vergütungssystematik, den entscheidenden Rahmen, den die Leistungserbringer bei betrieblichen Entscheidungen über konzeptionelle oder operative Weiterentwicklungen im Blick behalten (müssen). Im Hinblick auf Fortschritte bei der Etablierung des neuen Pflegeverständnisses kommt daher den entsprechenden Anpassungen der Vertragsgrundlagen im ambulanten Bereich eine dominierende und in den beiden anderen Sektoren eine wichtige Rolle zu.

2. „Verständnisproblem“: Teilweise fällt es schwer, die Spezifika des neuen Pflegeverständnisses von bereits zuvor – zumindest auf begrifflicher Ebene – etablierten Konzepten und Vorgehensweisen, insbesondere der „aktivierenden Pflege“, abzugrenzen.

Die Expertise von Wingefeld und Büscher widmet der Frage der Abgrenzung des Grundgedankens „Erhalt und Förderung der Selbständigkeit“ vom Konzept der „aktivierenden Pflege“, das seit dem Pflege-Versicherungsgesetz von 1994 Teil des

Rechts der Pflegeversicherung ist<sup>11</sup>, eigens besondere Ausführungen. Kritisch sehen sie insbesondere die „Vorstellung, die Förderung der Selbstpflegekompetenz oder anderer Kompetenzen könne während der täglichen Pflege, also gewissermaßen nebenbei erfolgen“ (Wingenfeld/Büscher 2017, S. 9). Demgegenüber sehen sie „realistische Ansatzpunkte“ für eine Umsetzung dieses zentralen Elements des neuen Pflegeverständnisses „eher außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen, insbesondere in Form eines zielgerichteten, in der Pflegeplanung fixierten Vorgehens, bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert und aus dem engen Rahmen der Alltagsverrichtungen herausgelöst werden“ (Wingenfeld/Büscher 2017, S. 9).

Die Arbeit in den Workshops hat bestätigt, dass der Erläuterung des Unterschieds zwischen dem zwar geläufigen, aber fachlich und pflegewissenschaftlich unklaren Konzept der „aktivierenden Pflege“, und der „zielgerichteten Ressourcenförderung“ als Konsequenz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besondere Aufmerksamkeit gebührt. Der Leitfaden widmet dieser Thematik daher einen eigenen Abschnitt (vgl. Leitfaden Abschnitt 3.1). Ferner wurde bei der Operationalisierung des neuen Pflegeverständnisses durch die im Rahmen der empirischen Erhebungen präsentierten Beispielfälle unmittelbar auf die oben zitierten Erläuterungen von Wingenfeld/Büscher rekurriert. Diese Beispielfälle finden sich in ähnlicher Form auch in dem Leitfaden (dort Kapitel 5).

Die Klärung der Unterschiede und Zusammenhänge zwischen der „zielgerichteten Ressourcenförderung“ im Sinne der Ausführungen der Expertise von Wingenfeld/Büscher und dem Begriff dem Konzept der „aktivierenden Pflege“ ist nicht nur im Hinblick auf die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung der Pflege von Bedeutung, sondern auch mit Blick auf die vertraglichen Grundlagen.

3. „Kompetenzproblem“: In Bezug sowohl auf die pflegerischen Aufgaben im Zusammenhang mit der Aufklärung, Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, als auch der zielgerichteten Ressourcenförderung bestehen Fortbildungs- und Entwicklungsbedarfe.

Trotz der oben angesprochenen grundsätzlichen Einschätzung der Einrichtungsleitungen, dass mit den Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses eigentlich seit langem etablierte Kernbestände der professionellen Pflege angesprochen sind, haben die Teilnehmenden der Workshops auch einen teilweise erheblichen Bedarf sowohl im Bereich der Aus- und Fortbildung von Pflege(fach)kräften, als

---

<sup>11</sup> Bis zum Inkrafttreten der Änderungen durch das PSG II hieß es in § 28 Absatz 4 SGB XI: „Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen.“ Durch das PSG II wurde dieser Absatz 4 des Paragraphen 28 gestrichen und in § 2 Absatz 1 SGB XI ergänzend der Passus „[...] auch in Form der aktivierenden Pflege [...]“ eingefügt. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass dadurch klargestellt werden soll, „[...] dass Pflege – auch und gerade unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – aktivierend zu erbringen ist.“ (Bundestagsdrucksache 18/5926). Darüber hinaus heißt es in § 11 Absatz 1 Satz 2 SGB XI: „Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“

---

auch in Bezug auf die Entwicklung von Maßnahmenkonzepten gesehen. Die Workshops bestätigten insofern die in der Expertise geäußerte Einschätzung, dass hier „eine große Herausforderung für die qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung“ besteht, insofern „sowohl die konzeptionellen Voraussetzungen als auch die benötigten Fachqualifikationen [...] in Deutschland verhältnismäßig schwach [...] entwickelt sind“ (Wingenfeld/Büscher 2017, S. 11).

Im Rahmen der Workshops waren die Teilnehmenden aufgefordert worden, gemeinsam mit ihren Beschäftigten, zunächst eine Art Bestandsaufnahme der in ihren Einrichtungen bereits eingesetzten Maßnahmen der Edukation durchzuführen und darüber hinaus zu bewerten, inwieweit zusätzliche (fiktive) Maßnahmen für die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen und deren Angehörige in Frage kämen. Dabei zeigte sich, dass bisher nur eine überschaubare Zahl von Konzepten im Sinne strukturierter und systematischer Vorgehensweisen existiert, aber die befragten Pflegefachkräfte vielfach entsprechende Anwendungspotenziale bei von ihnen versorgten Menschen identifizieren konnten.

Nicht zuletzt, um auf die Notwendigkeit weiterer Konzeptentwicklungen hinzuweisen, wurde daher in den Leitfaden eine knappe Übersicht über „Programme zur Förderung und zum Erhalt von Selbständigkeit“ (Abschnitt 4.2 des Leitfadens) aufgenommen.

Die Frage nach der Notwendigkeit von Fortbildung, um den aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff resultierenden Neuakzentuierungen pflegerischer Aufgaben gerecht werden zu können, wurde in den empirischen Erhebungen (Befragungen der Einrichtungsleitungen und der Pflegefachkräfte) gezielt untersucht. Wie die Ergebnisse zeigen, sehen insbesondere die befragten Leitungskräfte zu erheblichen Anteilen bei den Pflegefachkräften einen Bedarf für eine weitere Kompetenzentwicklung. Die Befragungen bestätigten damit Feststellungen, die auch im Rahmen der Workshops getroffen wurden.

Sowohl in den Workshops, als auch in den Befragungsergebnissen (vgl. die Zusammenfassungen der Freitextangaben) wurde in diesem Zusammenhang ferner die Frage nach der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen – insbesondere Physio-/Ergotherapie, aber auch Sozialpädagogik – bzw. der Abgrenzung von Kompetenzen und Aufgabenbereichen der professionellen Pflege zu diesen Berufsgruppen angesprochen. Zum einen wurde die Frage aufgeworfen, wie weit die Kompetenzen und Zuständigkeiten von Pflegefachkräften z.B. im Bereich der Ressourcenförderung reichen können. Zum anderen wurde darauf hingewiesen, dass speziell im vollstationären Bereich diese Berufsgruppen teilweise schon integriert sind bzw. feste Kooperationen existieren. Die Frage der Abgrenzung zwischen pflegefachlichen sowie den spezifischen Kompetenzen anderer Berufsgruppen vor allem im Bereich von gezielten Maßnahmen der Ressourcenförderung dürfte im Zuge von inhaltlich-konzeptionellen Weiterentwicklungen entsprechender Maßnahmen und Programme thematisiert und geklärt werden (vgl. dazu die Beispiele in Kapitel 4.2 des Leitfadens).

Die Mehrzahl der an den Workshops teilnehmenden Einrichtungen arbeitete bereits seit längerem mit dem Strukturmodell. Diesbezüglich wurde vielfach darauf hingewiesen, dass im Zusammenhang mit der Einführung des Strukturmodells in den Einrichtungen bereits qualifikatorische Grundlagen – z.B. im Zusammenhang mit der Personenzentrierung – gelegt wurden, die gute Anknüpfungspunkte für die Neuakzentuierung der pflegerischen Aufgaben infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bieten.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Diskussionen über die im Kontext des neuen Pflegeverständnisses geforderten pflegfachlichen Kompetenzen bisweilen mit einer gewissen Bitterkeit geführt wurden, insofern sich die meisten Pflegenden aufgrund des eklatanten Personal- und Zeitmangels in der Situation sehen, auf die Sicherstellung einer pflegerischen „Basisversorgung“ reduziert zu werden, weil für eine fachlich qualifizierte Pflege die erforderlichen zeitlichen Spielräume fehlen. Die Akzentverschiebungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden prinzipiell als Chance gesehen, das Kompetenzspektrum des Pflegeberufs stärker zur Geltung zu bringen – eine Chance, die von vielen Teilnehmenden durch die schlechten Rahmenbedingungen jedoch aktuell als kaum realisierbar erlebt wird.

4. „Akzeptanzproblem“: Auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist mit geringen Kenntnissen in Bezug auf die Neuakzentuierung der Pflege bzw. aus Sicht mehrerer Teilnehmenden verbreitet mit Desinteresse oder sogar Ablehnung zu rechnen.

In den Workshops – aber auch in zahlreichen Freitextkommentaren der im empirischen Teil befragten Einrichtungsleitungen und Pflegefachkräfte – wurde berichtet, dass sowohl eine Schwerpunktverlagerung bei den pflegerischen Hilfen von der „Übernahme“ hin zur gezielten Ressourcenförderung, als auch verstärkte Aktivitäten der Beratung und Förderung der Pflegekompetenz von Angehörigen in vielen Fällen nicht den Wünschen der Zielgruppen entsprächen. Daher wurden Zweifel geäußert, dass eine Neuausrichtung der fachlichen Konzepte und der pflegerischen Praxis am Ziel der Selbstständigkeitsförderung bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen auf die gewünschte Resonanz treffen wird.

Am ehesten wurde ein entsprechendes Interesse bei kognitiv relativ unbeeinträchtigten Tagespflegegästen bzw. deren Angehörigen gesehen. Besonders große Hürden bestünden dagegen im Bereich der ambulanten Pflege, wo die Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung entweder durch die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen aufgezehrt würden oder starkes Interesse an einer Nutzung des Pflegegeldes bestünde. Im vollstationären Bereich sei teilweise ein Umdenken der Pflegebedürftigen notwendig, weil häufig die Haltung anzutreffen sei, dass man angesichts der finanziellen Eigenbeteiligung auf einer möglichst weitgehenden Übernahme von Tätigkeiten durch die Pflegekräfte bestehen müsse und daher ein Angebot zur Förderung der Selbständigkeit als Arbeitsentlastungsversuch missverstanden würde.

Die Teilnehmenden der Workshops rechneten jedoch auch damit, dass das bisher vielfach „passive“ Pflegeverständnis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

mit den kommenden Generationen von Pflegebedürftigen deutlich abnehmen wird, so dass die Maxime des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit zunehmend auf Akzeptanz treffen bzw. sogar eingefordert werden wird. Im Übrigen wurde gefordert, geeignete Maßnahmen der Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung der Pflege zu ergreifen.

5. „Ressourcenproblem“: Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass jegliche Auseinandersetzung mit Fragen der qualitativ-inhaltlichen Weiterentwicklung der Langzeitpflege gegenwärtig durch die drängenden Probleme des (Fach-)Personalmangels überlagert und behindert wird.

Das Problem der Ressourcenknappheit ist im Rahmen des Projekts in vielfältiger Form angesprochen worden: Der Mangel insbesondere an Pflegefachkräften schränkt die Spielräume sowohl für konzeptionelle Weiterentwicklungen, als auch für die Erbringung von zeitaufwändigen und qualifizierten Leistungen – wie bspw. der Beratung, Edukation usw. – sehr stark ein. Dies gilt umso mehr, als die Einrichtungen gleichzeitig mit weiteren Herausforderungen – hier wurden insbesondere die neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien genannt – konfrontiert sind.

Neben dem Fachkräftemangel wurden teilweise auch Probleme in Bezug auf das Qualifikationsniveau von jüngeren Fachkräften erwähnt, bei denen angesichts der skizzierten Aufgaben ein höherer Fortbildungsbedarf gesehen wurde.

In den Workshops wurde von IGES auf die engen sachlichen Zusammenhänge zwischen dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bzw. Pflegeverständnis und den neuen Verfahren der Qualitätsprüfungen hingewiesen. Die Frage der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege sollte damit nicht als eine „zusätzlich“ zu leistende Aufgabe, neben den Herausforderungen durch die neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien gesehen, sondern integrativ und ggf. unter Nutzung der bereits vorliegenden Erfahrungen mit der Etablierung von personenzentrierter Pflege (ggf. im Kontext der Einführung des Strukturmodells) angegangen werden.

Die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses wurde übereinstimmend als eine Aufgabe gesehen, die erst mittelfristig gelöst werden kann.

Von den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurde die Erstellung eines Leitfadens, der sowohl die Grundgedanken des neuen Pflegeverständnisses, als auch die konkrete Umsetzung im Sinne von Neuakzentuierungen des Spektrums pflegerischer Hilfen sowie Anpassungen im Pflegeprozess erläutert insofern als sehr nützlich bewertet.

In den Abschlussdiskussionen im vierten Workshop-Zyklus wurde vielfach Skepsis geäußert, dass den Pflegeeinrichtungen die eigenständige Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses – selbst wenn ein Leitfaden zur Verfügung steht – kurzfristig gelingen wird. Dafür fehlten zum einen noch die Voraussetzungen auf der Ebene der Rahmenverträge. Zum anderen wurde der starke Wunsch nach einer strukturierten Unterstützung nach Art der Implementierungsstrategie zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Projekt „Ein-STEP“) geäußert.

In Bezug auf den im Rahmen von Arbeitspaket 1 erarbeiteten Leitfaden wurde eine große Nachfrage angekündigt, sowohl aus dem Kreis der Workshop-Teilnehmenden, als auch von externen Interessenten, die von Workshop-Teilnehmenden darüber informiert wurden.

---

### **3. Veränderungen in den vertraglichen Grundlagen der Pflegeeinrichtungen**

Die Leistungserbringung durch Pflegeeinrichtungen erfolgt auf Grundlage von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI, die u. a. die Inhalte von Pflegeleistungen regeln. Insofern ist zu erwarten, dass zwecks Anpassung an die seit 01.01.2017 geltenden rechtlichen Bestimmungen sowie als eine Voraussetzung für das Wirksamwerden der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege eine Anpassung der auf Landesebene zu schließenden Rahmenverträge erfolgt. Nachfolgend wird analysiert, welche Anpassungen bisher (Stand Juni 2019) in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI umgesetzt wurden.

Im ambulanten Bereich sind für die hier interessierende Fragestellung neben Veränderungen der Rahmenverträge auch die Anpassungen der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI von Bedeutung, insofern die Vergütungssystematik in diesem Sektor besondere Bedeutung für die Ausgestaltung der pflegerischen Hilfen hat. Die Vergütungssystematik – im Sinne der abrechenbaren Leistungspositionen (Leistungskomplexe, Zeitvergütungen) – wird üblicherweise in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI vereinbart. In den meisten Ländern sind bis zum 01.01.2017 (bzw. bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung) keine angepassten Rahmenverträge in Kraft getreten, die Vergütungsvereinbarungen wurden jedoch angepasst, um den seit 01.01.2017 geltenden gesetzlichen Grundlagen Rechnung zu tragen. Für den ambulanten Bereich wurde daher auch eine übersichtsartige Analyse der ab 2017 geltenden Vergütungsvereinbarungen gem. § 89 SGB XI vorgenommen.

#### **3.1 Methodik und Vorgehensweise**

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI werden in jedem Bundesland geschlossen, typischerweise separat für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie für Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Für die nachfolgende Analyse wurden zunächst die Verträge identifiziert, die nach dem 01.01.2017 in Kraft getreten sind und für die somit zu erwarten war, dass sie den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff reflektieren (siehe Tabelle 6). Die identifizierten Verträge wurden mit den Rechercheergebnissen aus dem Projekt „Fortschreibung Monitoring“ (Prognos AG, Los 5) abgeglichen.

Zu den Verträgen neueren Datums wurde dann jeweils die Vorgängerversion des Vertrags recherchiert. Für ambulante Einrichtungen werden i. d. R. Vergütungsvereinbarungen als Anlagen zu den Rahmenverträgen geschlossen. Die Vergütungsvereinbarungen können dabei neueren Datums sein als der zugehörige Rahmenvertrag. So solche separaten Vergütungsvereinbarungen in der Analyse genutzt wurden ist dies in Tabelle 6 unter Anmerkungen notiert. Weiterhin wurde im Rahmen der Analyse eine Übersicht mit Stand 31.12.2015 der je Bundesland geltenden

Leistungskomplexe genutzt, die das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte.<sup>12</sup>

Tabelle 6: Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, die in die Analyse eingingen

Art der Einrichtung	Land	Inkrafttreten Vorgänger-Vertrag	Inkrafttreten neuer Vertrag	Anmerkungen
Ambulant	BW	01.01.2014 01.03.2016	01.02.2017	
Ambulant	HH	01.06.1996	01.01.2017	Vergütungsvereinbarung Stand 01.04.2014
Ambulant	SH	01.08.1995	01.09.2019 <sup>13</sup>	Vergütungsvereinbarung Stand 01.01.2017
Vollstationär	HH	17.11.2009	01.01.2017	
Vollstationär	HE	01.05.2009	01.07.2018	
Vollstationär	NI	01.01.2009	01.04.2019	
Teilstationär	BW	01.12.1997	01.01.2018	
Teilstationär	BY	n. z. <sup>14</sup>	01.10.2018	
Teilstationär	SL	01.09.2011	01.03.2018	

Quelle: IGES

Die Verträge älteren und neueren Datums wurden verglichen, wobei folgende Aspekte im Fokus standen:

- Ausgestaltung pflegerischer Hilfen
- Personalvorgaben
- Qualifikationsanforderungen
- Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Für ambulante Verträge wurden weiterhin Veränderungen in der Vergütungssystematik untersucht.

<sup>12</sup> [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegebericht/AmbulanteLeistungskomplexe2015.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/AmbulanteLeistungskomplexe2015.pdf) (letzter Abruf: 20.06.2019)

<sup>13</sup> Der Vertrag befand sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts im Unterschriftenverfahren.

<sup>14</sup> Der Vertrag, der ab 01.10.2018 in Kraft ist, ist laut seiner Präambel der erste Vertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern.

Als Maßstab für die Beurteilung, inwieweit Aspekte des neuen Pflegeverständnisses in den Verträgen abgebildet sind, diente die Expertise von Wingenfeld und Büscher (2017)<sup>15</sup>.

## **3.2 Veränderungen der vertraglichen Grundlagen im Bereich der ambulanten Pflege**

Im Bereich der ambulanten Pflege waren mit Stand Juni 2019 in Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein neuere Rahmenverträge nach § 75 SGB XI in Kraft getreten (BW, HH) bzw. verhandelt worden (SH). Die Daten des Inkrafttretens der neuen Verträge sowie ihrer Vorgänger sind in Tabelle 6 gezeigt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der Verträge aus diesen drei Bundesländern dargestellt.

In Abschnitt 3.2.4 wird ferner über die Ergebnisse der übersichtsartigen Analyse der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI berichtet, wobei insbesondere die Bundesländer betrachtet wurden, in denen zum Berichtszeitpunkt noch keine Anpassung des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI erfolgt ist.

### **3.2.1 Rahmenvertrag ambulant in Baden-Württemberg**

Für Baden-Württemberg gingen drei Rahmenverträge über ambulante pflegerische Versorgung gem. § 75 Abs. 1 SGB XI in die nachfolgende Analyse ein. Der neueste Vertrag trat am 01.02.2017 in Kraft. Der Vorgänger dieses Vertrags war am 01.03.2016 in Kraft getreten. Da der Vertrag von 2016 ggf. schon Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgreifen konnte, wurde auch der Vertrag berücksichtigt, der am 01.01.2014 in Kraft getreten war. Die Vergleiche der Leistungspakete bzw. Leistungen nach Zeitaufwand beruhen auf den jeweiligen Anlagen der Verträge.

#### **3.2.1.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen**

Die Darstellung des Inhalts ambulanter Leistungen (§ 1) änderte sich nicht zwischen den Verträgen von 2014 und 2016. Der Vertrag von 2017 nimmt dann jedoch Formulierungen auf, die das weiter gefasste Verständnis von Pflege gemäß dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI reflektieren. So wurde das Ziel bei der Erbringung ambulanter Leistungen in dem Vertrag von 2016 als die „eigenständige Übernahme“ von Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in der anerkannten Pflegestufe definiert (§ 1 Abs. 1). Der Vertrag von 2017 definiert das Ziel dagegen als „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich zu beseitigen oder zu mindern und eine

---

<sup>15</sup> Wingenfeld, K., & Büscher, A. (2017) *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

---

Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 1 Abs. 1). Auch Anleitung und Beratung haben in dem neuen Vertrag einen höheren Stellenwert. Die Verträge von 2014 und 2016 erwähnen: „Im Rahmen der Pflege sind die Angehörigen/die pflegende Bezugsperson zu beraten und anzuleiten“ (§ 1 Abs. 1). Der Vertrag von 2017 enthält die ausführliche Formulierung „Pflegebedürftige und Pflegepersonen/Angehörige sind im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe anzuleiten und zu beraten (pflegefachliche Ermittlung von Gefahren und Risiken im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit; Aufzeigen von Handlungs- und Hilfemöglichkeiten).“ (§ 1 Abs. 1). Weiterhin weist der neue Vertrag darauf hin, dass zur häuslichen Pflegehilfe „auch die pflegefachliche Anleitung im Sinne einer aktivierenden Pflege, sofern nicht medizinisch-pflegerische Gründe dagegen sprechen“ gehört (§ 1 Abs. 1).

Die ambulanten Pflegeleistungen werden in allen drei Verträgen in drei Gruppen unterteilt, wobei sich die Bezeichnungen in dem Vertrag von 2017 geändert haben:

- Körperbezogene Pflegemaßnahmen (zuvor: Grundpflege)
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (zuvor: Häusliche Betreuung)
- Hilfen bei der Haushaltsführung (zuvor: Hauswirtschaftliche Versorgung)

Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen untergliedern sich in dem neuesten Vertrag in Körperpflege, Ausscheidung, An- und Auskleiden, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sowie Mobilität (§ 1 Abs. 4). In den Vorgängerverträgen fand eine Unterteilung der Grundpflege in Körperpflege, Ernährung und Mobilität statt, wobei darunter dieselben Verrichtungen enthalten waren wie unter körperbezogenen Pflegemaßnahmen.

Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen zehn verschiedene Hilfen und Unterstützungen (z. B. Aktivitäten im häuslichen und außerhäuslichen Umfeld, Hilfe bei der Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus, Hilfestellung bei der Kommunikation), wobei drei davon bereits in den Verträgen von 2014 und 2016 aufgeführt wurden.

Bei der Beschreibung der „Formen der Unterstützung“ (§ 2) hebt der neueste Vertrag noch stärker als die vorherigen Verträge den Aspekt hervor, durch Unterstützung, Anleitung, Begleitung und Beratung, Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten. So heißt es in den Verträgen von 2014 und 2016:

„Gegenstand der Unterstützung ist die Hilfe,

- die der Pflegebedürftige braucht, um seine Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten oder diese Fähigkeiten (wieder) zu erlernen, damit er ein möglichst eigenständiges Leben führen kann,
- die der Pflegebedürftige bei den Verrichtungen benötigt, die er nicht oder nur noch teilweise selber erledigen kann“ (§ 2 Abs. 1).

In dem Vertrag von 2017 wird dies u. a. ausgeweitet auf die Hinweise:

---

- „Bei der Anwesenheit oder Beaufsichtigung steht aktives Tun der Pflegekraft nicht im Vordergrund, sondern situationsgerechte Unterstützung bei Bedarf.“
- „Durch Anleitung sollen Fähigkeiten und Fertigkeiten gezielt vermittelt werden.“
- „Eine persönliche Begleitung wird insbesondere erforderlich bei Aktivitäten außerhalb der eigenen Häuslichkeit. Neben dem Aspekt der Beaufsichtigung geht es hier insbesondere um die Ermöglichung von Mobilität und der Teilhabe am sozialen Leben.“
- „Die pflegfachliche Anleitung und Beratung von Pflegebedürftigen und in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen sollen dazu beitragen, pflegerelevante Situationen besser bewältigen zu können.“

Auch die Formulierung in § 2, wie die Hilfen zu erbringen sind, wurde angepasst und reflektiert in der neuesten Version der Verträge verstärkt das Bestreben nach Selbständigkeit und Selbstbestimmung:

- 2014/2016: „Die Form des Hilfebedarfs orientiert sich an dem häuslichen und sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen. Dabei sind seine angemessenen Wünsche und Kommunikationsbedürfnisse zu berücksichtigen.“
- 2017: „In welcher Form die jeweilige Hilfe und Unterstützung erbracht wird, entscheidet der Pflegebedürftige in Absprache mit dem Pflegedienst.“

Die häusliche Pflegehilfe (bestehend aus körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung) kann seit 01.02.2017 entweder als Leistungspakete oder als Leistungen nach Zeitaufwand erbracht werden. Die Leistungspakete haben sich zwischen 2014 und 2017 nicht geändert mit Ausnahme der Ergänzungen:

- „Häusliche Betreuung“ im Jahr 2016 (2017 umbenannt in „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“; im Leistungskatalog von 2014 als Leistung nach Zeitaufwand vereinbar), „Organisation des Alltags und der Haushaltsführung“ im Jahr 2017.

Die Leistungen nach Zeitaufwand haben sich nicht geändert mit Ausnahme der Ergänzungen im Jahr 2017 von:

- „Feststellung der individuellen Ressourcen und des Pflegebedarfs/Erstellung der Pflegeanamnese und Informationssammlung zur Pflegeplanung bzw. zur Anpassung der Pflegeplanung“ (in den Leistungskatalogen von 2014 und 2016 als Leistungspaket vereinbar),
  - „Unterstützung bei der Organisation des Alltags und der Haushaltsführung (Koordination von sozialen Kontakten und/oder Dienstleistungen, administrative Angelegenheiten)“.
-

### 3.2.1.2 Personalvorgaben

Die Personalvorgaben haben sich nicht geändert, mit Ausnahme der Ergänzung in dem Vertrag von 2017 einer Regelung zum Vorgehen bei Nichteinhaltung der personellen Mindestvoraussetzungen („Werden die personellen Mindestvoraussetzungen nach Abs. 2 Nummer 1 für mehr als 2 Monate unterschritten und die Unterschreitung in den nachfolgenden 4 Monaten nicht behoben, ist die Pflegekasse berechtigt, fristlos zum Ende des 6. Monats nach Beginn der Unterschreitung zu kündigen.“ § 17 Abs. 9).

Grundsätzlich muss die personelle Ausstattung „eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Unterstützung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 113 SGB XI gewährleisten“ (§ 17 Abs. 1).

Ein Pflegedienst muss folgende Mindestvoraussetzungen bezüglich des Personals erfüllen (§ 17):

- Pflegefachkräfte und geeignete Pflegekräfte im Umfang von insgesamt 3 Vollstellen wobei die Beschäftigung von Teilzeitkräften möglich ist.
- Davon eine verantwortliche Pflegefachkraft und eine Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft.
- Verantwortliche Pflegefachkraft: in der Regel 38,5 Stunden/Woche tätig, maximal auf zwei Personen verteilt
- Stellvertretung: mindestens 28,5 Stunden/Woche tätig, maximal auf zwei Personen verteilt.

Für Pflegedienste mit Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI sind Abweichungen möglich. Weiterhin gibt es eigene Personalvorgaben für spezielle Pflegedienste wie z. B. Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der Individuellen Schwerstbehinderten-Assistenz erbringen.

### 3.2.1.3 Qualifikationsanforderungen

Die Qualifikationsanforderungen haben sich nicht geändert. In allen drei Verträgen heißt es u. a.:

- Verantwortliche Pflegefachkraft: muss zum Zeitpunkt der Anerkennung die Voraussetzungen nach § 71 Abs. 3 SGB XI erfüllen (§ 17 Abs. 2)
- Stellvertretung: muss Pflegefachkraft sein (§ 17 Abs. 3)
- „Die fachliche Qualifikation des Personals richtet sich nach den Regelungen der Qualitätsvereinbarung nach § 113 SGB XI. Dabei sind beim Pflegebedürftigen und seinen Pflegepersonen
  - die Fähigkeit zur selbstständigen Ausführung der Maßnahmen oder zur selbstständigen Unterstützung oder Beaufsichtigung der Ausführung der Maßnahmen,

- die Versorgungsbedingungen und Risikopotentiale

zu berücksichtigen. Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Unterstützungsbedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.“ (§ 17 Abs. 4)

#### 3.2.1.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Die Qualitätsgrundsätze haben sich nicht geändert: „Die vom Pflegedienst zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i. V. mit § 112 SGB XI zu erbringen“ (§ 8).

Die Anforderungen an die Dokumentation der Pflege (§ 12) wurden in dem Vertrag von 2017 geändert. Dabei wurde zum einen die Aufzählung der Inhalte der Pflegedokumentation (Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen) entfernt. Zum anderen wurden Vorgaben bezüglich der Kenntlichmachung wer eine Leistung erbracht hat und des Führens einer Handzeichenliste ersetzt durch: „Sie [die Pflegedokumentation] stellt den aktuellen Verlauf und Stand des nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführten Pflegeprozesses dar. Es muss sichergestellt sein, dass alle an der Pflege Beteiligten die für die häusliche Pflegehilfe notwendigen Informationen vor Ort einsehen können. Die Bestimmungen des Datenschutzes sind hierbei einzuhalten.“

Schließlich wurde die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation von fünf auf drei Jahre gesenkt.

#### 3.2.1.5 Vergütungssystematik

Wie in Kapitel 3.2.1.1 bereits erwähnt, kann häusliche Pflegehilfe in Baden-Württemberg seit dem 01.02.2017 entweder als Leistungspakete oder als Leistungen nach Zeitaufwand erbracht werden. Für die meisten Hilfen war dies auch in den Leistungskatalogen von 2014 und 2016 der Fall. Ausnahmen sind Leistungen zur Betreuung, die laut dem Leistungsvertrag von 2014 lediglich als Leistungen nach Zeitaufwand erbracht werden konnten sowie Leistungen im Rahmen des Erst- oder Folgebesuchs, die in den Leistungskatalogen von 2014 und 2016 lediglich als Leistungspakete vereinbart werden konnten.

Die Wahlmöglichkeit zwischen Leistungspaketen und Leistungen nach Zeitaufwand kann eine auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe eines pflegebedürftigen Menschen zugeschnittene Versorgung unterstützen und trägt somit zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei.

### 3.2.2 Rahmenvertrag ambulant in Hamburg

In Hamburg wurde am 31.12.2016 ein neuer Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung geschlossen. Der Vertrag trat am 01.01.2017 in Kraft und löste damit den Vorgängervertrag ab, der am 01.06.1995 in Kraft getreten war. Als Grundlage für die Vergleiche der Leistungskomplexe dienten die Angaben in Anlage 1 des neuen Vertrags sowie eine „Ergänzende Übersicht zu der Leistungsbeschreibung der Leistungskomplexe SGB XI“ mit Stand 01.09.2014, die von der Stadt Hamburg veröffentlicht wurde<sup>16</sup>.

#### 3.2.2.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen

Der neue Rahmenvertrag in Hamburg verwendet in § 3 „Leistungsinhalte“ für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff charakteristische Formulierungen. Die Inhalte der Leistungen sind nicht mehr „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“, sondern „körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung zur Unterstützung bei körperlichen, kognitiven oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen“. Als Ziel der häuslichen Pflegehilfe wird die Selbständigkeit betont: „Die häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen soweit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.“ Der neu eingefügte § 3 Abs. 3 beschreibt – dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend – die „pflegefachliche Anleitung der Pflegebedürftigen, der pflegenden Familienangehörigen und sonstiger Pflegepersonen“ als Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe.

Die Beschreibung der Ziele und des Umfangs häuslicher Pflege- und Betreuungsleistungen (§ 4) hat sich für körperbezogene Maßnahmen, Hilfen bei der Ernährung, Hilfen bei der Mobilität und Hilfen bei der Haushaltsführung nicht geändert. Ergänzt wurden Beschreibungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen und für pflegerische Maßnahmen und Betreuung in der Sterbepaxis. Die mit Betreuungsmaßnahmen zu erreichenden Ziele lehnen sich eng an die zu erwartenden Bereiche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI an, übernehmen die Formulierungen und Gruppierungen jedoch nicht eins zu eins:

- „Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte“
- „Gestaltung des häuslichen Alltags“
- „Geben von Orientierungshilfen“
- „Bewältigung psychosozialer Problemlagen“
- „kognitive Aktivierung“.

---

<sup>16</sup> <https://www.hamburg.de/content-blob/2575746/760a5002c36efc1841daa5bcd19155bd/data/ah-sgbxii-61-66-010-haeusliche-anl-lk-info.pdf> (letzter Abruf: 20.06.2019)

---

Die in § 5 beschriebenen „Formen der Hilfe“ wurden nicht geändert, mit Ausnahme der Streichung des Halbsatzes „die der Pflegebedürftige bei den Verrichtungen benötigt, die er nicht oder nur noch teilweise selber erledigen kann.“

Der Leistungskatalog, der dem neuen Vertrag als Anlage beigefügt ist, reflektiert die Ergänzung der oben beschriebenen pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. Allerdings scheint diese Änderung des Leistungskatalogs bereits vor Neuverhandlung des Vertrags erfolgt zu sein. Die „Ergänzende Übersicht zu der Leistungsbeschreibung der Leistungskomplexe SGB XI“ vom 01.09.2014 enthält bereits drei Leistungskomplexe, die z. T. pflegerischer Betreuung entsprechen:

- Hilfen bei der Tagesstrukturierung und sozialen Integration
- Hilfen bei der Kommunikation und bei sozialen Kontakten
- Hilfen bei der Haushaltskassenführung

Die Übersicht des BMG mit Stand 31.12.2015 (siehe oben) führt für Hamburg u. a. die Leistung „Häusliche Betreuung nach Zeit“ auf.

### 3.2.2.2 Personalvorgaben

Weder der alte noch der neue Rahmenvertrag in Hamburg machen Vorgaben in Bezug auf das vorzuhaltende Personal. Es wird lediglich angemerkt: „Die personelle Ausstattung ambulanter Pflegeeinrichtungen muss eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie den Hilfen bei der Haushaltsführung der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 113 SGB XI gewährleisten.“ Weiterhin wird festgehalten: „Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20 % möglichst nicht übersteigen.“

### 3.2.2.3 Qualifikationsanforderungen

Die Qualifikationsanforderungen haben sich in dem neuen Vertrag (§ 21) im Vergleich zu seinem Vorgänger (§ 20) nicht verändert. Beide Verträge verweisen auf die Regelungen der Qualitätsvereinbarungen nach § 113 SGB XI (zuvor § 80 SGB XI). Weiterhin heißt es: „Dabei sind beim Pflegebedürftigen und seinen Pflegepersonen

- die Fähigkeit zur selbständigen Ausführung der Verrichtungen oder zur selbständigen Unterstützung oder Beaufsichtigung der Ausführung der Verrichtungen,
- die Versorgungsbedingungen und Risikopotentiale

zu berücksichtigen. Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.“

---

#### 3.2.2.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Pflegeleistungen sind auf Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI (zuvor § 80 SGB XI) zu erbringen. Diese Formulierung in § 11 des neuen bzw. § 10 des alten Vertrags hat sich nicht geändert. Die Vorgaben für die Dokumentation der Pflege wurden um die Begriffe „Informationssammlung“ und „Maßnahmenplan“ aus dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation erweitert.

#### 3.2.2.5 Vergütungssystematik

Das Leistungsverzeichnis in Hamburg, das am 01.01.2017 in Kraft trat, ist in Leistungskomplexe (pauschale Leistungen) und Zeitleistungen (Leistungen nach Zeitaufwand) untergliedert. Körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung können sowohl als Leistungskomplexe als auch als Zeitleistungen bezogen werden. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in der Sterbephase können lediglich als Zeitleistungen bezogen werden. Pflegerische Betreuungsleistungen waren bereits 2015 als Zeitleistung zu erbringen. Die oben erwähnten Leistungen aus dem Jahr 2014, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen ähnlich sind, waren als Leistungskomplexe definiert.

Die Möglichkeit zwischen Leistungskomplexen und Zeitleistungen zu wählen kann die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes unterstützen, indem eine individuellere Anpassung der Leistungen ermöglicht wird. Die Umsetzung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als Zeitleistungen erscheint plausibel, da es sich um individuell zu vereinbarende Inhalte handelt, die recht unterschiedlich ausfallen können.

### 3.2.3 Rahmenvertrag ambulant in Schleswig-Holstein

Der neue Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein soll am 01.09.2019 in Kraft treten. Da die Verhandlungen im Juni 2019 das Stadium des Unterschriftsverfahrens erreicht hatten, wurde angenommen, dass der Vertrag seine finale Form angenommen hat und daher in die Analyse einbezogen werden konnte. Als Vergleich diente der Rahmenvertrag für Schleswig-Holstein, der am 01.08.1995 in Kraft getreten war. In Bezug auf die Leistungskomplexe wurden die Angaben in Anlage 2 des neuen Vertrags mit Angaben verglichen, die aus Anlage 1 zur Vergütungsvereinbarung für ambulante Leistungen mit Stand 01.01.2017 stammen.

#### 3.2.3.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen

Der neue Vertrag, der am 01.09.2019 in Kraft treten soll, spiegelt in seiner Beschreibung pflegerischer Hilfen an vielen Stellen das neue Pflegeverständnis wider. Bereits in § 1 „Gegenstand und Geltungsbereichs des Vertrags“ wurde die ursprünglich recht knappe Erwähnung von „häuslicher Pflegehilfe nach § 36 SGB XI“

bzw. „bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI“ sowie „Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI“ auf folgende detaillierte Darstellung ausgeweitet, die insbesondere durch die Erwähnung der prozessbezogenen Maßnahmen und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen das neue Pflegeverständnis reflektiert:

- „Prozessbezogene Maßnahmen im Sinne der Leistungskomplexe P1 – P6 des Leistungskomplexsystems,
- Körperbezogene Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI,
- Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI,
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen nach § 36 SGB XI,
- Pfeleeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI,
- sowie die Sterbebegleitung als Teil der Pflege nach § 28 Abs. 5 SGB XI“

Auch § 2 „Inhalte der ambulanten Pflegeleistungen“ spiegelt den Wandel des Pflegeverständnisses wider. Während der Vertrag von 1995 lediglich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung erwähnt, zitiert der neue Vertrag explizit die sechs in § 14 SGB XI genannten Bereiche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen werden dann in Bezug zu den Bereichen gesetzt und anhand von beispielhaften Leistungen erläutert.

In dem neuen Vertrag nimmt – wie auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwarten – die pflegfachliche Anleitung von pflegebedürftigen Menschen und von Pflegepersonen eine prominentere Stellung ein. So heißt es in § 2: „Bestandteil der Pflegesachleistung ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen einschließlich einer vorhergehenden Problem- und Bedarfseinschätzung.“ Auch in § 3 „Formen der Hilfe“ wird die Anleitung wieder aufgegriffen und um weitere, dem neuen Pflegeverständnis entsprechende, Formen der Hilfe ergänzt:

- „Information und Beratung,
  - Unterstützung bei der Entscheidungsfindung,
  - Anleitung zu einer Aktivität / Tätigkeit incl. Aufforderung / Motivation zur Durchführung, Demonstration und Kontrolle der Durchführung einer Tätigkeit / Aktivität, partielle Beaufsichtigung,
  - Anwesenheit zur Vermittlung von Sicherheit,
  - Vorbereitung einer Aktivität zur selbständigen Durchführung,
  - punktuelle bis vollständige Übernahme von Teilhandlungen und Handlungen,
  - pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.“
-

In dem neu eingeführten § 4 „Beratungseinsätze“ wird im Zusammenhang mit den Anforderungen an Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI ebenfalls die „praktische pflegefachliche Unterstützung der häuslich Pflegenden“ hervorgehoben.

Schließlich rückt der neue Vertrag verstärkt die Förderung der Selbständigkeit, die Berücksichtigung von Selbstmanagementkompetenzen und das Beseitigen bzw. Mindern von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Vordergrund (z. B. in § 3 Abs. 1).

Wie basierend auf obigen Ausführungen zu erwarten, sind auch die Leistungskomplexe, die am 01.09.2019 in Kraft treten sollen, auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgelegt. So wurde ein neues Set von Leistungskomplexen mit dem Namen „Pflegeprozessbezogene Maßnahmen“ definiert. Es umfasst die Leistungskomplexe:

- Aufnahmeprozess
- Folgebesuch Aktualisierung (Pflegevisite, Hilfeplangespräch)
- Beratungsbesuch nach § 37,3
- Gezielte Förderung der Selbständigkeit
- Einsatz für unvorhersehbare Bedarfe
- Sicherheitsbesuch.

Weiterhin wurden folgende Leistungskomplexe neu aufgenommen:

- Gezielte Mobilisation
- Kleine Mobilisation
- Hilfe beim Bekleidungswechsel/Aufstehen/Zubettgehen

Als pflegerische Betreuungsmaßnahmen enthält der neue Vertrag zwei Leistungskomplexe: „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ und „Kleine pflegerische Betreuungsmaßnahmen“. Der Leistungskomplex „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ enthält Unterstützung und sonstige Hilfen, die in den Leistungskomplexen vom 01.01.2017 unter „Begleitung bei Aktivitäten“ und „Häusliche Betreuung“ aufgeführt waren. Auch die Übersicht der am 31.12.2015 in Schleswig-Holstein geltenden Leistungskomplexe (s. o.) führt diese Leistungskomplexe bereits auf. Insofern handelt es sich mit Ausnahme der Ergänzung zu „pflegerischer Begleitung und Betreuung in der Sterbephase“ um keine Neuerung. Der Leistungskomplex „Kleine pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ wurde neu eingeführt. Die Beschreibung orientiert sich dabei an dem Leistungskomplex „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen“, wobei jeweils auf den geringeren Umfang abgehoben wird: „Kleine persönliche Hilfeleistungen“, „Kleine Hilfen zur Gestaltung des Alltags sowie zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte“ usw. Der „kleine“ Leistungskomplex wird dementsprechend mit nur 150 Punkten bewertet, wogegen die „Pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ mit 500 Punkten bewertet sind.

---

### 3.2.3.2 Personalvorgaben

Der Rahmenvertrag für Schleswig-Holstein, der am 01.09.2019 in Kraft treten soll, spezifiziert, dass ein Pflegedienst folgendes Personal vorhält:

- Verantwortliche Pflegefachkraft in Vollzeit oder mit Stellensplitting auf maximal zwei Pflegefachkräfte (§ 22)
- Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in Vollzeit oder mit Stellensplitting auf maximal zwei Pflegefachkräfte (§ 23)
- Eine weitere sozialversicherungspflichtig beschäftigte geeignete Kraft in Vollzeit oder mit Stellensplitting auf maximal zwei geeignete Kräfte (§ 24)

Die genannten Stellen dürfen nicht länger als drei Monate unbesetzt bleiben. Die Anforderung eine weitere geeignete Kraft vorzuhalten gilt nicht für ausschließlich im SGB XI zugelassene Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag, der vor dem Inkrafttreten des Rahmenvertrages abgeschlossen wurde.

Der Vorgängervertrag von 1995 machte keine Personalvorgaben, mit Ausnahme des auch in dem neuen Vertrag beibehaltenen Passus „Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20 % möglichst nicht übersteigen“.

### 3.2.3.3 Qualifikationsanforderungen

Die allgemeinen Qualifikationsanforderungen an das Personal eines Pflegedienstes sind in dem alten und neuen Vertrag gleichgeblieben. In § 21 „Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals“ (zuvor § 18) heißt es u. a.: „Die fachliche Qualifikation des Personals richtet sich nach den Regelungen der Maßstäbe und Grundsätze der Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege in der jeweils gültigen Fassung. Dabei sind bei den Pflegebedürftigen und seinen Pflegepersonen

- die Fähigkeiten zur selbständigen Ausführung der Verrichtungen oder zur selbständigen Unterstützung oder Beaufsichtigung der Ausführung der Verrichtungen,
- die Versorgungsbedingungen und Risikopotentiale zu berücksichtigen.

Beim Einsatz von Pflegekräften und Betreuungskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die Anleitung und die fachliche Überprüfung gewährleisten.“

In den § 22, 23 und 24 ergänzt der neue Vertrag die allgemeinen Qualifikationsanforderungen um Anforderungen bezüglich der Berufsbezeichnung, der beruflichen Erfahrung und der Weiterbildung. Analoge Anforderungen waren in dem alten Vertrag nicht enthalten. Die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft müssen die „Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger Gesundheit und Krankenpfleger/in bzw. Gesundheit und Kinderkrankenpfleger/innen oder Altenpfleger/in oder Pflegefachfrau/-Pflegefachmann“

haben. Bei der weiteren geeigneten Kraft soll es sich insbesondere um „Krankenpfleger/Krankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Pflegefachfrau/ Pflegefachmann, Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in, Altenpflegehelfer/in, Krankenpflegehelfer/in, Haus- und Familienpfleger/in, Haus- und Familienpflegehelfer/in, Heilerziehungspfleger/in, Heilerziehungspflegehelfer/in, Hauswirtschafter/in, Fachhauswirtschafter/in, Dorfhelfer/in, Familienbetreuer/in“ handeln.

Die verantwortliche Pflegefachkraft muss innerhalb der letzten acht Jahre vor Einstellung mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in Vollzeit nachweisen (bzw. der entsprechenden Dauer bei Teilzeitbeschäftigung). Weiterhin muss sie den „Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktion mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden“ nachweisen. Ein abgeschlossenes staatlich anerkanntes Studium im Fachbereich der Pflege/Pflegemanagement an einer Hochschule oder Universität ersetzt die Weiterbildung.

Die umfänglicheren Qualifikationsanforderungen in dem neuen Vertrag stehen im Einklang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, welcher insbesondere zur Durchführung bereichsübergreifender pflegerischer Aufgaben (z. B. Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesse, Beobachtung, Abwehr von gesundheitlichen Risiken, Kommunikation) relativ hohe fachliche Anforderungen stellt<sup>17</sup>.

#### 3.2.3.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Sowohl der alte als auch der neue Vertrag spezifizieren, dass die Pflegeleistungen auf Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI (zuvor § 80 SGB XI) zu erbringen sind (§ 11 bzw. § 8). Bezüglich der Dokumentation der Pflege wurde der neue Vertrag um die Begriffe „Informationssammlung“ und „Maßnahmenplan“ aus dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ergänzt.

#### 3.2.3.5 Vergütungssystematik

Die Vergütung der Leistungen wird in § 15 „Vergütung“ des neuen Vertrags beschrieben. Der Vertrag von 1995 enthält keinen entsprechenden Paragraphen. Laut dem neuen Vertrag erfolgt die Vergütung nach Leistungskomplexen, kann aber auch nach Zeit bemessen werden. Weiterhin soll berücksichtigt werden, dass „Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können“ und die resultierenden Zeit-/Kostensparnisse den Pflegebedürftigen zugutekommen sollen.

---

<sup>17</sup> Wingenfeld, K., & Büscher, A. (2017) *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

---

Die beschriebenen Vergütungsmöglichkeiten können die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterstützen, indem sie eine flexiblere Leistungserbringung ermöglichen. Insbesondere für pflegerische Betreuungsmaßnahmen aber auch z. B. die im Rahmen des Leistungskomplex „Gezielte Förderung der Selbständigkeit“ umzusetzenden Inhalte bietet sich ggf. eine Zeitvergütung an, da die Maßnahmen individuell zu definieren sind und sehr unterschiedlich gestaltet sein können. Der mit Blick auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besonders interessante Leistungskomplex „P 4 Gezielte Förderung der Selbständigkeit“ wird im folgenden Abschnitt 3.2.4 nochmals vertiefend aufgegriffen.

### 3.2.4 Analyse von Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI

In den meisten Bundesländern, in denen bis zum 01.01.2017 keine Anpassungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI erfolgt sind, wurden die Vergütungsvereinbarungen – bzw. die auf Landesebene vereinbarten Muster – angepasst. Im Folgenden werden die wichtigsten Anpassungen umrissen, soweit sie das Thema der Berücksichtigung des neuen Pflegeverständnisses betreffen.

Veränderungen wurden insbesondere in den Teilen der Vereinbarungen vorgenommen, die als „Allgemeine Grundsätze“ oder „Verbindliche Hinweise zur Erbringung und Abrechnung“ den Leistungspositionssystematiken vorangestellt sind. Hier wurden die Formulierungen in Bezug auf die Definition von Pflegebedürftigkeit den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen angepasst:

„Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den sechs Bereichen bzw. Modulen Mobilität (1), Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2), Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3), Selbstversorgung (4), Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (5), Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (6)“ (z.B. Nordrhein-Westfalen<sup>18</sup>, Mecklenburg-Vorpommern<sup>19</sup>).

Ferner finden sich Hinweise zur Ausgestaltung der pflegerischen Hilfen, in denen explizit auf das Ziel der Förderung der Selbständigkeit Bezug genommen wird:

„Leistungsart und Leistungsinhalte werden vom Pflegedienst als Unterstützung, als teilweise oder vollständige Übernahme der Versorgung oder im Rahmen der Beaufsichtigung, Aufforderung, Motivation und Anleitung des Pflegebedürftigen mit dem Ziel erbracht, die Selbstversorgungspotenziale zu erhalten und stärken.“ (Nordrhein-Westfalen, vgl. Fußnote 18)

---

<sup>18</sup> Muster Anlage a zur Vergütungsvereinbarung ab 01.19.2018

<sup>19</sup> Leistungskomplekatalog M-V i. d. F. gem. PSK-Beschluss vom 10.11.2016 geändert durch PSK-Beschluss vom 03.11.2017 Neu LK 20, Änderung Wegepauschalen

---

„In Umsetzung des PSG II erfolgt die Leistungserbringung im Rahmen der Selbstversorgung als anleitende, motivierende, auffordernde Pflege zur Erhaltung bzw. der Stärkung der Selbstversorgungspotenziale.“ (Berlin<sup>20</sup>)

„Die Pflege wird nach dem jeweils aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse unter Nutzung der Ressourcen des Pflegebedürftigen als aktivierende Pflege erbracht. Die zu erbringenden Leistungen werden vom Pflegedienst als teilweise oder vollständige Übernahme der Versorgung oder im Rahmen der Beaufsichtigung, Anleitung, Motivation des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtung durch den Pflegebedürftigen erbracht. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.“ (Brandenburg<sup>21</sup>)

Eine zentrale Rolle in Bezug auf inhaltliche Qualifikationen der pflegerischen Hilfen spielt in mehreren Vereinbarungen die Bezugnahme auf die „aktivierende Pflege“. In Hessen sind dabei Meinungsverschiedenheiten unter den Vertragspartnern aufgetreten, die letztlich auf Unklarheiten in der Abgrenzung zwischen dem seit Gründung der Pflegeversicherung im SGB XI verankerten Begriff der „aktivierenden Pflege“ und der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verknüpften Zielsetzung des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit zurückzuführen ist.

In der Anlage zur hessischen Vergütungsvereinbarung findet sich unter Punkt 6 folgender Passus:

„Sämtliche Hilfen sind im Rahmen der aktivierenden, ressourcenorientierten Pflege zu erbringen. Die aktivierende Pflege, einschließlich Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen stellt keine besondere, eigenständige Leistung dar. Sie ist vielmehr selbstverständlicher Bestandteil aller zu erbringender Leistungen.“ (Hessen)<sup>22</sup>

In einer Protokollerklärung zu diesem Punkt 6 der Anlage zur hessischen Vergütungsvereinbarung heißt es:

„Die Vertragspartner auf Landesebene haben sich auf eine grundlegende Überarbeitung dieser Vergütungssystematik im Jahr 2017 verständigt. In den diesbezüglichen Verhandlungen sollen auch die genauen Inhalte der aktivierenden Pflege geklärt werden. Es bestehen divergierende Ansichten der Vertragspartner zu der Frage, ob die Motivation, Anleitung und Schulung des Pflegebedürftigen und/oder die pflegfachliche Anleitung und Schulung seiner Pflegeperson schon bisher ganz oder teilweise Inhalt der

---

<sup>20</sup> Berlin: Anlage 1 zur Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen

<sup>21</sup> Brandenburg: Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI ab 01.01.2017

<sup>22</sup> Anlage zur Vergütungsvereinbarung nach § 89. Leistungsbeschreibung und Vergütungsregelung im Rahmen der ambulanten Pflegeleistungen in Hessen (Bezeichnung: M5 ab 01.01.2017)

---

aktivierenden Pflege waren oder nun durch die Pflegereform neu in den Leistungskatalog aufgenommen und bewertet werden müssen.“ (Hessen, vgl. Fußnote 22)

Die Protokollerklärung dokumentiert somit, dass die Frage der Abgrenzung zwischen dem Konzept der „aktivierenden Pflege“ (vgl. § 2 Abs. 1 SGB XI; § 11 Abs. 1 SGB XI) und der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verknüpften „zielgerichteten Ressourcenförderung“ (vgl. Wingenfeld/Büscher 2017, S. 8f) durch die Vertragspartner in Hessen zu diesem Zeitpunkt noch nicht hinreichend geklärt werden konnte. Wingenfeld/Büscher haben in ihrer Expertise die „zielgerichtete Ressourcenförderung“ bei der Darstellung pflegerischer Aufgaben jeweils gesondert benannt und haben darüber hinaus in einer Fußnote erklärt, was nicht gemeint ist:

„Nicht gemeint bzw. davon zu unterscheiden ist eine in den Alltag integrierte aktivierende Pflege, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Pflegebedürftige bei der Durchführung der gerade anstehenden Verrichtungen (z.B. der Körperpflege) möglichst viele Teilhandlungen – ggf. mit Unterstützung der Pflegenden – selbst übernimmt.“ (Wingenfeld/Büscher 2017, Fußnote auf S. 9)

Nahezu wortgleiche Formulierungen wie in Hessen („aktivierende Pflege ... stellt keine eigenständige Leistung dar.“), finden sich auch in der Vergütungsvereinbarung für Sachsen<sup>23</sup> sowie in dem Rahmenvertrag bzw. der Vergütungssystematik, die ab dem 01.09.2019 in Schleswig-Holstein in Kraft treten soll<sup>24</sup>. Dort soll jedoch auch eine eigene Abrechnungsposition „P4 Gezielte Förderung der Selbständigkeit“ eingeführt werden, was darauf hindeutet, dass die in der hessischen Protokollnotiz angesprochene Auslegungsfrage offenbar dahingehend gelöst wurde, dass Maßnahmen der gezielten Ressourcenförderung im Sinne der Expertise von Wingenfeld/Büscher als eigenständige und abrechnungsfähige Leistung gesehen werden. Dies bestätigt auch die Leistungslegende zu diesem Leistungskomplex P 4, in die Formulierungen aus der Expertise von Wingenfeld/Büscher wörtlich übernommen wurden (weitere Ausführungen dazu unten).

In anderen Vereinbarungen finden sich dagegen im Hinblick auf die Leistungsinhalte nach wie vor Formulierungen, die auf die „Verrichtungen“ Bezug nehmen und das Ziel der Selbständigkeitsförderung offenbar primär als Fähigkeit zur selbständigen Durchführung von Verrichtungen des täglichen Lebens deuten. So heißt es in der ab 01.04.2018 geltenden Vergütungsvereinbarung für Rheinland-Pfalz<sup>25</sup>:

„Inhalt der Pflegeleistungen sind im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) die im Einzelfall erforderlichen

---

<sup>23</sup> Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen ab 2. März 2017

<sup>24</sup> Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein, Anlage 2

<sup>25</sup> Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz gültig ab 01.04.2018

---

Tätigkeiten zur Unterstützung, der teilweise oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen im anerkannten Pflegegrad.“ (Rheinland-Pfalz, vgl. Fußnote 25, § 3 Absatz 1)

„Die Hilfen der einzelnen Verrichtungen sind stets in Form der aktivierenden Pflege zu erbringen. Der Pflegebedürftige ist daher stets aktiv in seine Pflege und Betreuung einzubeziehen.“ (Rheinland-Pfalz, vgl. Fußnote 25, § 3 Absatz 3)

Ein besonderer Weg wurde in Thüringen beschritten. Hier wurde mit Gültigkeit ab 01.06.2017 eine „Vereinbarung zur Anpassung des Leistungskomplexsystems im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II“ als Anlage zum Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI (vom 01.10.1995) geschlossen<sup>26</sup>. In dieser Vereinbarung wird zum einen die besondere Aufgabenstellung nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausführlich gewürdigt:

„Mit dem neuen Pflegeverständnis ist hervorzuheben, dass Körper, Kognition und Psyche gleichermaßen Berücksichtigung finden (vgl. Gesetzesbegründung zu § 36 SGB XI). Dies zieht eine Abkehr vom (bisherigen) engen Verrichtungsbegriff nach sich. Vor diesem Hintergrund wurde es notwendig, die Pflege grundständig neu am Ziel auszurichten, den Umgang mit Krankheitsfolgen bestmöglich zu unterstützen und damit die Selbstständigkeit in der Häuslichkeit weitestgehend zu fördern.“ (Thüringen, vgl. Fußnote 26)

Die Vertragspartner haben daher zunächst nur eine „Übergangsregelung“ getroffen und sich im Übrigen verständigt, dass der seit 1995 geltende Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI bis 31.12.2017 inklusive einer Neubewertung der Leistungskomplexe überarbeitet werden soll. Kernpunkt der Übergangsregelung, ist eine Aufwertung der auf die körperbezogenen Pflegemaßnahmen bezogenen Leistungskomplexe:

„Es erfolgt eine Erweiterung der körperbezogenen Leistungskomplexe um einen Leistungsbestandteil, der ausdrücklich zur Stärkung und Erhaltung der Selbstversorgungspotenziale beiträgt.

Vor diesem Hintergrund werden die Punktzahlen dieser Leistungskomplexe pauschal um 3 % angehoben, um den zeitlichen Aufwand für zusätzlich anleitende, motivierende und/oder auffordernde Pflege der Pflegebedürftigen zur Erhaltung und Stärkung der Selbstversorgungspotenziale durch die Pflegedienste sicherzustellen.“ (Thüringen, vgl. Fußnote 26)

---

<sup>26</sup> Vereinbarung zur Anpassung des Leistungskomplexsystems gültig ab 01.06.2017 als Ergänzung der Leistungskomplexe in der Fassung vom 14.12.1998, gültig ab 01.02.1999, als Anlage zum Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung im Freistaat Thüringen in der Fassung vom 26.09.1995, gültig ab 01.10.1995

---

Darüber hinaus wird klargestellt, dass mit der Übergangsregelung noch keine abschließende oder präjudizierende Regelung der notwendigen Anpassungen an den seit 01.01.2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff getroffen sind.

Im Hinblick auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bemerkenswerte Veränderungen sind darüber hinaus zum einen in der Einführung der Möglichkeit von Zeitvergütungen zu sehen (z.B. Baden-Württemberg, Hamburg, vgl. die vorangehenden Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2). Zum anderen sind inhaltlichen Ergänzungen der Leistungspositionen in mehreren Ländern hervorzuheben:

In Schleswig-Holstein soll zum 01.09.2019 ein Leistungskomplex „P 4 Gezielte Förderung der Selbständigkeit“ in Kraft treten. In der Leistungslegende heißt es dazu:

„Dieser Leistungskomplex ist eine personenzentrierte Leistung, deren individuelle Ausgestaltung im Rahmen der Aushandlung des Pflegeprozesses vereinbart und dokumentiert wird. In der Pflegeplanung wird das Vorgehen dieses Leistungskomplexes mit Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte[n] für die ressourcenfördernden Maßnahmen klar definiert und fixiert. Die gezielte Förderung der Selbständigkeit geht über die in den Alltag integrierte aktivierende Pflege hinaus und liegt regelmäßig außerhalb der notwendigen Alltagsverrichtungen.“ (Schleswig-Holstein, vgl. Fußnote 24)

In Schleswig-Holstein werden damit – bis in die Wortwahl – die Ausführungen der Expertise von Wingefeld/Büscher aufgegriffen, wie das Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit durch „zielgerichtete Ressourcenförderung“ umgesetzt bzw. in der Vergütungssystematik umgesetzt werden kann.

Eine ähnliche Innovation wurde auch von den Vertragsparteien in Sachsen-Anhalt mit der ab 01.01.2017 geltenden Einführung eines Leistungskomplexes „Erhaltung und Stärkung der Selbständigkeit“ (LK 25) realisiert<sup>27</sup>. Zur Beschreibung dieses Leistungskomplexes heißt es:

„Zusätzlich anleitende und/oder motivierende/auffordernde Pflege zur Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements des Pflegebedürftigen sowie der Angehörigen zur Steuerung von Pflegeverläufen und Pflegesituationen.

Insbesondere bei:

---

<sup>27</sup> Sachsen-Anhalt: Anlage zur Vergütungsvereinbarung (gültig ab 01.01.2017). Auf der Website der AOK Sachsen-Anhalt heißt es dazu: „Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) zum 1. Januar 2017 soll die Situation von Pflegebedürftigen, Angehörigen sowie professionell Pflegenden verbessert werden. Im Rahmen des ambulanten Verhandlungsgremiums Sachsen-Anhalt haben sich die Kostenträger und Leistungserbringerverbände gemeinsam in einem ersten Schritt dazu verständigt, im Jahr 2017 in die mit dem PSG II veränderte Sicht auf die Pflege zu starten. Das bewährte Leistungskomplexsystem bleibt bestehen. Der Leistungskomplex 22 wurde inhaltlich geändert und drei neue Leistungskomplexe (23 - 25) wurden aufgenommen.“ ([https://www.aok-gesundheitspartner.de/san/pflege/ambulant\\_sgbxi/index.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/san/pflege/ambulant_sgbxi/index.html))

---

1. eingeschränkten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (z. B. demenziell erkrankte Menschen) und/oder
2. auffälligen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen und/oder
3. sonstigen altersbedingten Krankheitsbildern.“ (Sachsen-Anhalt, vgl. Fußnote 27)

In Rheinland-Pfalz existiert der Leistungskomplex „Zusätzliche pflegefachliche Anleitung bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ (LK 27), dessen Zielsetzungen – „Stabilisierung von Pflegesituationen und [...] Unterstützung und Förderung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen [...]“ – ebenfalls explizit auf Elemente des neuen Pflegeverständnisses Bezug nimmt (Rheinland-Pfalz, vgl. Fußnote 25).

In Bezug auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen wurden bereits vor in Kraft treten des PSG II im Zusammenhang mit den Übergangsregelungen des früheren § 124 SGB XI entsprechende Leistungskomplexe in die Vergütungsvereinbarungen aufgenommen. In mehreren ab 01.01.2017 aktualisierten Vereinbarungen finden sich nun ergänzende Passagen, die einen Abrechnungsausschluss dieser Leistungen erklären, wenn entsprechende Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesversorgungsgesetz gewährt werden. So heißt es bspw. in Bayern<sup>28</sup>:

„Pflegerische Betreuungsmaßnahmen dürfen nicht als Sachleistungen nach § 36 SGB XI zu Lasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“ (Bayern, vgl. Fußnote 28)

Eine inhaltsgleiche Bestimmung findet sich auch in Rheinland-Pfalz (vgl. Fußnote 25, § 4 Abs. 1). Diese Formulierungen sind im Zusammenhang mit den Bestimmungen in § 13 Absatz 3 SGB XI zu sehen, wo es heißt:

„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig“ (§ 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI).

Demgegenüber sollen die zitierten Passagen aus den Vergütungsvereinbarungen in Bayern und weiteren Ländern offenbar eine Nachrangigkeit der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber analogen Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. nach dem Bundesversorgungsgesetz etablieren.

---

<sup>28</sup> Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 26.10.2017 über die Vergütung der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gemäß § 36 SGB XI mit Gültigkeit für ab dem 01.02.2018 erbrachte Leistungen, Anlage 1

---

Im Zuge des Gesetzgebungsprozesses zum PSG III ist zwischenzeitlich erwogen worden, die Frage der Abgrenzung zwischen den inhaltlich verwandten pflegerischen Betreuungsleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (relevant bei Personen, die gleichzeitig Leistungen aus beiden Sicherungssystemen erhalten) dahingehend zu regeln, dass die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld grundsätzlich vorrangig sein sollten, sofern nicht die Ziele der Eingliederungshilfe im Vordergrund stünden. Dieser Regelungsvorschlag wurde jedoch fallen gelassen und die zuvor bestehende Rechtslage der Gleichrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe wurde beibehalten. In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages heißt es dazu:

„Da Pflege und Eingliederungshilfe auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich unterschiedliche Aufgaben haben, wird die bisherige Rechtslage im Übrigen aufrechterhalten. Die Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe werden also wie bisher nebeneinander gewährt.“ (Bundestagsdrucksache 18/10510, S. 107)

Inwiefern die zitierten Bestimmungen aus den Vergütungsvereinbarungen im Konflikt mit der vom Gesetzgeber offenbar gewollten Möglichkeit des Nebeneinanders von Leistungen aus beiden Sicherungssystemen stehen, kann hier nicht beurteilt werden. Insofern pflegerische Leistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe unterschiedliche Ziele und Inhalte haben, dürfte der in Bayern und Rheinland-Pfalz vorgesehene Leistungsausschluss für pflegerische Betreuungsmaßnahmen gegenstandslos sein, da im Rahmen der Eingliederungshilfe „diese Leistungen“ [d.h. pflegerische Betreuungsmaßnahmen] grundsätzlich nicht erbracht werden sollten.

### **3.3 Veränderungen der vertraglichen Grundlagen im Bereich der vollstationären Pflege**

Im Bereich der vollstationären Pflege waren mit Stand Juni 2019 in Hamburg und Hessen neuere Rahmenverträge nach § 75 SGB XI in Kraft getreten. Die Daten des Inkrafttretens der neuen Verträge sowie ihrer Vorgänger sind in Tabelle 6 gezeigt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der Verträge aus diesen beiden Bundesländern dargestellt.

#### **3.3.1 Rahmenvertrag vollstationär Hamburg**

In Hamburg wurde am 30.04.2016 ein neuer Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 SGB XI geschlossen. Der Vertrag trat am 01.01.2017 in Kraft und löste damit den Vorgängervertrag vom 17.11.2009 ab.

##### **3.3.1.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen**

Wie bereits für den Vertrag im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung in Hamburg (siehe Kapitel 3.2.2) festgestellt, verwendet der neue Vertrag über die

---

vollstationäre pflegerische Versorgung in Hamburg zur Beschreibung des Inhalts der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (§ 1) Formulierung, die dem Vokabular des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entstammen. So heißt es in Abs. 1: „Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Tätigkeiten zur Unterstützung bei körperlich, kognitiv oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, zur Kompensation der Beeinträchtigungen durch eine teilweise oder vollständige Übernahme von Verrichtungen oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel der eigenständigen Ausführung dieser Verrichtungen.“ Auch die Absätze 2 und 3 reflektieren den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, indem sie auf den hohen Stellenwert der Selbstständigkeit sowie den Erhalt und die (Wieder-)Erlangung von Fähigkeiten bei der Anleitung und Beaufsichtigung bzw. bei der Umsetzung von Maßnahmen eingehen.

Die Beschreibung der Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität sowie die Beschreibung der Betreuung und der Behandlungspflege haben sich nicht geändert. Neu aufgenommen wurden Beschreibungen zu „kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und psychischen Problemlagen“ (§ 1 Abs. 8) sowie zu „Sterbebegleitung“ (§ 1 Abs. 9). Die Beschreibung zu kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und psychischen Problemlagen lautet: „Im Vordergrund stehen hierbei die Schaffung einer Tagesstruktur, deren Angebote handlungsorientiert sind, das Beobachten des pflegebedürftigen Menschen und das Erkennen seiner Realität und die Anpassung der pflegerischen Tätigkeiten an die aktuelle Stimmung.“ Weiterhin werden Beispiele für die zu erbringenden Hilfen aufgeführt. Durch diese Ergänzung, werden die neuen Bereiche „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI abgebildet.

Sowohl der alte als auch der neue Vertrag für Hamburg enthält Angaben zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (jeweils § 2). Die Anpassungen, die in dem Paragraphen gemacht wurden, betreffen hauptsächlich die Änderung der gesetzlichen Grundlage, auf der Leistungen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung erbracht werden: Bis zum 01.01.2017 konnten Pflegeheime die Leistungen auf Grundlage von § 87b SGB XI erbringen, wenn eine entsprechende Vergütungsregelung vorlag. Seit dem 01.01.2017 haben Pflegebedürftige gemäß § 43b SGB XI einen Anspruch auf Leistungen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung.

### 3.3.1.2 Personalvorgaben

Für den neuen Vertrag wurden die Personalrichtwerte für die allgemeinen Pflegeleistungen angepasst. Dabei erfolgte zum einen die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade. Zum anderen wurden die Werte angepasst. So man von der in Tabelle 7 gezeigten Überleitung von Pflegestufen auf Pflegegrade ausgeht, erfolgte bei der Anpassung der Werte eine leichte Reduktion des vorzuhaltenden Personals. Dies könnte darauf beruhen, dass die gezeigte Überleitung z. T. reflektiert,

dass pflegebedürftige Menschen im Rahmen der Umstellung nicht schlechter gestellt werden sollten und daher ggf. in einen höheren Pflegegrad übergeleitet wurden als bei einer neuen Begutachtung der Fall gewesen wäre.

Tabelle 7: Personalrichtwerte für allgemeine Pflegeleistungen

Pflegestufe	Pflegegrad	Personalrichtwert 17.11.2009	Personalrichtwert 01.01.2017
	1		1:13,40
I	2	1:4,22 bis 1:4,06	1:4,60
II	3	1:2,48 bis 1:2,39	1:2,80
III	4	1:1,76 bis 1:1,69	1:1,99
	5		1:1,77

Quelle: Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für Hamburg  
Anmerkungen: Überleitung unter Berücksichtigung der Einschränkung der Alltagskompetenz bzw. von Härtefällen ist nicht gezeigt

Der Personalschlüssel für Personal, das die zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 2 der Verträge durchführt, wurde – entsprechend den Änderungen im SGB XI – von 1:25 auf 1:20 geändert.

### 3.3.1.3 Qualifikationsanforderungen

Bezüglich der Qualifikationsanforderungen verweisen sowohl der alte als auch der neue Vertrag auf § 84 Abs. 5 SGB XI (§ 18 Abs. 9 des alten Vertrags, § 18 Abs. 8 des neuen Vertrags).

### 3.3.1.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Die Qualitätsmaßstäbe für die Leistungserbringung wurden nicht geändert. Auch die Ausführungen zur vorzuhaltenden Dokumentation blieben gleich mit Ausnahme der Ergänzung des Begriffs „Maßnahmenplanung“ für den zweiten Schritt der Pflegedokumentation.

## 3.3.2 Rahmenvertrag vollstationär Hessen

In Hessen trat zum 01.07.2018 ein neuer Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in Kraft. Der Vorgängervertrag war am 01.05.2009 in Kraft getreten.

### 3.3.2.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen

§ 2 „Allgemeine Pflegeleistungen“ des neuen Vertrags für Hessen enthält im Vergleich zum dem Vertrag von 2009 umfassende Anpassungen mit Bezug zum neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriff. Bereits in § 2 Abs. 1 wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI erwähnt und festgehalten, dass er „einen umfassenden Blick auf alle Aspekte der Pflegebedürftigkeit“ sicherstellt und „die Gleichbehandlung somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Menschen“ gesetzlich verankert. Die nachfolgenden Abschnitte leiten die Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die pflegerische Praxis her. U. a. heißt es in § 2 Abs. 3 „Die Ablösung der Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung erfordert eine konzeptionelle Neuausrichtung des pflegerischen Handelns.“

Als Grundlage für die Pflege wird entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein „problemlösungsorientierter Ansatz“ (§ 2 Abs. 4) angestrebt. Dazu soll von einer Aufgliederung zu erbringender Hilfen in einzelne Maßnahmen abgesehen und stattdessen „Aufgaben“ definiert werden (§ 2 Abs. 5). Mit den Aufgaben wird das Ziel der „Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten zur selbständigen Ausübung der Aufgaben“ verfolgt (§ 2 Abs. 6). „Die Gestaltung der Hilfe zielt darauf ab, dass die Aufgaben (mindestens teilweise) in sinnvoller Weise vom pflegebedürftigen Menschen selbst durchgeführt werden“ (§ 2 Abs. 6).

§ 2 Abs. 7 beschreibt die Aufgaben entlang der sechs durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff definierten Bereiche Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Zusätzlich werden die medizinische Behandlungspflege sowie Sterbebegleitung und Kooperation mit Hospizdiensten/Hospiz- und Palliativnetzwerken beschrieben. Somit findet eine Abwendung von der Systematik „Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität“, „soziale Betreuung“ und „medizinische Behandlungspflege“ statt, die dem Vertrag von 2009 zugrunde lag.

Die Beschreibung der Aufgaben spiegelt ebenfalls den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wider. So heißt es z. B. zur Mobilität: „Die Aufgaben im Bereich der Mobilität, z. B. Bewegungsförderung durch passive Bewegungsübungen, sollen die Bewegungsfähigkeit der pflegebedürftigen Menschen im innerhäuslichen Bereich erhalten oder verbessern“. Das umfassende Verständnis von Pflege wird z. B. durch folgende Sätze verdeutlicht: „Die Aufgaben beschränken sich nicht allein auf die körperliche Fähigkeit zur eigenständigen Fortbewegung. Sie umfassen auch eine Anamnese und individuelle Planung der erforderlichen Maßnahme. Die Mobilisation beinhaltet sowohl eine Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen durch aktivierende Maßnahmen zur Förderung der Fähigkeit der Fortbewegung als auch Ansprache, Kommunikation und Zuwendung entsprechend der individuellen Selbständigkeit.“ Ein ähnlich weit gefasstes Verständnis findet sich auch in den Beschreibungen der übrigen Bereiche.

Der neu eingefügte § 3 „Zusätzliche Betreuung und Aktivierung“ regelt das Vorgehen zur Erbringung von Leistungen nach § 43b SGB XI. Die hier explizit aufgeführten Vorgaben – z. T. beruhend auf Zitaten aus dem SGB XI – können dazu dienen, die Umsetzung der Leistungen, auf die individuelle Versicherte nach § 43 SGB XI einen Anspruch haben, nachzuhalten. U. a. enthält § 3 des Vertrags Informationen zu:

- Art der Aufgaben,
- Hinweis, dass eine Verlagerung von allgemeinen Pflegeleistungen zu Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nicht stattfindet,
- Finanzierung,
- Hinweis, den Pflegeeinrichtungen auf das Angebot zusätzlicher Betreuung und Aktivierung geben müssen,
- Dokumentation sowie
- Personal.

### 3.3.2.2 Personalvorgaben

Der neue Vertrag für die vollstationäre pflegerische Versorgung in Hessen enthält angepasste Personalrichtwerte (§ 22 Abs. 1). Für den Hauswirtschaftsdienst sowie für Leitung und Verwaltungsdienst erfolgte dabei eine Erhöhung des vorzuhaltenden Personals. Hierzu heißt es in § 22 Abs. 1: „Im Zuge der Verbesserung der Personalschlüssel optimiert der Träger des Pflegeheimes die Schnittstellen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 2.“

Tabelle 8: Personalrichtwerte für Hessen

Art des Dienstes	Größe des Pflegeheims	Personalrichtwert 01.05.2009	Personalrichtwert 01.07.2018
Hauswirtschaftsdienst	bis zu 40 Plätze	1:5,30	1:5,00
Hauswirtschaftsdienst	ab 41 Plätze	1:5,90	1:5,65
Leitung und Verwaltungsdienst	bis zu 40 Plätze	1:20	1:18
Leitung und Verwaltungsdienst	ab 41 Plätze	1:28	1:25

Quelle: Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für Hessen

Der Personalrichtwert für den Pflege- und Betreuungsdienst wird aus dem Personalanhaltswert dividiert durch die pflegeheimbezogene Pflegekennziffer berechnet (§ 22 Abs. 4 neuer Vertrag). Der Personalanhaltswert bezogen auf Pflegestufe I betrug in dem Vertrag von 2009 1:3,40; in dem Vertrag von 2018 beträgt er bezogen auf Pflegegrad 2 1:3,90. Die Pflegekennziffer wird berechnet indem der Anteil der pflegebedürftigen Menschen jedes Pflegegrades an der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Menschen des Pflegeheims mit der Äquivalenzziffer des jeweiligen Pflegegrades multipliziert wird (§ 22 Abs. 4). Die Änderungen der Äquivalenzzif-

fern sind in Tabelle 9 gezeigt. Da der Personalanhaltswert und ein Teil der Äquivalenzziffern geändert wurden, kann nicht pauschal abgeleitet werden, ob der Personalrichtwert eines Pflegeheims gestiegen oder gesunken ist. Vielmehr hängt dies von den Anteilen der pflegebedürftigen Menschen jedes Pflegegrades ab.

Tabelle 9: Äquivalenzziffern für Hessen

Pflegestufe	Pflegegrad	Äquivalenzziffer 01.05.2009	Äquivalenzziffer 01.07.2018
0	1	0,7	0,7
I	2	1,0	1,0
II	3	1,4	1,5
III	4	1,8	1,9
	5		2,1

Quelle: Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für Hessen

Anmerkungen: Überleitung unter Berücksichtigung der Einschränkung der Alltagskompetenz bzw. von Härtefällen ist nicht gezeigt.

Zwei weitere Neuerungen sind die Einführung von § 22 Abs. 2 und 5 des neuen Vertrags. In Absatz 2 wird u. a. festgelegt, dass „mindestens 10 Prozent der Arbeitszeit des Pflege- und Betreuungspersonals für Aufgaben im Bereich der Betreuung eingeplant werden“. In Absatz werden Stellenanteile für die verantwortliche Pflegekraft in Anhängigkeit von der Größe des Pflegeheims vorgegeben.

Bezüglich der Leistungen, die nach § 43b SGB XI zu erbringen sind, legt der neue Vertrag – den Vorgaben in § 85 Abs. 8 SGB XI folgend – fest, dass ein Personalschlüssel von 1:20 für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung einzuhalten ist. Der Vorgängervertrag verwies in Anlage 3 auf den damals nach § 87b SGB XI geltenden Personalschlüssel von 1:25.

### 3.3.2.3 Qualifikationsanforderungen

Die Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richten sich laut beiden Verträgen „nach den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen der Pflegegesetzvereinbarung unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, der vertraglichen Regelungen dieses Rahmenvertrages sowie des Versorgungsvertrages gemäß den §§ 72, 73 SGB XI.“ Die sich anschließende Beschreibung dessen, was beim Einsatz des Personals zu berücksichtigen ist wurde neu formuliert. In der neuen Formulierung spiegelt sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wider: „Beim Einsatz des Personals sind

- die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den sechs Bereichen nach § 14 Abs. 2 SGB XI,

- die Fähigkeit zur selbständigen Kompensation und Bewältigung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen oder Schädigungen körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen sowie gesundheitlich bedingter Belastungen oder Anforderungen, der Hilfebedarf auf den in den Kriterien beschriebenen gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten sowie
- die gesundheitlichen und pflegerischen Risiken bei den pflegebedürftigen Menschen

zu berücksichtigen.“

#### 3.3.2.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Die Qualitätsgrundsätze (§ 11) wurden nicht geändert. In Bezug auf die Dokumentation wurde eine vierphasige Beschreibung des Pflege- und Betreuungsprozesses beibehalten, allerdings mit Umbenennung der ersten beiden Phasen in Anlehnung an das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation:

- Informationssammlung inkl. Risikoerhebung (zuvor: Assessment)
- Pflegemaßnahmenplanung und Berichtswesen (zuvor: Pflege- und Betreuungsplan)
- Durchführung der Maßnahmen
- Evaluation

§ 15 Abs. 2 des alten Vertrags machte detaillierte Vorgaben zur Art der Dokumentation. Insbesondere implizierten die Formulierung eine Dokumentation jeder Leistungserbringung („alle Eintragungen sind inhaltlich vollständig [...] vorzunehmen“, „Sämtliche Eintragungen sind mit Datum, Zeitpunkt und falls erforderlich Uhrzeit der Leistungserbringung [...] zu versehen.“). Der neue Vertrag folgt dagegen dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und spezifiziert, dass lediglich „Besonderheiten oder Abweichungen bei der Leistungserbringung“ zu dokumentieren sind.

### 3.3.3 Rahmenvertrag vollstationär Niedersachsen

In Niedersachsen trat zum 01.04.2019 ein neuer Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Dauerpflege in Kraft. Der Vorgängervertrag war am 01.01.2009 in Kraft getreten.

#### 3.3.3.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen

Der Rahmenvertrag, der am 01.04.2019 in Niedersachsen in Kraft trat, reflektiert in seiner Beschreibung der Inhalte der allgemeinen Pflege- und Betreuungsleistungen (§ 1) den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Bereits § 1 Abs. 1 orientiert sich eng an den Formulierungen des § 14 SGB XI: „Die Leistungen beinhalten die im Einzelfall erforderlichen Hilfen für Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten auf Dauer aufweisen und

deshalb der Hilfe durch andere bedürfen, da die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensiert oder bewältigt werden können.“ Die Hilfen sind „im Sinne des Erhalts bzw. der Förderung der Selbständigkeit“ in „aufsteigender Interventionsrangfolge“ zu erbringen (§ 1 Abs. 1). Als Beispiele einzelner Hilfen bzw. Interventionen in aufsteigender Rangfolge werden genannt:

- Zurechtlegen von Gegenständen
- Aufforderung
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
- Beaufsichtigung und Kontrolle
- Motivation
- Anleitung
- Übernahme von Handlungen bzw. Teilhandlungen
- Ständige Übernahme von Handlungen bzw. Teilhandlungen.

Die Beschreibung der Hilfen wurde neu strukturiert. Der alte Vertrag beschrieb Hilfen bei der Körperpflege, bei der Ernährung und der Mobilität sowie soziale Betreuung und Behandlungspflege. Der neue Vertrag reflektiert die sechs Bereiche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI, ergänzt um einen siebten Bereich „Sonstiges“. Für jeden Bereich werden die Ziele, eine allgemeine Beschreibung sowie Beispiele für Problemlagen, bei denen die Hilfen zu erbringen sind, dargestellt. Die Beispiele sind dabei größtenteils wortwörtlich aus § 14 SGB XI übernommen.

In den Vertrag von 2019 neu aufgenommen wurde § 2 „Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI“. Der neue Paragraph bezieht sich auf den zum 01.01.2017 in Kraft getretenen § 43b SGB XI, welcher den individuellen Anspruch auf „zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht“ festschreibt. Die für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung zu erbringenden Leistungen sind der Betreuungskräfteleitlinie nach § 53c SGB XI zu entnehmen (§ 2 Abs. 1). Weiterhin heißt es:

„(2) Die zusätzlichen Betreuungskräfte dürfen ausschließlich bestimmungsgemäß eingesetzt werden.

(3) Der Vergütungszuschlag für die zusätzlichen Betreuungsleistungen wird von den Leistungsträgern nach Maßgabe der §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI getragen.“

### 3.3.3.2 Personalvorgaben

Der Vertrag von 2009 sah für den Bereich der Pflege und Betreuung Personalrichtwerte mit einer Unter- und Obergrenze je Pflegestufe vor (§ 21 Abs. 3). Laut dem neuen Vertrag von 2019 muss die Gesamtpersonalmenge im Bereich des Korridors zwischen einer Minimal- und Maximalmenge je Pflegegrad liegen (§ 21 Abs. 2). Ein Vergleich der Werte in Tabelle 10 zeigt, dass es für die Pflegegrade 2, 3 und 4 unter

---

Annahme der gezeigten Überleitung aus den Pflegestufen I, II und III nur leichte Veränderungen gab. Die Richtwerte für Pflegestufe 0 waren niedriger als die Maximal- und Mindestmenge für Pflegegrad 1, wobei die beiden Einstufungen nicht direkt vergleichbar sind. Die Maximal- und Mindestmenge für den neuen Pflegegrad 5 wurde ergänzt.

Tabelle 10: Personalschlüssel für Niedersachsen

Pflegestufe	Pflegegrad	Personalrichtwerte 01.01.2009	Maximal- und Mindestmenge an Personal 01.04.2019
0	1	1:12,16 bis 1:14,5	1:4,6 bis 1:6,5
I	2	1:3,65 bis 1:4,5	1:3,7 bis 1:4,29
II	3	1:2,43 bis 1:3,0	1:2,59 bis 1:3,0
III	4	1:1,82 bis 1:2,2	1:1,96 bis 1:2,27
	5		1:1,76 bis 1:2,05

Quelle: Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für Niedersachsen

Anmerkungen: Überleitung unter Berücksichtigung der Einschränkung der Alltagskompetenz bzw. von Härtefällen ist nicht gezeigt.

Die Vorgabe, dass im Bereich der Pflege und Betreuung eine Fachkraftquote von 50 % vorgehalten werden muss, wurde beibehalten (§ 21 Abs. 5 alter Vertrag, § 21 Abs. 7 neuer Vertrag). Das Berechnungsverfahren für die Fachkraftquote wurde jedoch um sog. Grenzmengen ergänzt. Nach dem neuen Verfahren kann der Teil des Personals, der über die Grenzmenge hinaus vorgehalten wird, von der Fachkraftquote ausgenommen werden. Die Grenzmenge je Pflegegrad liegt zwischen dem in Tabelle 10 gezeigten Maximal- und Mindestwert.

Beide Verträge sehen vor, dass zusätzlich zu dem Personal, das den obigen Vorgaben unterliegt, eine Vollzeitkraft für die Pflegedienstleitung zu berücksichtigen ist (§ 21 Abs. 3 alter Vertrag, § 21 Abs. 10 neuer Vertrag).

Für die zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsleistungen gemäß § 43b SGB XI spezifiziert der neue Vertrag – wie in § 85 Abs. 7 SGB XI beschrieben – einen Personalschlüssel von 1:20 unabhängig vom Pflegegrad. Eine analoge Vorgabe war in dem in Kraft getretenen Vorgängervertrag nicht enthalten. Allerdings gibt eine Version des Vorgängervertrags, die noch nicht die im August 2009 abgestimmten Änderungen enthält und in der in § 21 Abs. 5 ein Personalschlüssel von 1:25 für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung nach § 87b SGB XI vorgesehen ist.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> <https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag-VS-NI.pdf> (letzter Abruf: 20.06.2019)

### 3.3.3.3 Qualifikationsanforderungen

Grundlage für die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung sowie die Bereitstellung und die fachliche Qualifikation des Personals sind sowohl in dem alten als auch dem neuen Vertrag § 113 SGB XI und die jeweils geltende Pflegesatzvereinbarung (jeweils § 21). Darüber hinaus schreibt der neue Vertrag vor, dass die ständig verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung innerhalb der letzten acht Jahre eine zweijährige Mindestberufserfahrung nachweisen müssen. Ferner muss die verantwortliche Pflegefachkraft den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für eine Leitungsfunktion von mindestens 460 Unterrichtsstunden nachweisen.

### 3.3.3.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Die Vorgaben zur Qualitätssicherung (§ 11) haben sich nicht geändert – es wird weiterhin auf § 113 SGB XI verwiesen. § 15 „Dokumentation der Pflege“ wurde dahingehend angepasst, dass die Aufzählung der Inhalte der Pflegedokumentation (Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen [Nachweis]) entfallen ist und die Vorgabe der Bestätigung von Eintragungen in die Pflegedokumentation durch „Handzeichen“ ergänzt wurde.

## 3.4 Veränderungen der vertraglichen Grundlagen im Bereich der teilstationären Pflege

Im Bereich der teilstationären Pflege waren mit Stand Juni 2019 in Baden-Württemberg, Bayern und dem Saarland neuere Rahmenverträge nach § 75 SGB XI in Kraft getreten. Die Daten des Inkrafttretens der neuen Verträge sowie ihrer Vorgänger sind in Tabelle 6 gezeigt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der Verträge aus diesen drei Bundesländern dargestellt.

### 3.4.1 Rahmenvertrag teilstationär Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg trat am 01.01.2018 ein neuer Rahmenvertrag über teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI in Kraft. Der Vertrag löste den Vorgängervertrag ab, der am 01.12.1997 in Kraft getreten war.

#### 3.4.1.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen

Die Beschreibung der pflegerischen Hilfen erfolgt in dem Vertrag von 2018 in dem neuen § 1 „Ziel, Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrags“ sowie in § 2 „Form und Inhalt der Pflegeleistungen“. Der Vorgängervertrag beschrieb die pflegerischen Hilfen in § 1 „Inhalte der Pflegeleistungen“ und § 4 „Formen der Hilfe“.

Der neue Vertrag nutzt verstärkt das Vokabular des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Gleich zu Beginn von § 1 wird auf § 14 SGB XI verwiesen und daraus zitiert, u. a. „Pflegebedürftigkeit bezieht sich auf körperliche, kognitive oder psychische

Beeinträchtigungen sowie gesundheitsbedingte Belastungen oder Anforderungen, die nicht selbständig kompensiert oder bewältigt werden können“. In den nachfolgenden Ausführungen werden Aspekte wie Erhalt der Selbstbestimmung, Förderung und Erhalt von Fähigkeiten, Selbständigkeit und sozialer Kontakte, Bewältigung von Einschränkungen sowie pflegfachliche Anleitung und Beratung hervorgehoben.

Die Darstellung der zu erbringenden Leistungen wurde umstrukturiert und mit Formulierungen in Anlehnung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff versehen, wobei die mit den Leistungen zu adressierenden Situationen unverändert blieben. § 2 „Form und Inhalt der Pflegeleistungen“ beginnt mit einer neu aufgenommenen Differenzierung zwischen personeller Unterstützung, Anleitung, persönlicher Begleitung sowie pflegfachlicher Anleitung und Beratung. Die Pflegeleistungen werden dann in vier Gruppen unterteilt:

- Körperbezogene Pflegemaßnahmen (welche die vorher separat aufgeführten Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität enthalten),
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (welche eine gewisse Analogie zu den zuvor separat aufgeführten Hilfen bei der persönlichen Lebensführung und den Leistungen der sozialen Betreuung haben),
- Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (zuvor ebenfalls genannt) und
- Beförderung (zuvor ebenfalls genannt).

Während der alte Vertrag Ziele für die einzelnen Hilfen formulierte (z. B. „Ziel der Hilfe ist es, dem Pflegebedürftigen trotz des durch die Pflegebedürftigkeit bedingten Hilfebedarfs die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.“ § 1 Abs. 3d) nennt der neue Vertrag das für alle Hilfen geltende Ziel „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit auszugleichen, Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu erhalten und zu fördern, den Umgang mit Krankheitsfolgen anzuleiten, zu fördern und ggf. zu kompensieren und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (§ 2).

Der neue Vertrag behandelt nur Leistungen der Tagespflege. Leistungen der Nachtpflege sind bis zur Vereinbarung einer neuen Leistungsbeschreibung in der Nachtpflege in Einzelverhandlungen zu vereinbaren (§ 2 Abs. 4). Der alte Vertrag umfasste Tages- und Nachtpflege.

#### 3.4.1.2 Personalvorgaben

Die Verträge machen Personalvorgaben in Bezug auf das vorzuhaltende Personal in der Pflege und Betreuung, in der Hauswirtschaft sowie in der Leitung und Verwaltung. Für das Pflege- und Betreuungspersonal wurden die nach Pflegestufe gestaffelten Bandbreiten (Pfleigestufe I: 1:5,56 bis 1:4,56. Pflegestufe II: 1:4,63 bis 1:3,80 und Pflegestufe III: 1:3,97 bis 1:3,26) durch einen Pflegegrad-unabhängigen

Personalrichtwert ersetzt (bis zu 1:3,25). Die Obergrenze des vorzuhaltenden Personal blieb (fast) gleich (1:3,26 versus 1:3,25). Die Personalrichtwerte für die Betreuung von Demenzkranken sind entfallen.

Die Pflegestufe- bzw. Pflegegrad-unabhängigen Obergrenzen für das vorzuhaltende hauswirtschaftliche und Leitungspersonal wurden gesenkt:

- Hauswirtschaftsbereich: 1:30 (2018) versus 1:50 (1997)
- Leitung und Verwaltung: 1:30 (2018) versus 1:40 (1997)

Die niedrigeren Personalobergrenzen könnten das umfänglichere Verständnis von Pflege reflektieren, das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergeht.

#### 3.4.1.3 Qualifikationsanforderungen

Die Qualifikationsanforderungen haben sich nicht geändert. Beide Verträge verweisen auf die in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI (§ 17 Abs. 10 [2018] bzw. § 17 Abs. 9 [1997]). Zusätzlich heißt es: „Beim Einsatz des Personals sind

- die Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur selbstständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- die Notwendigkeit zur Unterstützung, zur teilweisen oder vollständigen Übernahme oder zur Beaufsichtigung bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie
- die Risikopotentiale bei den Pflegebedürftigen

zu berücksichtigen.

Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten.“

#### 3.4.1.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Sowohl der alte als auch der neue Vertrag verweisen bezüglich der zugrunde zu legenden Qualitätsmaßstäbe auf die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI i. V. mit § 112 SGB XI“ und die „in der Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI“ (§ 10).

Die Anforderungen an die Pflegedokumentation (§ 13) wurden dahingehend angepasst, dass die Auflistung der Inhalte (Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen [Leistungsnachweis]) durch die folgende Formulierung ersetzt wurde: „Die Inhalte richten sich nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege.“ Weiterhin wurde der Satz „Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation

---

muss jederzeit der aktuelle tägliche Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.“ gestrichen. Letzteres könnte das Bestreben des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation reflektieren, lediglich Veränderungen gegenüber der Maßnahmenplanung zu dokumentieren statt jeden (wiederkehrenden) Schritt des Pflegeprozesses.

### **3.4.2 Rahmenvertrag teilstationär Bayern**

In Bayern trat am 01.10.2018 erstmals ein Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI in Kraft.

#### **3.4.2.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen**

Die Beschreibung der pflegerischen Hilfen greift den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf. In § 1 Abs. 1 wird darauf hingewiesen, dass es Ziel ist, „pflegebedürftigen Menschen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu ermöglichen.“ § 2 Abs. 1 greift Formulierungen aus § 14 SGB XI auf: „Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall während der Zeit des Aufenthaltes in der teilstationären Pflegeeinrichtung erforderlichen Tätigkeiten bei gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Kompensation der Beeinträchtigungen oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung.“

In den nachfolgenden Absätzen des § 2 wird zunächst beschrieben wie die Pflege durchzuführen ist und welche Ziele sie verfolgt. Dabei wird der Begriff „aktivierende Pflege“ verwendet. § 2 Abs. 6 beschreibt dann die zu erbringenden Hilfen, welche in sechs Gruppen fallen:

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- Pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- Betreuung
- Medizinische Behandlungspflege

Die Gruppen orientieren sich dabei nicht explizit an den sechs Bereichen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In den Beschreibungen werden jedoch Aspekte des umfassenderen Verständnisses von Pflege, das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergeht, aufgegriffen. Z. B. heißt es unter Mobilität: „das Gehen, Stehen, Treppensteigen; dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bewegungseingeschränkten Pflegebedürftigen sich zu bewegen“ (§ 2 Abs. 6c). Unter Betreuung heißt es u. a.: „Sie orientiert sich an der Erhaltung der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen, strebt soziale Integration an und regt die jeweiligen Aktivierungspotentiale an. Dabei spielt die Erhaltung bestehender Selbständigkeit und Fähigkeiten eine wichtige Rolle“ (§ 2 Abs. 6e).

In § 9 werden Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b SGB XI geregelt. § 10 geht auf die Leistungen zur Prävention gemäß § 5 SGB XI ein. Auch wenn diese Paragraphen des SGB XI nicht direkt mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Zusammenhang stehen, unterstützt ihre Behandlung in dem Vertrag ein umfassendes Verständnis von Pflege.

#### 3.4.2.2 Personalvorgaben

Der Rahmenvertrag macht keine Vorgaben bezüglich der Personalschlüssel. Diese werden „im Rahmen der Pflegesatzverhandlung gemäß der Vereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI (Leistungs- und Qualitätsmerkmale) einrichtungsindividuell vereinbart, soweit in der Landespflegesatzkommission keine landesweiten Personalschlüssel beschlossen werden“ (§ 31).

#### 3.4.2.3 Qualifikationsanforderungen

Der Rahmenvertrag verweist bezüglich der Qualifikationsanforderungen auf die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI, die vereinbarten Personalschlüssel sowie die Leistungs- und Qualitätsmerkmale gemäß § 84 Abs. 5 SGB XI (§ 32 Abs. 4). Ferner heißt es: „Beim Einsatz des Personals sind

- die Selbständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen,
- die Arbeitszeit des Personals unter Berücksichtigung von Zeiten für Fortbildung und Teambesprechungen sowie die Ausfallzeiten, insbesondere durch Krankheit und Urlaub,
- die Zeiten, die für die Pflege, Betreuung, Unterstützung und Versorgung der Pflegebedürftigen einschließlich der dazugehörenden Maßnahmen erforderlich sind,
- die im Rahmen der Kooperation auf regionaler Ebene im Sinne des § 113 SGB XI wahrzunehmenden Aufgaben der Pflegeeinrichtung,
- leitende, administrative und organisatorische Aufgaben angemessen sowie
- die Risikopotentiale bei den Pflegebedürftigen

zu berücksichtigen.“

In § 15 stellt der Rahmenvertrag folgende Qualifikationsanforderung an die verantwortliche Pflegefachkraft:

- Berufsabschluss mit staatlicher Anerkennung,
  - hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre und
  - Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden in Kopie oder den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität.
-

Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft muss einen Berufsabschluss mit staatlicher Anerkennung nachweisen.

#### 3.4.2.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Bezüglich der Qualitätsgrundsätze verweist der Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern, wie die anderen Verträge auch, auf § 113 SGB XI und auf § 84 Abs. 5 SGB XI (§ 20).

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen haben laut § 25 ein „geeignetes Pflegedokumentationssystem“ vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich für die Aufenthaltsdauer der Pflegebedürftigen zu führen. Sie soll folgende Unterlagen beinhalten:

- „die Pflegeanamnese,
- die Pflegeplanung (inklusive Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln) bezogen auf die Dauer des Aufenthalts,
- den Pflegebericht,
- Angaben über durchgeführte Pflege- und Betreuungsleistungen und
- ärztlich angeordnete Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege“ (§ 25 Abs. 1)

In § 25 Abs. 2 wird gefordert: „Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation müssen der lückenlose Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.“ Dies steht im Gegensatz zu anderen Verträgen, die lediglich die Dokumentation von Veränderungen des Pflegeprozesses fordern.

#### 3.4.3 Rahmenvertrag teilstationär Saarland

Der neue „Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI für die Leistungen der Teilstationären Pflege – Tagespflege gemäß § 41 SGB XI“ für das Saarland trat am 01.03.2018 in Kraft. Der Vorgängervertrag, welcher Tages- und Nachtpflege behandelte, war am 01.09.2011 in Kraft getreten.

##### 3.4.3.1 Ausgestaltung pflegerischer Hilfen

Die Darstellung der pflegerischen Hilfen erfolgt in dem neuen Vertrag in Anlehnung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Dies wird bereits durch die Umbenennung von „Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen“ (§ 1 des alten Vertrags) in „Inhalt der Betreuungs- und Pflegeleistungen“ (§ 2 des neuen Vertrags) verdeutlicht. Die einzelnen Hilfen werden in § 2 Abs. 3 nach fünf der sechs Bereiche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI) strukturiert:

- Unterstützung der Mobilität
  - Unterstützung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten
  - Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
  - Unterstützung der Selbstversorgungspotenziale
-

- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

§ 2 Abs. 4 beschreibt Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, welche in den verbleibenden Bereich des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fallen. Der alte Vertrag nutzte dagegen die „klassische“ Struktur „Hilfen bei der Körperpflege, Hilfen bei der Ernährung, Hilfen bei der Mobilität, soziale Betreuung und Behandlungspflege“ (§ 2 Abs. 3-5).

Der neue Vertrag enthält jeweils eine Beschreibung des Ziels der Hilfen und teilweise eine Nennung von Inhalten. Die detaillierte Auflistung von Inhalten (z. B. Waschen, Duschen, Baden) aus dem alten Vertrag ist entfallen.

Sowohl der alte als auch der neue Vertrag enthalten „Beförderung“ als eine Hilfe (§ 2 Abs. 6 alter Vertrag, § 2 Abs. 5 neuer Vertrag). Die Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b SGB XI wurden in dem neuen Vertrag ergänzt (§ 2 Abs. 6).

#### 3.4.3.2 Personalvorgaben

Der am 01.09.2011 in Kraft getretene Vertrag machte keine Vorgaben bezüglich des vorzuhaltenden Personals. Der seit 01.03.2018 geltende Vertrag schreibt eine Mindestpersonalisierung bezogen auf Pflege- und Betreuungskräfte von 1:6,0 vor (§ 23 Abs. 2). Eine darüberhinausgehende Personalisierung kann im Rahmen individueller Vergütungsverhandlungen vereinbart werden. Ferner wird festgelegt, dass während der Öffnungszeiten eine Pflegefachkraft vor Ort sein muss. Darüber hinaus können weitere Personen eingesetzt werden, wie z. B. Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte.

Weiterhin enthält der neue Vertrag Vorgaben für Leitungsfunktionen (§ 23 Abs. 5–7). Bezogen auf solitäre Tagespflegeeinrichtungen sind 2,0 Vollzeit-Äquivalente für Leitungsfunktionen erforderlich. Für Tagespflegeeinrichtungen desselben Trägers in einem räumlichen Verbund mit vollstationären und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen bzw. mit einem ambulanten Pflegedienst bestehen gesonderte Regelungen.

#### 3.4.3.3 Qualifikationsanforderungen

Als Grundlage für die Qualifikationsanforderungen nennen beide Verträge § 113 SGB XI sowie § 113a SGB XI (§ 22 Abs. 5 alter Vertrag, § 22 Abs. 8 neuer Vertrag). Die verantwortliche Pflegekraft muss laut dem neuen Vertrag die Berufsqualifikation sowie eine Weiterbildungsmaßnahme und berufspraktische Erfahrungszeit nach § 71 Abs. 3 SGB XI nachweisen (§ 12 Abs. 1h). Die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegekraft muss ebenfalls die Berufsqualifikation (§ 12 Abs. 1h) sowie die „maßgebenden Voraussetzungen der Qualitätsvereinbarungen nach den §§ 113 SGB XI in der teilstationären Pflege und § 71 Abs. 3 SGB XI“ erfüllen (§ 23 Abs. 10).

#### 3.4.3.4 Qualitätsgrundsätze und Dokumentation

Als Grundlage für die Qualitätssicherung verweisen beide Verträge auf die „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach §§ 113 SGB XI in der teilstationären Pflege sowie 113a SGB XI für die Tages- und Nachtpflege“ (§ 13 alter Vertrag, § 14 neuer Vertrag).

Die Anforderungen an die Pflegedokumentation wurden entsprechend dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation angepasst. Während der alte Vertrag in § 17 Abs. 1 fünf Inhalte der Pflegedokumentation aufzählt (Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen Leistungsnachweis]), sind es in dem neuen Vertrag in § 18 Abs. 2 vier (Informationssammlung und Risikoerhebung, Planung der Betreuungs- und Pflegemaßnahmen, Berichtswesen, Evaluation). Weiterhin legt der neue Vertrag fest: „Besonderheiten und Abweichungen bei der Erbringung der Maßnahmen und Leistungen werden in der Dokumentation zeitnah und kontinuierlich festgehalten“ (§ 18 Abs. 2).

### 3.5 Fazit

Der Fortgang der vertraglichen Anpassungen, insbesondere der Landesrahmenverträge gem. § 75 SGB XI, wurde nicht nur im vorliegenden Projekt (Los 1 der Begleitevaluationen gem. § 18c SGB XI), sondern fortlaufend auch im Rahmen des von der Prognos AG bearbeiteten Projekts zum „Monitoring“ (Los 5 der Begleitevaluationen gem. § 18c SGB XI) beobachtet. Im Vorfeld der in Abschnitt 3 des vorliegenden Berichts dargestellten Analysen wurde die Liste der einzubeziehenden Vertragsanpassungen im Bereich der Landesrahmenverträge daher mit der Prognos AG abgestimmt.

Bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung im Frühjahr 2019 konnten mit Bezug auf den ambulanten, vollstationären und teilstationären Sektor jeweils drei zu analysierende Vertragswerke identifiziert werden, darunter ein Vertrag (Ambulante Pflege Schleswig-Holstein), der sich noch im Unterschriftenverfahren befand und erst zum 01. September 2019 in Kraft treten soll.

Im Hinblick auf die Anpassung der Landesrahmenverträge ist somit zu konstatieren, dass in der Mehrzahl der Bundesländer noch keine angepassten Rahmenverträge in Kraft getreten sind.

Deutlich mehr Anpassungen finden sich dagegen bei den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI, die vielfach auch bereits zum 01.01.2017 – teilweise auch später – in Kraft getreten sind. Keine Aktualisierungen der Vergütungsvereinbarungen konnten für Bremen, Niedersachsen und das Saarland recherchiert werden.

In allen angepassten Landesrahmenverträgen wurden die Bestimmungen zu den Inhalten der Pflegeleistungen bzw. der allgemeine Pflege- und Betreuungsleistungen an die seit dem 01.01.2017 geltenden Bestimmungen des § 14 SGB XI angepasst. In unterschiedlich ausgeprägtem Maße umfassen die Verträge weitergehende Erläuterungen und Klarstellungen in Bezug auf die qualitativ-inhaltliche

---

Neuausrichtung des Pflegeverständnisses. Beispielhaft sei hier auf den Rahmenvertrag für die vollstationäre Versorgung in Hessen verwiesen (dort insbesondere § 2), der den Konsequenzen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Formulierungen deutlich Rechnung trägt, indem z.B. die „Ablösung der Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung“ und die Pflege „auf der Grundlage eines problemorientierten Ansatzes“ einschließlich der Verwendung des auf eine stärker ganzheitliche Betrachtung zielenden Begriffs der „pflegerischen Aufgaben“ in das Vertragswerk aufgenommen wurden.

In Bezug auf die Personalvorgaben wurden in allen drei untersuchten vollstationären Verträgen Veränderungen vorgenommen, mit denen auch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade vollzogen wird. Die Auswirkungen für eine konkrete Einrichtung lassen sich allein aus den Verträgen nicht ableiten, sondern hängen von der Verteilung der Bewohner/innen auf die Pflegegrade bzw. den Verteilungsänderungen infolge der Umstellung auf Pflegegrade ab. In den drei Verträgen für den teilstationären Bereich wurden Änderungen der Vorgaben in Baden-Württemberg und im Saarland identifiziert, die im Zusammenhang mit der Umstellung auf Pflegegrade bzw. der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf kognitive und psychische Beeinträchtigungen zu sehen sind. In zwei der drei Verträge für den ambulanten Bereich wurden keine hier nennenswerten Veränderungen der Personalvorgaben ermittelt, in Schleswig-Holstein sind in den neuen Vertrag Mindestvorgaben neu aufgenommen worden.

In Bezug auf Qualifikationsanforderungen des Personals verweisen die Rahmenverträge durchgängig auf die Bestimmungen der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI. In einigen Verträgen wurden Ergänzungen aufgenommen, die auf die veränderten Anforderungen durch das neue Pflegeverständnis reagieren (ambulant in Hamburg und Schleswig-Holstein; teilstationär Baden-Württemberg und Bayern; vollstationär Hessen).

In Bezug auf Qualitätsgrundsätze und Dokumentation haben sich nennenswerte Veränderungen lediglich in einigen Verträgen in Bezug auf die Dokumentation gezeigt. In mehreren Verträgen wurden die Formulierungen an die Terminologie des Strukturmodells angepasst bzw. ergänzt.

Im ambulanten Bereich kommt den Rahmenverträgen bzw. den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI in besonderem Maße eine steuernde Funktion für die Ausgestaltung der pflegerischen Hilfen zu, da hier im Gegensatz zum stationären Sektor die pflegerischen Leistungen einzeln beschrieben und abgerechnet werden. Die Analyse der angepassten Vergütungsvereinbarungen für den ambulanten Bereich hat teilweise gezeigt, dass in manchen Vereinbarungen nach wie vor auf „Verrichtungen“ Bezug genommen wird und das Ziel der Selbständigkeitsförderung auf den Aspekt der „selbständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ eingeengt wird.

Daneben finden sich auch Vereinbarungstexte, in denen die Abkehr vom Verrichtungsbezug explizit als Konsequenz aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erkannt und zum Ziel einer (noch zu leistenden) grundlegenden Überarbeitung des Rahmenvertrages und der Vergütungssystematik erklärt wird.

In Abschnitt 2.7 wurde mit Bezug auf die Pflegeeinrichtungen von einem „Verständnisproblem“ im Hinblick auf die Abgrenzung der im Kontext des neuen Pflegeverständnisses geforderten „gezielten Ressourcenförderung“ von der „aktivierenden Pflege“, als einem seit Einführung der Pflegeversicherung auch gesetzlich verankerten, aber aus pflegfachlicher und -praktischer Sicht unzureichend definierten Konzept gesprochen. Die Analyse der Vergütungsvereinbarungen hat gezeigt, dass hier in einigen Ländern ein sachlich verwandtes „Abgrenzungsproblem“ zu Tage tritt: So wurde in Hessen in einer Protokollerklärung festgehalten, dass in einer künftigen Vereinbarung „[...] auch die genauen Inhalte der aktivierenden Pflege geklärt werden. Es bestehen divergierende Ansichten der Vertragspartner zu der Frage, ob die Motivation, Anleitung und Schulung des Pflegebedürftigen und/oder die pflegfachliche Anleitung und Schulung seiner Pflegeperson schon bisher ganz oder teilweise Inhalt der aktivierenden Pflege waren oder nun durch die Pflegereform neu in den Leistungskatalog aufgenommen und bewertet werden müssen.“

Dabei wird Bezug genommen auf eine Formulierung in der Vergütungsvereinbarung, die sich in inhaltsgleicher Form auch in den Vergütungsvereinbarungen für Sachsen und Schleswig-Holstein (ab 01.09.2019) findet und die klarstellt, dass die aktivierende Pflege keine besondere, eigenständige Leistung darstellt und somit „selbstverständlicher Bestandteil aller zu erbringender Leistungen“ ist. Diese Deutung der „aktivierenden Pflege“ lässt sich durchaus in Einklang mit den bereits mehrfach zitierten Ausführungen von Wingenfeld und Büscher (2017, S. 8f) bringen, die die „gezielte Ressourcenförderung“ explizit von einer beiläufigen und in den Alltag integrierten Aktivierung abgrenzen.

In dem neuen Rahmenvertrag für Schleswig-Holstein sowie in der angepassten Vergütungsvereinbarung für Sachsen-Anhalt wird diesem Unterschied insofern explizit Rechnung getragen, als dort eigene Leistungskomplexe „Gezielte Förderung der Selbständigkeit“ (SH, LK P 4) bzw. „Erhaltung und Stärkung der Selbständigkeit“ (ST, LK 25) neu aufgenommen wurden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit der in diesen beiden Ländern eingeschlagene Weg, eigene Leistungspositionen für Maßnahmen der gezielten Ressourcenförderung vorzusehen, im Zuge der Anpassungen der Rahmenverträge auch in anderen Bundesländern verfolgt wird.

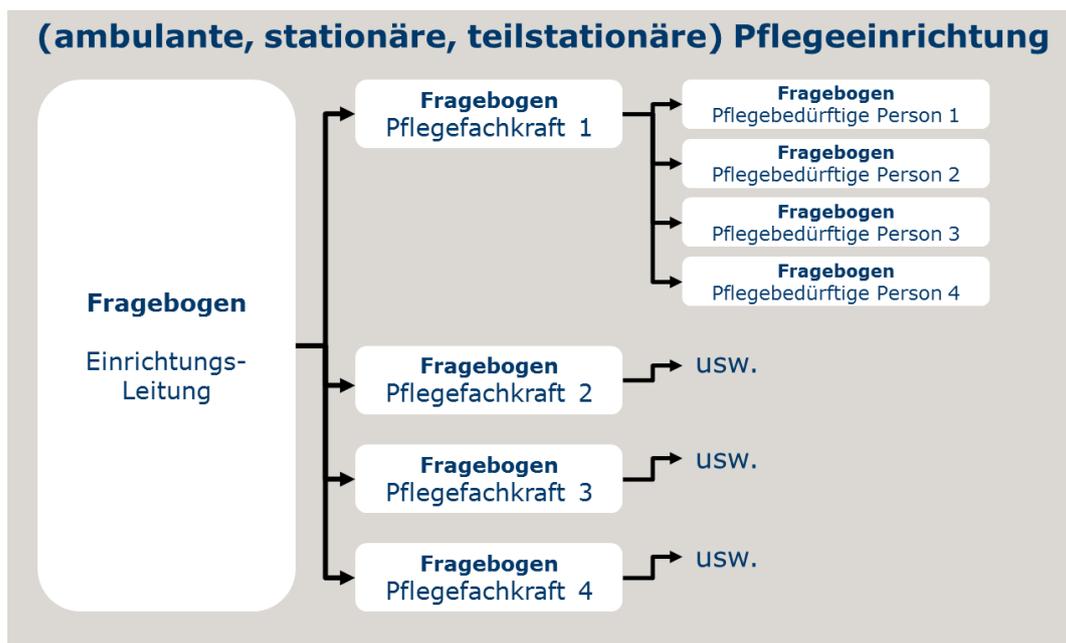
In zwei Vergütungsvereinbarungen (Bayern, Rheinland-Pfalz) wurden Bestimmungen gefunden, die die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen ausschließen, „wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden“. In Bezug auf diese Formulierungen erscheint es fraglich, inwieweit sie mit der im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum PSG III ausdrücklich bestätigten Gleichrangigkeit der Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. des Bundesversorgungsgesetzes (§ 13 Absatz 3 SGB XI) in Einklang stehen. Insofern erscheint es sinnvoll, auf die Gleichrangigkeit der Leistungen von Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. des Bundesversorgungsgesetzes ggf. noch einmal ausdrücklich hinzuweisen.

## 4. Methodik der empirischen Erhebungen zum Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflege

### 4.1 Studiendesign

Die Befragungen von Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen wurden als ein „geschachteltes“ Design umgesetzt: Grundlage der Stichprobenziehung waren ambulante, voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. An jede dieser Einrichtungen wurde ein Fragebogen für die Einrichtungsleitung gesandt. Der Sendung lagen ferner vier Fragebögen für Pflegefachkräfte sowie 16 Fragebögen für Pflegebedürftige bei. Die Einrichtungsleitung wurde gebeten, die Fragebögen an vier dort beschäftigte Pflegefachkräfte, letztere wurden gebeten die Fragebögen an vier von ihnen versorgte Pflegebedürftige weiterzuleiten (Abbildung 5).

Abbildung 5: „Geschachteltes“ Befragungsdesign



Quelle: IGES

Das gewählte Studiendesign ermöglicht es, ausgehend von einer Zufallsstichprobe von Einrichtungen auch Pflegefachkräfte und von diesen Einrichtungen versorgte Pflegebedürftige zu erreichen. Ferner wird durch das Design ein sachlicher Bezug

zwischen den drei Befragungspopulationen gewährleistet: Die Antworten der Pflegefachkräfte lassen sich in der Gesamtheit – mit gewissen Unschärfen<sup>30</sup> – auf die Gesamtheit der Pflegeeinrichtungen beziehen, die sich an der Befragung beteiligt haben. Das gleiche gilt für die Pflegebedürftigen.

Die Befragungen von Einrichtungen bzw. Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen erfolgten vollständig anonym. Insbesondere sind die Antworten von Einrichtungen, Fachkräften und Pflegebedürftigen nicht untereinander verknüpfbar.

Um die Motivation zur Beteiligung zu erhöhen wurde den Einrichtungsleitungen jedoch im Fragebogen angeboten, eine Kurzauswertung der Ergebnisse aller antwortenden Einrichtungen des betreffenden Sektors zu erhalten. Dies erforderte die freiwillige Angabe einer E-Mail-Adresse, an die der Kurzbericht gesendet werden kann.

Die Befragungen selbst wurden vollständig papiergestützt durchgeführt, d.h. den Sendungen an die Pflegeeinrichtungen lagen neben den Fragebögen auch frankierte Rücksendeumschläge bei. Etwa zwei Wochen vor Zusendung der Befragungsunterlagen wurde die Befragung allen Pflegeeinrichtungen per E-Mail angekündigt. Etwa zwei Wochen nach der Zusendung der Befragungsunterlagen wurden alle Pflegeeinrichtungen per E-Mail erstmals erinnert, nach Ablauf weiterer zwei Wochen erfolgte eine zweite Erinnerung.

Die Pflegeeinrichtungen, die an den Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1 teilgenommen haben, wurden gesondert mit den identischen Fragebögen befragt, wobei die Fragebögen dieser Teilgruppen mit einem Hinweis auf die Zugehörigkeit zur Gruppe der Workshop-Einrichtungen gekennzeichnet waren, damit eine getrennte Auswertung möglich ist.

## 4.2 Stichproben

Grundlage der Stichprobenziehung waren Verzeichnisse der bundesweit zugelassenen ambulanten, voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die dem IGES Institut auf Grundlage einer schriftlichen Vereinbarung zur Datennutzung vom Verband der Ersatzkassen (vdek) freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.

Diese „rohen“ Grundgesamtheiten wurden folgendermaßen bearbeitet bzw. reduziert:

1. Löschung von doppelten Einträgen
2. Ergänzung von fehlenden E-Mail-Adressen

---

<sup>30</sup> So ist es prinzipiell möglich, dass in einer Einrichtung die Fragebögen an die Pflegefachkräfte verteilt und von diesen auch beantwortet wurden, die Leitung der Einrichtung aber den Leitungsfragebogen nicht beantwortet hat. Diese Konstellation ist jedoch unwahrscheinlich.

---

Insbesondere bei teilstationären Einrichtungen war im Verzeichnis des vdek vielfach keine E-Mail-Adresse dokumentiert. Da solche Einrichtungen jedoch häufig mit einer ambulanten oder vollstationären Einrichtung verknüpft sind, wurde versucht, eine Einrichtung mit gleicher Postadresse zu finden, bei der eine E-Mail-Adresse dokumentiert war und diese Adresse übernommen. Bei ambulanten oder vollstationären Einrichtungen mit fehlender E-Mail-Adresse wurde analog verfahren.

### 3. Entfernen von Pflegeeinrichtungen ohne E-Mail-Adresse

Alle Pflegeeinrichtungen, für die nach der unter (2.) beschriebenen Prozedur keine E-Mail-Adresse vorhanden war, wurden aus der Grundgesamtheit entfernt.

### 4. Vermeidung von Doppelbefragungen vollstationärer Einrichtungen

Im Rahmen der Evaluationsuntersuchungen gemäß § 18c SGB XI werden als „Los 2“ von der Fa. Kantar ebenfalls Befragungen von ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Um zu vermeiden, dass Einrichtungen sowohl im Los 1, als auch im Los 2 um eine Befragungsteilnahme gebeten werden, wurde IGES von Kantar freundlicherweise eine Liste der Postleitzahlen zur Verfügung gestellt, in denen vollstationäre Pflegeeinrichtungen durch Los 2 kontaktiert worden sind. Alle vollstationären Einrichtungen mit einer dieser Postleitzahlen wurden für die Stichprobenziehung für Los 1 aus der Grundgesamtheit entfernt. Für ambulante Pflegeeinrichtungen konnte eine analoge Vorgehensweise nicht realisiert werden, so dass nicht auszuschließen ist, dass ambulante Einrichtungen durch beide Untersuchungen kontaktiert worden sind.

### 5. Bereinigung um Einrichtungen, die an den Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1 teilgenommen haben

Die Teilnehmenden wurden gesondert in die Befragungen einbezogen.

Nach diesen Bearbeitungsschritten wurden aus den resultierenden bereinigten Grundgesamtheiten drei einfache Zufallsstichproben im Umfang von N=3.000 ambulanten bzw. vollstationären Einrichtungen und N=1.800 teilstationären Einrichtungen gezogen. Diesen Stichproben wurde die Befragung per E-Mail etwa eine Woche vor dem Aussendungsdatum angekündigt. Der E-Mail war ein Schreiben des BMG beigefügt, in dem der Hintergrund der Befragung erläutert und um Teilnahme gebeten wurde.

Sofern eine E-Mail als unzustellbar gemeldet wurde oder wenn eine Einrichtung als Reaktion auf die E-Mail die Beteiligung abgelehnt hat, wurden die Einrichtungen aus der Stichprobe entfernt und im entsprechenden Umfang Einrichtungen nachgezogen:

### 6. Nachziehung von Einrichtungen, wenn initial per E-Mail kontaktierte Einrichtungen die Teilnahme (per Antwort-E-Mail) abgelehnt haben oder die E-Mail unzustellbar war. Diesen nachgezogenen Einrichtungen wurden die

Befragungsunterlagen direkt zugesandt (ohne vorangehende E-Mail-Ankündigung).

Im Ergebnis wurden somit jeweils 3.000 ambulante und vollstationäre sowie 1.800 teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an den Befragungen aufgefordert (sowie zusätzlich die Einrichtungen, die im Rahmen von Arbeitspaket 1 mitgewirkt haben).

Tabelle 11 zeigt diese Bearbeitungsschritte sowie die jeweils resultierenden Umfänge der Grundgesamtheiten.

Tabelle 11: Bearbeitungsschritte der Grundgesamtheiten zugelassener Pflegeeinrichtungen für die Stichprobenziehung

Bearbeitungsschritte	Ambulante Pflegedienste	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen
N in Rohdaten	15.230	5.390	11.126
N nach Löschung identischer Einträge	15.022	5.206	10.913
N nach Ausfilterung der von Kantar gelieferten Postleitzahlen	n.a.	n.a.	6.280
N Bereinigte Grundgesamtheit (mit E-Mailadresse, ggf. nach Ergänzung fehlender Adressen)	13.525	2.442	6.060
N Stichprobe initial per E-Mail kontaktiert	3.000	1.800	3.000
N Nachziehungen wegen Teilnahme abgelehnt oder E-Mail unzustellbar	153	129	248
N finale Stichprobe	3.000	1.800	3.000

Quelle: IGES auf Basis Verzeichnisse der zugelassenen Pflegeeinrichtungen des Verbands der Ersatzkassen (vdek)

### 4.3 Feldarbeit

Die Ankündigung der Befragungen per E-Mail erfolgte im Zeitraum 29.4. bis 03.05.2019.

Die postalische Aussendung der Befragungsunterlagen begann am 10.05.2019. Wegen der erheblichen Druck- und Verpackungsaufwände erfolgte die Aussendung gestaffelt und erstreckte sich über mehrere Tage.

Die erste Erinnerung wurde per E-Mail an alle kontaktierten Pflegeeinrichtungen am 24.05.19 (teilstationär), 29.05.19 (ambulant) bzw. 11.06.19 (vollstationär) versandt.

Die zweite Erinnerung wurde am 11.06.19 (teilstationär, ambulant) bzw. 24.06.19 versandt.

In die Auswertungen gelangten alle Rückläufe, die bis zum 05. Juli 2019 bei IGES eingegangen sind.

#### **4.4 Fragebogenentwicklung**

Die Fragebögen wurden durch IGES unter Berücksichtigung der in der Leistungsbeschreibung genannten Forschungsfragen (vgl. Abschnitt 1.2), der Erkenntnisse aus Arbeitspaket 1 sowie der Literatur – insbesondere der Expertise von Wingefeld und Büscher (2017) – entwickelt. Wegen der Übernahme von Fragestellungen aus der Los 3-Untersuchung (vgl. Abschnitt 1.2) musste ferner die Entwicklung und Abstimmung der in diesem Los eingesetzten Erhebungsunterlagen berücksichtigt werden.

Jeder Fragebogen enthält im Vorspann eine Erläuterung der Hintergründe der Befragung sowie die Hinweise zur Freiwilligkeit der Teilnahme, zur Anonymität sowie zur Vorgehensweise bei der Rücksendung. Die Fragebögen für die Einrichtungsleitungen und die Pflegefachkräfte enthalten ferner Anleitungen zur Weiterleitung der Fragebögen im Sinne des „geschachtelten“ Studiendesigns.

Die Fragebögen für Pflegebedürftige standen auch in polnischer, russischer und türkischer Sprache zur Verfügung. Die Einrichtungsleitungen waren aufgefordert, die gewünschten fremdsprachigen Fragebögen bei IGES anzufordern. Von dem Angebot hat lediglich ein ambulanter Pflegedienst Gebrauch gemacht, der Fragebögen in russischer Sprache angefordert hat.

Die Fragebogenentwürfe wurden mit dem BMG abgestimmt und hinsichtlich der Praktikabilität von Einrichtungsleitungen aus ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen einem Review unterzogen.

Die Endfassungen der eingesetzten Fragebögen sind im Anhang diesem Abschlussbericht beigefügt.

Tabelle 12 zeigt den Aufbau der Fragebögen: Ausgewiesen sind die thematischen Blöcke, denen auch die Ergebnisberichterstattung in Kapitel 5 bis 7 folgt. Zu jedem Themenblock sind die Nummern der entsprechenden Items in den Fragebögen angegeben.

Das Thema der Personalentwicklung wird zum einen als allgemeiner Themenblock untersucht (Veränderungen der Personalausstattung seit 1.1.2017). Zum anderen

werden eventuelle personelle Auswirkungen in den Themenblöcken „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen“, „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, „Zusätzliche Betreuung und Aktivierung“ sowie „Neues Pflegeverständnis“ gesondert aufgegriffen.

Neben den thematisch zugeordneten Fragen wurde den Befragten Gelegenheit gegeben, „Weitere Aspekte zum neuen Pflegeverständnis“ als Freitext einzutragen.

Die Einrichtungsleitungen und die Pflegefachkräfte sollten ferner eintragen, wie viele der vier Fragebögen sie an die Pflegefachkräfte bzw. Pflegebedürftigen weitergeleitet haben. Diese Angabe dient einer Schätzung der tatsächlichen Rücklaufquoten der Fachkräfte bzw. Pflegebedürftigen.

---

Tabelle 12: Inhaltlicher Aufbau der Fragebögen (Zuordnung von Fragebogen items zu Themenblöcken)

Thema	Fragebogen	Ambulante Pflege- gedienste	Teilstationäre Pflegeeinrich- tungen	Vollstationäre Pflegeeinrich- tungen
Hintergrundda- ten	Leitung	A.1 – A.4	A.1 – A.4; A.10	A.1 – A.4; A.11
	Fachkräfte	A.1 – A.5	A.1 – A.4; A.6	A.1 – A.6
	Pflegebedürftige	A.1 – A.11; D.2	1 – 9; 12	1 – 7; 10
Versorgung einzelner Grup- pen von pflege- bedürftigen	Leitung	A.6; A.10	A.5; A.9	A.6; A.10
	Fachkräfte	A.5	A.5	A.5
	Pflegebedürftige	-	-	-
Personalaus- stattung und -entwicklung (allgemein)	Leitung	A.7 – A.9	A.6 – A.8	A.7 – A.9
	Fachkräfte	-	-	-
	Pflegebedürftige	-	-	-
Pflegerische Betreuungs- maßnahmen	Leitung	B.1 – B.4	-	-
	Fachkräfte	B.1 – B.3	-	-
	Pflegebedürftige	-	-	-
Betreuungs- und Entlas- tungsleistun- gen	Leitung	B.5 – B.7	-	-
	Fachkräfte	-	-	-
	Pflegebedürftige	A.9	-	-
Zusätzliche Be- treuung und Aktivierung	Leitung	-	B.1 – B.3	B.1 – B.3
	Fachkräfte	-	-	-
	Pflegebedürftige	-	-	-
Neues Pflege- verständnis	Leitung	C; D	C; D	C; D
	Fachkräfte	C; D	B; C	B; C
	Pflegebedürftige	A.12	10	8

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 12

Thema	Fragebogen	Ambulante Pflegedienste	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen
Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte	Leitung	A.10; E	A.11; E	A.12; E
	Fachkräfte	A.6; E	A.7; D	A.7; D
	Pflegebedürftige	-	-	-
Schnittstelle zur Eingliederungshilfe	Leitung	A.5; F	-	A.5; G
	Fachkräfte	G	-	F
	Pflegebedürftige	B	-	-
Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege	Leitung	-	-	-
	Fachkräfte	-	-	-
	Pflegebedürftige	C	-	-

Quelle: IGES

## 5. Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der ambulanten Pflege

### 5.1 Rücklauf der Befragungen und Konsequenzen für die Interpretation der Ergebnisse

Die finale Auswertung berücksichtigt Fragebögen, die bis zum 05.07.19 bei IGES eingegangen sind. Dies entspricht:

- 341 Fragebögen von Einrichtungsleitungen
- 792 Fragebögen von Pflegefachkräften
- 2.774 Fragebögen von Pflegebedürftigen (davon 6 in der russischsprachigen Fassung)

Für die Einrichtungsleitungen ergibt sich damit folgende Rücklaufquote:

- Einrichtungsleitungen: 11,4 % (341/3.000)

Im Hinblick auf die Rückläufe der Pflegefachkräfte und der Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass diese Fragebögen aller Wahrscheinlichkeit nach nur verteilt wurden, wenn sich auch die Einrichtungsleitung an der Umfrage beteiligt hat. Geht man somit davon aus, dass nur in den Pflegeeinrichtungen, deren Leitungen sich an der Umfrage beteiligt haben, auch die vier Fragebögen an die Pflegefachkräfte sowie die 16 Fragebögen an Pflegebedürftige verteilt wurden, so ergeben sich folgende Rücklaufquoten:

- Pflegefachkräfte: 58,1 % (792/1.364<sup>31</sup>)
- Pflegebedürftige: 50,8 % (2.774/5.456<sup>32</sup>)

Bei dieser Rechnung werden die Rücklaufquoten vermutlich noch immer unterschätzt, weil man unterstellt, dass alle einer Einrichtung zugesandten Fragebogenexemplare auch tatsächlich an Pflegefachkräfte bzw. Pflegebedürftige weitergeleitet werden konnten.

Damit ergibt sich als Gesamtbild eine Beteiligung der ambulanten Pflegeeinrichtungen von etwas über 11 %. Innerhalb dieser Einrichtungen wurden hohe Beteiligungsquoten – von jeweils über 50 % – der dort beschäftigten Pflegefachkräfte sowie der angesprochenen Pflegebedürftigen erzielt.

Die Beteiligung von nur etwa 11 % der angeschriebenen ambulanten Pflegedienste hat aus methodischer Sicht zur Konsequenz, dass die in den folgenden Abschnitten berichteten Zahlenwerte – z.B. Prozentanteile, Mittelwerte – mit größerer statistischer Unsicherheit behaftet sind. D.h. der jeweils ausgewiesene Zahlenwert gilt zwar für die Stichprobe der antwortenden Einrichtungen, der entsprechende Wert

---

<sup>31</sup> 1.364 = 341 teilnehmende Einrichtungen multipliziert mit 4 Fragebögen für Pflegefachkräfte

<sup>32</sup> 5.456 = 341 teilnehmende Einrichtungen multipliziert mit 16 Fragebögen für Pflegebedürftige

---

in der Grundgesamtheit aller ambulanten Pflegedienste kann jedoch in einem gewissen Schwankungsbereich (sog. Konfidenzintervall) über oder unter diesem Wert liegen.

Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht. Den Einrichtungsleitungen und den Pflegefachkräften wurde eine ähnliche Frage zu den Auswirkungen des neuen Pflegeverständnisses auf die Fachlichkeit und die Kompetenzen der Pflegekräfte gestellt:

*„Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen in der ambulanten Pflege stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...*

- *(Leistungsfragebogen) ... müssen neue fachliche Fähigkeiten aufgebaut werden.“*
- *(Pflegefachkräfte) ... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.“*

Die Leitungskräfte haben auf diese Frage zu 34,7 % mit „trifft genau zu“ geantwortet (vgl. Tabelle 71, gültige Prozent), die Pflegefachkräfte zu 17,5 % (vgl. Tabelle 72).

Der Anteilswert von 34,7 % beruht auf 294 Antworten (341 antwortende Pflegedienste, abzüglich 47 fehlende Angaben). Unter Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit, die aus der Zahl von nur 294 Antworten resultiert, liegt der „tatsächliche“ Anteilswert in der Grundgesamtheit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von 95 % in dem Bereich zwischen 29,3 % und 40,1 %. Für den ermittelten Wert der Pflegefachkräfte von 17,5 % gilt, dass der „tatsächliche“ Anteilswert in der Grundgesamtheit zwischen 14,4 % und 20,6 % liegt (792 antwortende Pflegefachkräfte, abzüglich 209 fehlende Angaben). Die in den Tabellen ausgewiesenen Zahlenwerte sind somit jeweils im Sinne einer Größenordnung zu verstehen, die in der Grundgesamtheit um wenige Prozentpunkte höher oder niedriger liegen kann.

Für die häufig gestellte Frage nach der „Repräsentativität“ der Ergebnisse ist die Rücklaufquote nicht unmittelbar relevant. Hierbei kommt es in erster Linie darauf an, inwieweit die Gruppe der Antwortenden in ihrer Zusammensetzung in Bezug auf Merkmale, die das Ergebnis beeinflussen von der Zusammensetzung der Grundgesamtheit in Bezug auf diese Merkmale abweicht. Entsprechende Analysen werden im folgenden Abschnitt 5.2 zum Beispiel in Bezug auf die Größe der Pflegedienste durchgeführt.

Die Höhe des Rücklaufs spielt für die Repräsentativität nur mittelbar eine Rolle, insofern die Möglichkeit von Abweichungen in der Verteilung solcher das Ergebnis beeinflussender Merkmale („confounder“, Störgrößen) abnimmt, je höher der Rücklauf bzw. die Ausschöpfung der ursprünglich angeschriebenen Stichprobe ausfällt.

Beeinträchtigungen der Repräsentativität im Sinne von relevanten Abweichungen in der Zusammensetzung der Antworterstichprobe sind bei der Interpretation der Ergebnisse in besonderem Maße zu berücksichtigen, sofern sie denn ermittelt werden können. Eine Überprüfung der Repräsentativität ist zum einen grundsätzlich

nur möglich, wenn die Verteilung der als „confounder“ verdächtigten Merkmale in der Grundgesamtheit bekannt ist (im Falle der Größe der Pflegedienste stellt die amtliche Pflegestatistik entsprechende Informationen zur Verfügung). Zum anderen ist jeweils für jede betrachtete Ergebnisgröße zu diskutieren, welche Störgrößen denn überhaupt relevant wären bzw. ob eine vorhandene Abweichung in der Verteilung eines Merkmals (z.B. der Größe der Pflegedienste) tatsächlich einen verzerrenden Einfluss auf das Ergebnis hat.

Übertragen auf das obige Beispiel bedeutet dies folgendes: Der in der Umfrage bei den antwortenden Pflegediensten ermittelte Zustimmungswert von 34,7 % – bzw. der Größenordnung von 29,3 % bis 40,1 % – könnte dadurch beeinflusst („verzerrt“) sein, dass unter den antwortenden Pflegediensten vor allem große Dienste überproportional vertreten sind (vgl. Abschnitt 5.2.1). Eine exakte Aussage lässt sich dazu jedoch nicht treffen, weil nicht bekannt ist, inwiefern es systematische Unterschiede in den angesprochenen fachlichen Fähigkeiten der Pflegekräfte zwischen großen und kleinen Pflegediensten gibt.

Grundsätzlich sollte bei der Interpretation von Umfrageergebnissen immer überlegt und berücksichtigt werden, inwieweit die Gruppe der Antworter sich von der Grundgesamtheit systematisch unterscheiden könnte – auch in Bezug auf Merkmale, die sich mangels entsprechender Daten über die Verteilung in der Grundgesamtheit nicht überprüfen lassen. So ist z.B. stets im Auge zu behalten, dass die Bereitschaft, sich an einer zeitaufwändigen Umfrage zu beteiligen vermutlich mit einem überdurchschnittlichen Interesse an der jeweiligen Thematik einhergeht.

## **5.2 Charakteristika der antwortenden Pflegedienste, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen**

### **5.2.1 Pflegedienste**

Durch das Verfahren der Zufallsziehung wurde eine bundesweit repräsentative Stichprobe von ambulanten Pflegediensten zur Teilnahme aufgefordert. Durch regional unterschiedliche Beteiligungsquoten kann es jedoch zu Abweichungen in Bezug auf die Verteilung der Antworten nach Bundesländern kommen.

Tabelle 13 zeigt die Verteilung der antwortenden Pflegedienste nach Bundesländern. Neben den Anteilen an den Antworten sind die gemäß Pflegestatistik 2017 auf die Bundesländer entfallenden Anteile aller ambulanten Pflegedienste ausgewiesen. Aus den Daten ist ersichtlich, dass die Antworterstichprobe bezüglich ihrer Zusammensetzung nach Bundesländern der Verteilung der Grundgesamtheit gut entspricht, wobei allerdings aus Bremen kein Rücklauf eingegangen ist. Größere Abweichungen (etwa 50 % über oder unter dem Anteilswert gem. Pflegestatistik) zeigen sich in Bezug auf Baden-Württemberg, das unter den Antwortenden mit 13,5 % (gegenüber 8,0 % in der Pflegestatistik) überrepräsentiert sowie Berlin, das deutlich unterrepräsentiert ist.

Tabelle 13: Bundesland der ambulanten Pflegedienste sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	46	13,5	8,0
Bayern	41	12,0	14,2
Berlin	8	2,3	4,4
Brandenburg	16	4,7	5,1
Bremen	-	-	0,8
Hamburg	9	2,6	2,6
Hessen	26	7,6	8,4
Mecklenburg-Vorpommern	10	2,9	3,5
Niedersachsen	37	10,9	9,3
Nordrhein-Westfalen	65	19,1	20,1
Rheinland-Pfalz	15	4,4	3,7
Saarland	4	1,2	0,9
Sachsen	25	7,3	8,0
Sachsen-Anhalt	16	4,7	4,4
Schleswig-Holstein	8	2,3	3,4
Thüringen	11	3,2	3,3
Fehlende Angabe	4	1,2	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.1

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil gem. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 10.820 Pflegedienste.

Tabelle 14 fasst die Angaben der Pflegedienste zu den insgesamt zum Befragungszeitpunkt und in 2016 im selben Monat versorgten Personen sowie den Untergruppen mit Bezug von Leistungen nach dem SGB XI sowie mit gleichzeitigem Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen. An den Mittelwerten der insgesamt bzw. mit SGB XI-Leistungen aktuell versorgten Personen in Tabelle 14 ist in Verbindung mit Tabelle 15 unmittelbar zu erkennen, dass die Stichprobe relativ viele sehr große Pflegedienste umfasst und somit von der Grundgesamtheit der ambulanten Pflegedienste in der Pflegestatistik deutlich abweicht.

Tabelle 14: Durchschnittliche Anzahl versorgter Personen

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
insgesamt (aktuell)	176,36	157,02	15	1300	334	7
mit SGB XI-Leistung (aktuell)	96,71	79,47	3	627	325	16
mit SGB XI-Leistung (früher)(*)	91,55	82,20	0	480	304	37
mit EGH (aktuell) [vgl. Tabelle 77]	7,35	11,62	1	50	37	304

Quelle: IGES; Leitung, Items A.2, A.3, A.4, A.5

Anmerkung: (\*) früher: im Jahr 2016, im selben Monat wie zum Zeitpunkt der aktuellen Befragung.

Abkürzungen: EGH (Eingliederungshilfe); M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

In Tabelle 15 sind die antwortenden Pflegedienste nach der Zahl der von ihnen versorgten Personen mit SGB XI-Leistungen klassifiziert und der entsprechenden Verteilung in der Pflegestatistik (2017) gegenübergestellt. Demnach sind in der Befragung die kleinen Pflegedienste (mit bis zu 50 versorgten Pflegebedürftigen) stark unterrepräsentiert und die mittelgroßen Pflegedienste (mit 51 bis zu 100 versorgten Personen) etwas unterrepräsentiert, wogegen die sehr großen Dienste (über 100 versorgte Personen) mehr als vier Mal so stark vertreten sind, wie in der Grundgesamtheit laut Pflegestatistik.

Diese Dominanz großer Pflegedienste ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Offenbar war die Bereitschaft zur Beteiligung an der Befragung bei den Leitungen kleinerer Dienste sehr viel geringer ausgeprägt als bei größeren Diensten.

Ferner ist in Tabelle 14 erkennbar, dass 37 Dienste auch Menschen versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen. Die Zahl dieser Klienten variiert zwischen einer und 50 Personen.

Tabelle 15: Verteilung der Pflegedienste nach Größenklassen versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

Anzahl Pflegebedürftige	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Bis zu 20 Personen	4	1,2	1,2	19,1
21 bis 50 Personen	25	7,3	7,5	37,0
51 bis 100 Personen	81	23,8	24,3	29,0
Mehr als 100 Personen	224	65,7	67,1	15,0
Fehlende Angabe	7	2,1	-	-
Gesamt	341	100	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.2; Pflegestatistik 2017 (Tabelle 2.2)

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 10.820 Pflegedienste. Angaben der Pflegestatistik beziehen sich auf Kapazitätsgrößenklassen.

### 5.2.2 Pflegefachkräfte

Tabelle 16 zeigt die Verteilung der Pflegefachkräfte, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Bundesländern gegenüber der Verteilung des Personals in der Pflegestatistik (2017). Größere Abweichungen ( $\geq 5$  %-Punkte) finden sich darin nicht. Die Stichprobe der Pflegefachkräfte aus den ambulanten Pflegediensten ist so, zumindest hinsichtlich des Merkmals Bundesland, eher als repräsentativ zu betrachten. Allerdings sind die Verteilungen der Stichprobe und der Pflegestatistik nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da die Pflegestatistik eine Verteilung des gesamten Personals über das Merkmal Bundesland liefert, während die Stichprobe sich ausschließlich aus Pflegefachkräften rekrutiert.

Tabelle 16: Bundesland der befragten Pflegefachkräfte sowie Verteilung des Personals in ambulanten Pflegediensten gemäß Pflegestatistik (2017)

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	99	12,5	8,9
Bayern	85	10,7	13,4
Berlin	12	1,5	5,7
Brandenburg	47	5,9	4,5
Bremen	-	-	1,2
Hamburg	14	1,8	2,9
Hessen	43	5,4	7,3
Mecklenburg-Vorpommern	36	4,5	2,9
Niedersachsen	70	8,8	10,4
Nordrhein-Westfalen	145	18,3	21,5
Rheinland-Pfalz	28	3,5	3,9
Saarland	8	1,0	1,0
Sachsen	62	7,8	6,9
Sachsen-Anhalt	40	5,1	3,1
Schleswig-Holstein	15	1,9	3,3
Thüringen	27	3,4	3,1
Fehlende Angabe	61	7,7	-
Gesamt	792	100,0	100

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.3; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent; Angaben der Pflegestatistik beziehen sich auf den gesamten Personalbestand (nicht nur Pflegefachkräfte); entspricht insgesamt N = 390.322 Personen in ambulanten Pflegediensten.

Tabelle 17 zeigt die Verteilung der Pflegefachkräfte über die Größenklassen der Pflegedienste in der Stichprobe und der Pflegestatistik (2017). Wie bereits aus den Antworten der Leitungen ersichtlich (vgl. Tabelle 15), sind sehr große Pflegedienste auch in der Befragung der Pflegefachkräfte deutlich überrepräsentiert, während kleine Pflegedienste unterrepräsentiert sind. Diese gleichartige Verzerrung der Antworterstichproben von Pflegediensten und Pflegefachkräften ergibt sich weitgehend zwangsläufig durch das geschachtelte Design der Untersuchung.

Tabelle 17: Verteilung der Pflegefachkräfte nach Größenklassen ihrer Pflegedienste auf Basis versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen (Angaben der Pflegefachkräfte) sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

Anzahl Pflegebedürftige	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Bis zu 20 Personen	25	3,2	3,3	19,1
21 bis 50 Personen	106	13,4	13,9	37,0
51 bis 100 Personen	231	29,2	30,3	29,0
Mehr als 100 Personen	401	50,6	52,6	15,0
Fehlende Angabe	29	3,7	-	-
Gesamt	792	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.4; Pflegestatistik 2017 (Tabelle 2.2)  
 Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 10.820 Pflegedienste. Angaben der Pflegestatistik beziehen sich auf Kapazitätsgrößenklassen.

Die Berufserfahrung der Antwortenden als Pflegefachkräfte ist in Tabelle 18 dargestellt. Demnach zeigen die meisten Pflegefachkräfte eine mindestens zehnjährige Berufserfahrung (72 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Das verbleibende knappe Drittel verteilt sich jeweils hälftig auf Personen mit einer Berufserfahrung bis zu 5 Jahren und zwischen 5 bis 10 Jahren.

Tabelle 18: Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte

Berufserfahrung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Bis zu 2 Jahre	45	5,7	5,8
2 bis 5 Jahre	67	8,5	8,6
5 bis 10 Jahre	109	13,8	14,0
Mehr als 10 Jahre	559	70,6	71,7
Fehlende Angabe	12	1,5	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.1  
 Anmerkung: Spaltenprozent

Die Verweildauer der Pflegefachkräfte in dem Pflegedienst, in dem die Befragung stattfand, ist in Tabelle 19 dargestellt. Die Anzahl der Jahre in den Pflegediensten fällt im Schnitt etwas geringer aus als die Jahre der Berufserfahrung – was nicht verwundert, da damit zu rechnen ist, dass Pflegefachkräfte ihren Arbeitsplatz wechseln. Die Hälfte der Pflegefachkräfte ist dennoch bereits mehr als 10 Jahre in

dem Pflegedienst tätig (51 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Ein knappes Drittel ist maximal 5 Jahre bei dem Pflegedienst und die verbleibenden 22 Prozent sind 5 bis 10 Jahre bei dem Pflegedienst.

Tabelle 19: Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte in einem ambulanten Pflegedienst

Berufserfahrung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Bis zu 2 Jahre	91	11,5	11,7
2 bis 5 Jahre	127	16,0	16,3
5 bis 10 Jahre	168	21,2	21,5
Mehr als 10 Jahre	394	49,7	50,5
Fehlende Angabe	12	1,5	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.2

Anmerkung: Spaltenprozent

### 5.2.3 Pflegebedürftige

Tabelle 20 zeigt die Verteilung der Pflegebedürftigen aus ambulanten Pflegediensten der Stichprobe und gemäß Pflegestatistik (2017) über die Bundesländer. Größere Unterschiede ( $\geq 5$  %-Punkte) zwischen der Stichprobe und der Pflegestatistik finden sich nur für Nordrhein-Westfalen, mit einem etwas geringeren Anteil an der Stichprobe (17 %) als an der Grundgesamtheit (22 %; Pflegestatistik).

Tabelle 20: Bundesland der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	285	10,3	9,1
Bayern	303	10,9	11,8
Berlin	53	1,9	4,2
Brandenburg	133	4,8	4,6
Bremen	5	0,2	1,0
Hamburg	42	1,5	2,3
Hessen	159	5,7	7,3
Mecklenburg-Vorpommern	113	4,1	3,2
Niedersachsen	246	8,9	11,6
Nordrhein-Westfalen	465	16,8	21,9
Rheinland-Pfalz	96	3,5	4,3
Saarland	16	0,6	1,2
Sachsen	244	8,8	7,3
Sachsen-Anhalt	190	6,8	3,7
Schleswig-Holstein	73	2,6	3,1
Thüringen	111	4,0	3,5
Fehlende Angabe	240	8,7	-
Gesamt	2774	100,0	100

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.11; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt 829.958 Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege.

Tabelle 21 zeigt die Geschlechterverteilung der Pflegebedürftigen aus den ambulanten Pflegediensten in der Stichprobe und der Grundgesamtheit (Pflegerstatistik 2017). Die Verteilung in der Stichprobe entspricht ziemlich genau der Verteilung in der Grundgesamtheit (ca. ein Drittel männliche Kunden). Die Stichprobe ist hinsichtlich des Merkmals Geschlecht somit als repräsentativ zu betrachten.

Tabelle 21: Geschlechtsverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Männlich	922	33,2	34,4	33,5
Weiblich	1760	63,4	65,6	66,5 (*)
Fehlende Angabe	92	3,3	-	-
Gesamt	2774	100,0	100,0	100

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.1; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent; (\*) Kategorie „weiblich“ in der Pflegestatistik einschließlich "ohne Angabe" (nach Personenstandsgesetz) beim Geschlecht. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 829.958 pflegebedürftige Personen mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste.

Tabelle 22 und Tabelle 23 zeigen die Altersverteilung der Stichprobe der Pflegebedürftigen aus den ambulanten Pflegediensten. Die Pflegebedürftigen sind durchschnittlich im Jahr 1938 geboren, was einem Altersdurchschnitt von 80 bis 81 Jahren zum Befragungszeitpunkt entspricht. Die Verteilung nach Altersklassen in Tabelle 23 zeigt nur wenige nennenswerte Abweichungen ( $\geq 5$  %-Punkte) gegenüber der Pflegestatistik (2017): Die Klasse der 75- bis unter 80-Jährigen ist etwas überrepräsentiert (20 % in der Stichprobe, 15 % in der Pflegestatistik) ; dafür ist die Klasse der 90- bis unter 95-Jährigen etwas unterrepräsentiert (9 % in der Stichprobe, 14 % in der Pflegestatistik). Eine solche Abweichung entspricht den Erwartungen, da sehr hochaltrige Menschen vielfach zur Bearbeitung eines Fragebogens nicht mehr in der Lage sind. Insgesamt kann die Stichprobe der Pflegebedürftigen aus den ambulanten Pflegediensten in Bezug auf das Merkmal Alter aber als relativ repräsentativ betrachtet werden.

Tabelle 22: Durchschnittsalter (Geburtsjahr) der befragten Pflegebedürftigen

M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
1938,46	11,82	1917	2011	2555	219

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, A.2

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Tabelle 23: Altersverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten

Pflegegrad	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
unter 15 Jahre	13	0,5	0,5	0,6
15 bis unter 60 Jahre	157	5,7	6,1	7,5
60 bis unter 65 Jahre	97	3,5	3,8	3,5
65 bis unter 70 Jahre	143	5,2	5,6	4,8
70 bis unter 75 Jahre	209	7,5	8,2	6,5
75 bis unter 80 Jahre	520	18,7	20,4	14,9
80 bis unter 85 Jahre	607	21,9	23,8	22,3
85 bis unter 90 Jahre	533	19,2	20,9	22,4
90 bis unter 95 Jahre	223	8,0	8,7	13,5
95 Jahre und mehr	53	1,9	2,1	3,9
Fehlende Angabe	219	7,9	-	-
Gesamt	2774	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.2; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 829.958 pflegebedürftige Personen in ambulanten Pflegediensten.

Die Verteilung der Pflegebedürftigen in den ambulanten Pflegediensten über die Pflegegrade ist in Tabelle 24 dargestellt. Demnach finden sich keine nennenswerten Unterschiede ( $\geq 5$  %-Punkte) zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit (Pflegestatistik 2017). Die Stichprobe der Pflegebedürftigen aus den ambulanten Pflegediensten kann bezüglich des Merkmals Pflegegrad als hinreichend repräsentativ betrachtet werden.

Tabelle 24: Verteilung des Pflegegrads der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in ambulanten Pflegediensten

Pflegegrad	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Pflegegrad 1	160	5,8	6,3	4,5
Pflegegrad 2	1100	39,7	43,0	47,7
Pflegegrad 3	792	28,6	31,0	29,5
Pflegegrad 4	324	11,7	12,7	13,2
Pflegegrad 5	182	6,6	7,1	5,0
Kein Pflegegrad	99	3,6	-	-
Weiß nicht	27	1,0	-	-
Fehlende Angabe	90	3,2	-	-
Gesamt	2774	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.3; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 829.958 pflegebedürftige Personen in ambulanten Pflegediensten.

Tabelle 25 zeigt die Angaben der Pflegebedürftigen der Stichprobe zur Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit ist (Mehrfachnennung möglich). Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen gibt an, dass eine körperliche Beeinträchtigung bzw. Erkrankung ursächlich für ihre Pflegebedürftigkeit ist (89 % der Stichprobe). Die nächst größeren Anteile entfallen auf Personen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen (22 %) und demenzielle Erkrankungen (16 %).

Der GEK-Pflegereport 2008<sup>33</sup> kommt auf einen Anteil von ca. 30 % mit einer demenziellen Erkrankung an den Pflegebedürftigen in ambulanten Pflegediensten. Vor diesem Hintergrund erscheint der Anteil von nur 16 % an der Stichprobe vergleichsweise gering, zumal unter den Bedingungen des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einem gegenüber 2008 noch gewachsenen Anteil von demenziell Erkrankten mit Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zu rechnen ist. Auch diese Abweichung der Antworterstichprobe entspricht den Erwartungen, da diese Gruppe von Pflegebedürftigen vielfach mit der Bearbeitung eines Fragebogens überfordert ist. Dies wurde offenbar auch nicht dadurch kompensiert, dass im Bedarfsfall ausdrücklich zu einer Unterstützung bei der Beantwortung des Fragebogens durch nahestehende Personen aufgefordert wurde.

<sup>33</sup> Rothgang, H, Borchert, L, Müller, R, Unger R (2008). GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen.

Tabelle 25: Häufigkeit der Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind (Mehrfachnennung)

Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	Häufigkeit	Prozent
Körperliche Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	2474	89,2
Psychische Erkrankung	237	8,5
Demenzielle Erkrankung	440	15,9
Andere geistige Beeinträchtigung (nicht demenziell bedingt)	117	4,2
Seh- oder Hörbeeinträchtigung	601	21,7
Andere Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	263	9,5

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.4

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (N = 2.774).

Für die große Mehrheit der an der Befragung teilnehmenden Pflegebedürftigen aus ambulanten Pflegediensten wird angegeben, dass ihre Muttersprache Deutsch ist (Tabelle 26: 98 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Wie bereits erwähnt, wurde von der Möglichkeit, den Fragebogen für Pflegebedürftige auch in polnischer, russischer oder türkischer Sprache bei IGES anzufordern nur in einem einzigen Fall Gebrauch gemacht. Der ausgewiesene Rücklauf umfasst sechs Fragebögen in russischer Sprache.

Tabelle 26: Deutsch als Muttersprache der befragten Pflegebedürftigen

Deutsch als Muttersprache	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	2500	90,1	97,7
Nein	59	2,1	2,3
Fehlende Angabe	215	7,8	-
Gesamt	2774	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.5

Anmerkung: Spaltenprozent

Für die Hälfte der Stichprobe wird angegeben, dass sie alleine leben (Tabelle 27). Ein Drittel lebt gemeinsam mit einem Ehe- oder Lebenspartner in einem Haushalt und nur eine Minderheit lebt mit mehreren erwachsenen Personen in einem gemeinsamen Haushalt (11 %).

Tabelle 27: Aktuelle Wohnsituation der befragten Pflegebedürftigen

Wohnsituation	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Allein in meiner Wohnung bzw. meinem Haus	1319	47,5	49,6
Zusammen mit einer erwachsenen Person in einer gemeinsamen Wohnung (z.B. mit Ehe- oder Lebenspartner/in).	895	32,3	33,7
Zusammen mit mehreren erwachsenen Personen in einem gemeinsamen Haushalt (z.B. mit erwachsenen Kindern).	286	10,3	10,8
Andere Lebenssituation	159	5,7	6,0
Fehlende Angabe	115	4,1	-
Gesamt	2774	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.6

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 28 zeigt die Dauer der Versorgung durch den betreffenden Pflegedienst. 40 % der Befragten sind bereits länger als drei Jahre bei dem Pflegedienst, etwas weniger als ein Viertel seit ein bis zwei Jahren (22 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), gefolgt von zwei bis drei Jahren (16 %). In der Anleitung für die Pflegefachkräfte wurde gebeten, die Fragebögen an Pflegebedürftige weiterzuleiten, die schon seit mindestens sechs Monaten durch den Dienst versorgt werden. Wie Tabelle 28 zu entnehmen ist, wurde bei etwa 9 % von dieser Vorgabe abgewichen.

Tabelle 28: Dauer der Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst

Dauer	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Weniger als 6 Monate	238	8,6	9,0
6 bis 12 Monate	302	10,9	11,4
Ein bis zwei Jahre	583	21,0	22,1
Zwei bis drei Jahre	418	15,1	15,8
Länger als drei Jahre	1102	39,7	41,7
Weiß nicht	41	1,5	-
Fehlende Angabe	90	3,2	-
Gesamt	2774	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.7

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 29 zeigt die Häufigkeiten, mit denen andere SGB XI-Leistungen von der Stichprobe der Pflegebedürftigen genutzt werden. Von etwas mehr als der Hälfte und damit anteilig am häufigsten wird Pflegegeld (53 %) bezogen, gefolgt vom Entlastungsbetrag (47 %) und der Verhinderungspflege (23 %). Die Tagespflege wird vergleichsweise selten (9 %) genutzt.

Tabelle 29: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse

Leistungsart	Häufigkeit	Prozent
Pflegegeld	1455	52,5
Entlastungsbetrag	1296	46,7
Tagespflege (soweit nicht über den Entlastungsbetrag finanziert)	241	8,7
Verhinderungspflege	628	22,6
Andere Leistungen	100	3,6
Weiß nicht	254	9,2

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.8

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (N = 2.774).

Knapp die Hälfte der Fragebögen wurde von der pflegebedürftigen Person mit Unterstützung durch eine Vertrauensperson ausgefüllt (Tabelle 30: 48 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), gefolgt von etwa einem Drittel der Pflegebedürftigen (34 %), die den Fragebogen allein ausgefüllt haben. Am seltensten wurde der Fragebogen von einer Vertrauensperson allein ausgefüllt (18 %).

Tabelle 30: Durch wen wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Fragebogen ausgefüllt durch ...	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Pflegebedürftige Person allein	861	31,0	34,2
Pflegebedürftige Person mit Unterstützung einer Vertrauensperson	1215	43,8	48,3
Vertrauensperson allein	440	15,9	17,5
Fehlende Angabe	258	9,3	-
Gesamt	2774	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item D.2;

Anmerkung: Spaltenprozent

### 5.3 Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen

Von den 341 Pflegediensten gaben 67 (19,6 %) an, dass ihr Dienst „über ein Konzept oder besondere Leistungsangebote [verfügt], die im Sinne einer Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet sind“.

Tabelle 31: Pflegedienste mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen (Angabe der Leitung)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	256	75,1	79,3
Ja	67	19,6	20,7
Fehlende Angabe	18	5,3	-
Gesamt	341	100	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.6

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 32 zeigt die angegebenen Arten von Spezialisierungen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Als „Sonstige Spezialisierungen“ wurde am häufigsten „Palliativversorgung, SAPV“ angegeben (25 der 39 Nennungen).

Tabelle 32: Art der Spezialisierung der Pflegedienste (Angabe der Leitung)

	Häufigkeit	Prozent
Häusliche Intensivpflege	14	4,1
Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	6	1,8
Pflegebedürftige mit schwersten demenziellen Beeinträchtigungen	22	6,5
Pflegebedürftige mit psychiatrischen Erkrankungen	14	4,1
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	8	2,3
Sonstige Spezialisierung	39	11,4

Quelle: IGES; Leitung, Item A.6

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegedienste (N = 341).

Tabelle 33 zeigt die Angaben der antwortenden Pflegefachkräfte zur Spezialisierung ihres Pflegedienstes: Ein Drittel der Pflegefachkräfte geben an, in einem Pflegedienst zu arbeiten, der auf eine bestimmte Gruppe pflegebedürftiger Menschen spezialisiert ist (33 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Bezieht man diesen Anteil der Pflegefachkräfte auf den Anteil spezialisierter Pflegedienste in der Gesamtstichprobe der Dienste (vgl. Tabelle 31: 21 % der Dienste zeigen Spezialisierung), so fällt der Anteil der Pflegefachkräfte aus spezialisierten Pflegedien-

ten relativ hoch aus. Dies erklärt sich möglicherweise aus der im Durchschnitt höheren Beschäftigtenzahl in spezialisierten gegenüber nicht-spezialisierten Diensten (Angabe der Leitung: Dienste mit Spezialisierung  $M = 50,1$ ;  $SD = 40,4$ ;  $Min = 8$ ;  $Max = 184$ ; gültiges  $N = 64$  vs. Dienste ohne Spezialisierung  $M = 35,9$ ;  $SD = 24,5$ ;  $Min = 3$ ;  $Max = 230$ ; gültiges  $N = 243$ ). Ein vermutlich wichtigerer Hintergrund dürfte eine unterschiedliche Auslegung des Begriffs der „Spezialisierung“ sein, in dem Sinne, dass die Pflegefachkräfte eher geneigt sind von einer Spezialisierung zu sprechen.

Tabelle 33: Pflegefachkräfte in Pflegediensten mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	504	63,6	67,5
Ja	243	30,7	32,5
Fehlende Angabe	45	5,7	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.5

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Art der Spezialisierung der Pflegedienste, aus denen die Pflegefachkräfte der Stichprobe stammen, ist in Tabelle 34 dargestellt. Die meisten Pflegefachkräfte aus spezialisierten Pflegediensten entfallen auf Dienste, die Menschen mit schwersten demenziellen Erkrankungen als Schwerpunkt versorgen. Auch die Leitungskräfte haben diese Art der Spezialisierung am häufigsten genannt, allerdings zu einem insgesamt deutlich geringeren Anteil (vgl. Tabelle 32). Dies unterstützt die Deutung, dass die Pflegefachkräfte eher als die Einrichtungsleitungen geneigt sind, eine Spezialisierung ihres Dienstes anzugeben.

Tabelle 34: Art der Spezialisierung der Pflegedienste (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent
Häusliche Intensivpflege	60	7,6
Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	48	6,1
Pflegebedürftige mit schwersten demenziellen Beeinträchtigungen	130	16,4
Pflegebedürftige mit psychiatrischen Erkrankungen	100	12,6
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	47	5,9
Sonstige Spezialisierung	115	14,5

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.5

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegefachkräfte ( $N = 792$ ).

Von den 115 Pflegefachkräften, die eine „Sonstige Spezialisierung“ angaben, haben 105 auch eine Angabe zur Art der Spezialisierung gemacht: In 71 Fällen wurde dabei die (Spezialisierte ambulante) Palliativversorgung genannt, gefolgt von 15 Nennungen „Wundversorgung/Wundmanagement“. Sieben Befragte haben die Versorgung von Menschen mit Behinderungen als Spezialisierung angegeben.

#### **5.4 Aktuelle Personalausstattung und Veränderungen seit dem 1.1.2017**

Anders als die Zahlen der versorgten Personen (Tabelle 14 und Tabelle 15) zeigen die Angaben der Leitungskräfte zur Anzahl der insgesamt Beschäftigten (Tabelle 35) im Mittel keinen nennenswerten Unterschied zur Pflegestatistik (2017): Die Stichprobe zeigt im Mittel eine Personalstärke von 39 Personen pro Pflegedienst. In der Pflegestatistik (2017) verteilen sich insgesamt 390.322 Personen auf 10.820 Pflegedienste, was im Mittel 36 Personen pro Pflegedienst entspricht. Bei 180.066 Pflegefachkräften in 10.820 Pflegediensten liegt der Mittelwert für diese Berufsgruppe in der Pflegestatistik bei ungefähr 17 pro Pflegedienst und liegt somit ebenfalls nahe am Mittelwert der Stichprobe (16 Personen; siehe Tabelle 35).

Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Pflegestatistik finden sich jedoch im Hinblick auf einzelne Personalgruppen: Für Pflegehilfskräfte findet sich in der Stichprobe ein Mittelwert von 9 Personen (Tabelle 35); in der Pflegestatistik liegt er nur bei 3 Personen (35.826 Personen verteilt auf 10.820 Dienste). Damit wäre die durchschnittliche Anzahl der Personen dieser Berufsgruppe in der Stichprobe drei Mal so hoch wie in der Pflegestatistik. Jedoch könnte die Kategorie „Pflegehilfskraft“ von den Leitungen weiter gefasst werden als von der Pflegestatistik, die darunter ausschließlich Personen mit entsprechendem Berufsabschluss subsumiert. Die Zuordnung zu Berufsgruppen durch die Leitung erfolgt wahrscheinlich eher nach Tätigkeitsbereichen als nach Berufsabschlüssen.

Die Pflegestatistik (2017) weist im Durchschnitt etwas mehr als eine beschäftigte Person je Pflegedienst aus, die überwiegend in der Betreuung eingesetzt wird (14.898 Personen verteilt auf insg. 10.820 Dienste). In der aktuellen Befragung liegt die durchschnittliche Anzahl mit ca. 3 Personen drei Mal so hoch (Tabelle 35). Da hier sowohl in der Befragung der Leitung als auch in der Pflegestatistik der Tätigkeitsbereich des Personals ausschlaggebend für die Definition der Gruppe ist, ist eine unterschiedliche Interpretation der Kategorie unwahrscheinlich. Bei diesem Unterschied könnte es sich auch um eine Veränderung handeln, die dem Stichtag der Pflegestatistik (15.12.2017) nachgelagert ist.

Für das Personal der verbleibenden Tätigkeitsbereiche (Hauswirtschaft; Administration) finden sich kaum nennenswerte Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Pflegestatistik: In der Pflegestatistik (2017) entfallen im Mittel 5 Personen auf den hauswirtschaftlichen Bereich (49.518 Kräfte verteilt auf 10.820 Dienste). Dieser Wert liegt nah am Mittelwert der Stichprobe von durchschnittlich 6 Personen im hauswirtschaftlichen Bereich (Tabelle 35). Laut Pflegestatistik (2017) arbeiten

im Mittel 2 Personen im administrativen Bereich der Pflegedienste (18.154 Personen verteilt auf 10.820 Dienste), was ebenfalls nah am Mittelwert der Stichprobe von 3 Personen in diesem Bereich liegt. Die selektiven Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Pflegestatistik (2017) für bestimmte Personalgruppen, könnten auf eine spezifische Veränderung in der Zusammensetzung des Personals deuten, die als Reaktion auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt hat.

Tabelle 35: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
Gegenwärtig Beschäftigte	38,87	31,80	3	230	323	18
davon ...						
Pflegefachkräfte	16,04	19,05	0	170	335	6
Pflegehilfskräfte	9,45	10,47	0	74	335	6
Hauswirtsch. Kräfte	5,85	7,67	0	60	334	7
Betreuungskräfte	3,28	9,35	0	110	332	9
Administration <sup>1</sup>	2,95	2,67	0	20	335	6
Auszubildende etc. <sup>2</sup>	1,81	2,62	0	17	334	7
Sonstige Kräfte	1,51	6,02	0	77	326	15

Quelle: IGES; Item A.7

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum). Entspricht: <sup>1</sup>Geschäftsführung, Verwaltung, Qualitätsmanagement; <sup>2</sup>Auszubildenden, Praktikanten, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst

Die Veränderung des Personals als Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde bei den Leitungen auch direkt erfragt. Die Angaben zu personellen Veränderungen in den verschiedenen Personalgruppen seit dem 1.1.2017 sind in Tabelle 36 dargestellt. Die Tabelle enthält – außer für die Pflegefachkräfte – jeweils zwei Zeilen: Im oberen Tabellenteil sind die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe (N = 341) ausgewiesen, im unteren Tabellenteil wurden nur die Pflegedienste berücksichtigt, die aktuell wenigstens eine Person in der betreffenden Teilgruppe beschäftigen.

40 Prozent geben an, dass die Zahl der Pflegefachkräfte und der Betreuungskräfte seit dem 1.1.2017 erhöht wurde. Ein Personalaufbau hat noch stärker bei den Hauswirtschaftskräften und Pflegehilfskräften stattgefunden: Hier geben jeweils mehr als die Hälfte der Dienste an, dass die Beschäftigtenzahl in diesen Gruppen gestiegen ist. Da sich die Anzahl der Kunden/innen in den Diensten im Vergleich zu

2016 unwesentlich verändert hat (vgl. Tabelle 14), liefert dies einen direkten Hinweis darauf, dass seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Aufstockung bestimmter, vorrangig mit Pflege, Anleitung und Betreuung befasster Berufsgruppen stattgefunden hat. Auch die gegenüber der Pflegestatistik selektiv erhöhte Anzahl bestimmter Personalgruppen in der Stichprobe könnte somit auf diese Aufstockung zurückzuführen sein.

Tabelle 36: Veränderung der Beschäftigtenzahl seit 1.1.2017 (Zeilenprozent)

		gleich geblieben		gestiegen		gesunken		fehlende Angaben
		N	g%	N	g%	N	g%	N
Gesamte Stichprobe	Pflegefachkräfte	118	35,3	132	39,5	84	25,1	7
	Pflegehilfskräfte	109	35,3	160	51,8	40	12,9	32
	Hauswirtsch. Kräfte	87	29,3	191	64,3	19	6,4	44
	Betreuungskräfte	140	54,3	101	39,1	17	6,6	83
	Administration <sup>1</sup>	216	71,3	74	24,4	13	4,3	38
	Andere <sup>2</sup>	115	89,1	9	7,0	5	3,9	212
	Auszubildende etc. <sup>3</sup>	122	47,1	93	35,9	44	17,0	82
mit ≥ 1 Person dieser Berufsgruppe	Pflegehilfskräfte	104	34,3	160	52,8	39	12,9	31
	Hauswirtsch. Kräfte	80	29,0	182	65,9	14	5,1	31
	Betreuungskräfte	110	51,2	90	41,9	15	7,0	58
	Administration <sup>1</sup>	135	71,1	47	24,7	8	4,2	12
	Andere <sup>2</sup>	104	88,9	8	6,8	5	4,3	179
	Auszubildende etc. <sup>3</sup>	81	41,8	89	45,9	24	12,4	10

Quelle: IGES; Leitung, Item A.9

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben). <sup>1</sup>Geschäftsführung, Verwaltung, Qualitätsmanagement; <sup>2</sup>Personen mit anderem beruflichen Hintergrund oder besonderen Qualifikationen, z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich; <sup>3</sup>Auszubildende, Praktikanten, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst. Im oberen Tabellenteil sind die Angaben für die Gesamtstichprobe (N = 341) ausgewiesen, im unteren Tabellenteil sind nur die Einrichtungen berücksichtigt, die aktuell wenigstens eine Person in der betreffenden Teilgruppe beschäftigen.

Wie Tabelle 37 zu entnehmen ist, beschäftigen knapp 9 % der Dienste zum Zeitpunkt der Befragung auch Personen, die anderen als den für Pflegedienste „typischen“ Berufsgruppen (vgl. Tabelle 35) angehören. In den Freitexten wurden insbesondere Heilerziehungspfleger/innen, Sozialarbeiter/innen, Physio- und Ergotherapeuten/innen genannt.

Tabelle 37: Aktuelle Beschäftigung von anderen Berufsgruppen oder Personen mit besonderen Qualifikationen (z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	309	90,6	91,4
Ja	29	8,5	8,6
fehlende Angaben	3	0,9	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung Item A.8

Anmerkung: Spaltenprozent

Ein besonderer Aspekt des Themas Personalausstattung betrifft die Möglichkeit der Dienste, den Wünschen von Pflegebedürftigen nach Versorgung durch eine Person des gleichen Geschlechts nachzukommen. Wie die Ergebnisse in Tabelle 38 zeigen, geben knapp 19 % der Dienste an, dass Kunden/innen „häufig“ den Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Versorgung äußern, weitere 39 % beobachten dies „manchmal“. Ca. ein Viertel der befragten Pflegedienste gibt an, dass sie den entsprechenden Wünschen „immer“ nachkommen können; mehr als die Hälfte gibt an, dies zumindest „meistens“ gewährleisten zu können. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses sollte im Auge behalten werden, dass sich kleine Pflegedienste stark unterproportional an der Befragung beteiligt haben.

Tabelle 38: Berücksichtigung des Geschlechts bei der Versorgung

Wunsch der Kunden/innen nach Pflegekräften des eigenen Geschlechts:										
nie		selten		manchmal		häufig		fehlende Angabe		
N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	
19	5,6	122	35,8	133	39,0	64	18,8	3	,9	
	5,6		36,1		39,3		18,9		-	
Pflegedienst ist in der Lage, diesem Wunsch zu entsprechen:										
nie		selten		meistens		immer		fehlende Angabe		
N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	
10	2,9	29	8,5	179	52,5	80	23,5	43	12,6	
	3,4		9,7		60,1		26,8		-	

Quelle: IGES; Leitung, Item A.10

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

## 5.5 Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen konnten Pflegebedürftige auch bereits vor dem 1.1.2017 auf Grundlage gesetzlicher Übergangsregelungen in Anspruch nehmen. Mit dem PSG II wurden diese Leistungen jedoch zum gleichrangigen Bestandteil der häuslichen Pflege neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und hauswirtschaftlichen Leistungen (§ 36 SGB XI). Im Rahmen der Befragung wurde untersucht, ob sich seit dem 1.1.2017 der Stellenwert von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der Sachleistungen nach § 36 SGB XI verändert hat, wie die Nachfrage nach solchen Leistungen eingeschätzt wird und ob ggf. personelle Anpassungen erfolgt sind, die im Zusammenhang mit einer größeren Bedeutung dieser Leistungen stehen.

### 5.5.1 Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen im Leistungsportfolio

Tabelle 39 zeigt die Antworten der Pflegedienstleitungen auf die Frage, ob bzw. wie viele der von dem Dienst versorgten SGB XI-Sachleistungsempfänger dabei auch pflegerische Betreuungsleistungen beziehen. Verglichen wird die Situation zum Zeitpunkt der Befragung mit der Situation im Jahr 2016, also noch unter Geltung der Übergangsregelung des ehemaligen § 124 SGB XI.

Zum Befragungszeitpunkt wird von ca. zwei Drittel der Pflegedienste angegeben, dass Kunden dort pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen. Bezogen auf 2016 konnte von 44 % der Dienste keine Angabe zu dieser Frage gemacht werden, weshalb die Ergebnisse für 2016 schwierig zu interpretieren sind. Insgesamt deuten die Ergebnisse aber eher darauf hin, dass der Anteil der Pflegedienste, die Betreuung als Sachleistung erbringen, seit 2016 zugenommen hat.

Tabelle 39: Erbringung von Betreuungsleistungen als Sachleistung durch Pflegedienste (Angabe der Leitung)

	Aktuell			2016		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
kein Kunde	54	15,8	19,2	92	27,0	48,2
mindestens ein Kunde	227	66,6	80,8	99	29,0	51,8
Fehlende Angabe	60	17,6	-	150	44,0	-
Gesamt	341	100,0	100,0	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.1 und B.2

Anmerkung: Spaltenprozent

Eine Zunahme zeigt sich auch in der durchschnittlichen Anzahl der Pflegebedürftigen pro Pflegedienst, die Betreuung als Sachleistung beziehen: Wie Tabelle 40 zu entnehmen ist, lag die durchschnittliche Anzahl 2016 noch bei ca. 6 Kunden und hat sich zum Zeitpunkt der Befragung auf durchschnittlich ca. 17 Kunden pro Pflegedienst erhöht, liegt damit in 2019 also fast drei Mal so hoch wie in 2016.

Tabelle 40: Durchschnittliche Anzahl von Pflegebedürftigen mit Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistung

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
Aktuell	16,70	24,39	0	180	242	99
2016	6,40	14,61	0	100	157	184

Quelle: IGES; Pflegefachkraft, B.1

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Da aber auch die Gesamtzahl der Kunden in den Pflegediensten zugenommen hat (vgl. Tabelle 14, erste Zeile), ist die Anzahl mit Bezug von Betreuungsleistungen an der Gesamtzahl der Kunden zu relativieren – dazu liegen vollständige Angaben aus 240 Diensten in Bezug auf den aktuellen Zeitpunkt und 155 Diensten in Bezug auf die Situation in 2016 vor. Die Anteile der Kunden mit Betreuung als Sachleistung sind in Tabelle 41 dargestellt: Aktuell zeigt sich für die Dienste ein Anteil von im Mittel 21 % der Kunden mit pflegerischen Betreuungsmaßnahmen; für 2016 zeigt sich dagegen ein Anteil von nur 11 % mit Betreuung als Sachleistung. Auch dieses Muster deutet darauf hin, dass Betreuung als Sachleistung seit 2016 an Bedeutung gewonnen hat.

Tabelle 41: Durchschnittlicher Anteil der Pflegebedürftigen mit Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistung

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
Aktuell	20,62	26,44	0,00	100,00	240	101
2016	11,07	26,30	0,00	142,86	155	186

Quelle: IGES; Leitung, A.2, B.1

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Um die Veränderung der Relevanz pflegerischer Betreuungsmaßnahmen aus Perspektive der Leitungen direkt zu ermitteln, wurden diese außerdem nach dem Erlösanteil der Betreuungsleistungen am Gesamterlös aus Sachleistungen (§ 36 SGB XI bzw. für 2016 aus § 36 in Verbindung mit dem ehemaligen § 124 SGB XI) gefragt (Tabelle 42).

Auch hier konnten zahlreiche Dienste – in der Summe fast 75 % der Befragten – zur Situation im Jahr 2016 keine Angabe machen. Bezogen auf die aktuelle Situation machten knapp 40 % keine Angabe. Vergleicht man nur die Dienste, die eine Angabe machen konnten, so zeigt sich ein klarer Bedeutungszuwachs der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen: Für 2019 gaben nur 51 % der Pflegedienste an, dass weniger als 5 % der Sachleistungserlöse auf Betreuungsleistungen entfallen, bezogen auf 2016 waren es noch 68 %. Der Anteil der Dienste, bei denen Betreuungsleistungen für über 25 % der Sachleistungserlöse stehen, beträgt 2019 12 %, im Jahr 2016 waren es nur 4 %.

Tabelle 42: Anteil von Betreuungsleistungen an den Erlösen des Dienstes aus Sachleistungen gem. § 36 SGB XI

	Aktuell			2016		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
weniger als 5 %	106	31,1	50,5	62	18,2	68,1
5 % bis 10 %	53	15,5	25,2	18	5,3	19,8
10 % bis 25 %	24	7,0	11,4	7	2,1	7,7
mehr als 25 %	27	7,9	12,9	4	1,2	4,4
Fehlende Angabe	131	38,4	-	250	73,3	-
Gesamt	341	100,0	100,0	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.1 und B.2

Anmerkung: Spaltenprozent; Bezogen auf 2016 wurde nach den Erlösen aus Leistungen aus § 36 und § 124 SGB XI (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) gefragt.

Auch die Pflegefachkräfte wurden zur Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen befragt. Tabelle 43 zeigt, dass die Pflegefachkräfte häufig keine Angabe dazu machen können, ob ihre Kunden/innen pflegerische Betreuungsmaßnahmen erhalten (45 % der Gesamtstichprobe der Pflegefachkräfte). Von den Pflegefachkräften, die Angaben dazu machen können (55 %), gibt aber die große Mehrheit (88 %) an, dass ihre Kunden/innen pflegerische Betreuungsmaßnahmen erhalten. Dieser hohe Anteil in der Stichprobe der Pflegefachkräfte reflektiert den hohen Anteil in der Stichprobe der Pflegedienste, der Betreuung als Sachleistung erbringt (vgl. Tabelle 39: 81 % der Pflegedienste erbringen aktuell pflegerische Betreuungsmaßnahmen, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Tabelle 43: Bezug von Betreuungsleistungen als Sachleistung durch Pflegebedürftige (Angabe der Pflegefachkraft)

Aktuell	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
kein Kunde	51	6,4	11,7
Mindestens ein Kunde	385	48,6	88,3
Fehlende Angabe	356	44,9	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkraft, Item B.1

Anmerkung: Spaltenprozent. Frage bezog sich auf Personen, an deren Versorgung die Pflegefachkraft selbst beteiligt ist.

Der relativ hohe Anteil von Pflegefachkräften, die keine Angaben dazu machen können, ob ihre aktuellen Kunden/innen pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen, könnte auch damit zusammenhängen, dass nur etwa die Hälfte der Gesamtstichprobe der Pflegefachkräfte angibt, unmittelbar an der Erbringung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen beteiligt zu sein (Tabelle 44: 53 %). Zwar können immer noch 19 % der Pflegefachkräfte keine genaue Angabe dazu machen, ob sie selbst an der Erbringung pflegerischer Betreuungsleistungen beteiligt sind – allerdings fällt dieser Anteil deutlich geringer aus als der Anteil fehlender Angaben bei der Frage, ob der Pflegedienst generell solche Leistungen bei den Kunden/innen erbringt. Pflegefachkräfte wissen selbstredend besser darüber Bescheid, welche Leistungen sie persönlich erbringen als welche Leistungen ihr Pflegedienst generell erbringt. Wenn nun ein nennenswerter Teil der Pflegefachkräfte persönlich nicht an der Erbringung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen beteiligt ist, fällt es ihnen folglich auch schwerer anzugeben, ob solche Leistungen von ihrem Pflegedienst überhaupt erbracht werden.

Tabelle 44: Anteil der befragten Pflegefachkräfte, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbringen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	416	52,5	64,5
Nein	229	28,9	35,5
Weiß nicht	66	8,3	-
Fehlende Angabe	81	10,2	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkraft, Item B.2

Anmerkung: Spaltenprozent

Auch die Pflegefachkräfte wurden direkt befragt, ob sich ihrer Einschätzung nach die Zahl der Kunden/innen mit pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (Betreuung als Sachleistung) seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2017 verändert hat. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 45. Zunächst einmal ist festzustellen, dass der Anteil der Pflegefachkräfte, die keine genauen Angaben zur Veränderung der Anzahl der Personen mit Betreuungsleistungen machen können (43 % der Gesamtstichprobe), ähnlich hoch ausfällt wie der Anteil, der nicht angeben kann, ob ihr Pflegedienst aktuell Kunden mit solchen Leistungen versorgt (Tabelle 43: 45 % der Gesamtstichprobe). Wenn man keine Angaben zur aktuellen generellen Leistungserbringung machen kann, kann man selbstverständlich auch keine Angaben zu dessen Veränderung machen. Betrachtet man allerdings nur die gültigen Angaben, so gibt die große Mehrheit der Pflegefachkräfte an, dass der Umfang, in dem Betreuung als Sachleistung erbracht wird, seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugenommen hat.

Tabelle 45: Veränderung des Umfangs, in dem pflegerische Betreuungsmaßnahmen durch Pflegefachkräfte seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (2017) erbracht werden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Hat abgenommen	12	1,5	2,7
Ist gleich geblieben	106	13,4	23,6
Hat zugenommen	332	41,9	73,8
Weiß nicht	80	10,1	-
Fehlende Angabe	262	33,1	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkraft, Item B.2

Anmerkung: Spaltenprozent

Darüber hinaus wurden den Leitungen und den Pflegefachkräften fünf gleichlautende Aussagen zur Angebots- und Nachfragesituation sowie der Berücksichtigung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Qualitätsmanagement dargeboten, die von den Antwortenden zu bewerten waren. Tabelle 46 zeigt zunächst die Ergebnisse aus der Befragung der Leitungen. Etwas mehr als die Hälfte der Pflegedienste stellt ein wachsendes Interesse der Kunden an pflegerischen Betreuungsmaßnahmen fest (Antworten „trifft genau zu“/ „trifft eher zu“ zusammen 53 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Ebenfalls etwas mehr als die Hälfte der Leitungen (54 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) gibt an, dass die aktuelle Vergütung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen angemessen ist. Allerdings gibt auch fast die Hälfte der Pflegedienste (48 %) an, dass die Kosten für pflegerische Betreuungsmaßnahmen den Kunden zu hoch sind. Fast zwei Drittel (65 %) der Leitungen geben an, dass sie ein breites Spektrum pflegerischer Betreuungsmaßnahmen anbieten und 44 % geben an, dass es in ihrem Qualitätsmanagement

„eigene Prozesse und Verfahrensbeschreibungen [gibt], die sich nur auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen.“

Tabelle 47 zeigt die Ergebnisse für die fünf Aussagen aus der Befragung der Pflegefachkräfte. Hier zeigen sich bzgl. des wachsenden Interesses der Kunden/innen an pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, bzgl. des breiten Spektrums angebotener Betreuungsleistungen sowie bzgl. der leistungsgerechten Vergütung von Betreuungsleistungen noch höhere Zustimmungswerte als in der Befragung der Leitungen. Die Verteilung der Antworten zu den verbleibenden zwei Aussagen (Kunden sind Kosten pflegerischer Betreuungsmaßnahmen zu hoch; Qualitätsmanagement enthält pflegerische Betreuungsmaßnahmen) fällt dagegen vergleichbar zur Befragung der Leitungen aus.

Tabelle 46: Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen aus Sicht der Leitung

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Wachsendes Interesse der Kunden an pflegerischen Betreuungsmaßnahmen	61	17,1 19,1	108	31,7 33,8	108	31,7 33,8	43	12,6 13,4	21	6,2 -
Wir bieten breites Spektrum pflegerischer Betreuungsmaßnahmen	88	25,8 27,2	123	36,1 38,1	80	23,5 24,8	32	9,4 9,9	18	5,3 -
Unsere Vergütung ist leistungsgerecht für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	73	21,4 23,7	93	27,3 30,2	93	27,3 30,2	49	14,4 19,9	33	9,7 -
Kunden sind Kosten für pflegerische Betreuungsmaßnahmen zu hoch	55	16,2 17,7	95	27,9 30,6	125	36,8 40,3	35	10,3 11,3	30	8,8 -
Unser Qualitätsmanagement enthält u.a. Elemente ausschließlich für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	53	15,5 17,2	81	23,8 26,3	94	27,6 30,5	80	23,5 26,0	33	9,7 -

Quelle: IGES; Leitung, Items B.3 (1-4; 7)

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% gültige Prozent ohne fehlende Angaben (Zeilenprozent)

Tabelle 47: Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen aus Sicht der Pflegefachkräfte

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Wachsendes Interesse der Kunden an pflegerischen Betreuungsmaßnahmen	235	29,7	316	39,9	147	18,6	32	4,0	62	7,8
		32,2		43,3		20,1		4,4		-
Wir bieten breites Spektrum pflegerischer Betreuungsmaßnahmen	286	36,1	276	34,8	142	17,9	32	4,0	56	7,1
		38,9		37,5		19,3		4,3		-
Unsere Vergütung ist leistungsgerecht für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	220	27,8	280	35,4	141	17,8	51	6,4	100	12,6
		31,8		40,5		20,4		7,4		-
Kunden sind Kosten für pflegerische Betreuungsmaßnahmen zu hoch	88	11,1	231	29,2	295	37,2	71	9,0	107	13,5
		12,8		33,7		43,1		10,4		-
Unser Qualitätsmanagement enthält u.a. Elemente ausschließlich für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	148	18,7	208	26,3	228	28,8	113	14,3	95	12,0
		21,2		29,8		32,7		16,2		-

Quelle: IGES; Pflegefachkraft, Items B.3 (1-4; 7)

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% gültige Prozent ohne fehlende Angaben (Zeilenprozent).

In der Befragung der Pflegebedürftigen wurde die Bedeutung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen (Betreuung als Sachleistung) in Abgrenzung zu Leistungen, die im Rahmen des Entlastungsbetrags finanziert werden, erfragt. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Pflegebedürftige den zusätzlichen Geldbetrag von bis zu 125 Euro monatlich, den sie rein zweckgebunden zurückerstattet bekommen, eher kennen und davon andere Leistungen unterscheiden können.

Zunächst einmal wird – in Übereinstimmung mit der Angabe, dass der Großteil der Pflegebedürftigen aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung bzw. Erkrankung pflegebedürftig ist (vgl. Tabelle 25: 89 %) – von der Mehrheit angegeben „Hilfe bei der Körperpflege (57 %)“ zu erhalten. Darauf folgt von etwas mehr als ein Drittel

die Angabe „Hilfe bei medizinischen Behandlungen“. Ein Viertel der Befragten erhält „Hilfe bei der Haushaltsführung“ (26 %). Von 15 % der Pflegebedürftigen wird angegeben, Betreuungsleistungen bei dem Pflegedienst zu beziehen, die nicht über den Entlastungsbetrag finanziert werden – bei diesen handelt es sich sehr wahrscheinlich um pflegerische Betreuungsmaßnahmen gem. § 36 SGB XI. Diese Angabe lässt sich am ehesten zu dem aufgrund der Angaben der Einrichtungsleitungen geschätzten Anteil der Kunden/innen mit Betreuungsleistungen als Sachleistung in Beziehung setzen, der etwa 20 % beträgt (vgl. Tabelle 41). Die Diskrepanz zwischen der Angabe der Pflegebedürftigen (15 %) und der der Leitungskräfte (20 %) erklärt sich vermutlich daraus, dass pflegerische Betreuungsleistungen vor allem für Pflegebedürftige mit kognitiven Einschränkungen von Bedeutung sind, diese Personengruppe sich aber nur unterproportional an der Befragung der Pflegebedürftigen beteiligt hat (vgl. Tabelle 25 sowie die Kommentierung im Text)..

Tabelle 48: Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes außerhalb des Entlastungsbetrags (Angaben der Pflegebedürftigen)

Leistungsart	Häufigkeit	Prozent
Hilfe bei der Körperpflege	1573	56,7
Hilfe bei der Ernährung	245	8,8
Hilfe bei der Haushaltsführung	717	25,8
Hilfe bei Bewegung oder Lagerung zu Hause	329	11,9
Hilfe bei medizinischen Behandlungen	994	35,8
Betreuungsleistungen	427	15,4
Weiß nicht	199	7,2

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.10

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (N = 2.774).

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen deuten somit darauf hin, dass etwa 15 bis 20 % der durch ambulante Pflegedienste versorgten Menschen auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen in Anspruch nahmen. Ferner zeigen die Ergebnisse, dass die Relevanz dieser Leistungen im Zeitverlauf zugenommen hat bzw. auch gegenwärtig noch wächst.

### 5.5.2 Auswirkungen auf Personalausstattung und Personalmix

Zwei weitere Aussagen wurden zur Personalausstattung speziell in Bezug auf die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen formuliert. Die Ergebnisse aus der Befragung der Einrichtungsleitungen sind in Tabelle 49, die aus der Befragung der Pflegefachkräfte in Tabelle 50 dargestellt.

Auf die Aussage, dass der Dienst über ausreichend Personal verfügt, um die von den Kunden gewünschten Betreuungsmaßnahmen zu erbringen, reagierten die

Hälfte der Leitungen ablehnend (51 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), d.h. die Hälfte der Dienste verfügt nicht über ausreichend Personal für diese Aufgaben. Auch die Pflegefachkräfte reagieren etwa ähnlich häufig wie die Leitungen mit Ablehnung auf diese Aussage (54 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Dennoch wird mehrheitlich angegeben, dass die Nachfrage der Kunden i.d.R. bedient werden kann: Die Aussage, dass Nachfragen der Kunden/innen nach Betreuungsmaßnahmen bisweilen nicht bedient werden können, verneinen 60 % der Leitungen und 66 % der Pflegefachkräfte (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Nur etwa ein Drittel der Leitungen und Pflegefachkräfte (35 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) gibt an, dass solche Angebotslücken bisweilen auftreten.

Tabelle 49: Aktuelle personelle Ausstattung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Angabe der Leitung)

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Wir verfügen über ausreichend Personal für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	50	15,6 14,7	107	33,4 31,4	114	35,6 33,4	49	15,3 14,4	50	15,6 -
Kunden wünschen bisweilen Betreuungsmaßnahmen, die der Dienst nicht leisten kann	28	8,9 8,2	82	26,1 24,0	115	36,6 33,7	89	28,3 26,1	28	8,9 -

Quelle: IGES; Leitung, Items B.3 (5, 6)

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

Tabelle 50: Aktuelle personelle Ausstattung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Angaben der Pflegefachkräfte)

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wir verfügen über ausreichend Personal für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	115	14,5	192	24,2	299	37,8	130	16,4	56	7,1
		15,6		26,1		40,6		17,7		-
Kunden wünschen bisweilen Betreuungsmaßnahmen, die der Dienst nicht leisten kann	81	10,2	162	20,5	283	35,7	197	24,9	69	8,7
		11,2		22,4		39,1		27,2		-

Quelle: IGES; Pflegefachkraft, Items B.3 (5, 6)

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben))

Die wachsende Bedeutung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sollte sich auch in einem wachsenden Personalbedarf in diesem Bereich niederschlagen. Wie Tabelle 51 zu entnehmen ist, hat fast ein Viertel der Pflegedienste „speziell für die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen seit 2017“ das Personal aufgestockt. Ein weiteres Viertel der Pflegedienste würde ihr Personal für diese Aufgaben gerne aufstocken, wenn es geeignete Bewerber/innen gäbe. Knapp die Hälfte der Dienste gibt aber an, dass eine Aufstockung nicht geplant ist.

Tabelle 51: Aufstockung des Personals seit 1.1.2017 speziell für die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein und eine Aufstockung ist auch aktuell nicht geplant	164	48,1	49,7
Nein, wir würden aber aufstocken, wenn es geeignete Bewerber/innen gäbe	87	25,5	26,4
Ja, wir haben aufgestockt	79	23,2	23,9
fehlende Angaben	11	3,2	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.4

Anmerkung: Spaltenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Spaltenprozent)

Von den 79 Diensten, die seit 2017 ihr Personal speziell für die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen aufgestockt haben, haben 76 eine Angabe zur Zahl der zusätzlichen Beschäftigten gemacht. Demnach wurden im Mittel etwas über drei zusätzliche Personen eingestellt (Tabelle 52).

Tabelle 52: Durchschnittliche Personenanzahl, um die aufgestockt wurde (pflegerische Betreuungsmaßnahmen)

M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
3,17	3,24	1	20	76	3

Quelle: IGES; Leitung, B.4

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum); fehlende Angaben beziehen sich ausschließlich auf Pflegedienste, die angeben, dass aufgestockt wurde, die aber keine genaue Zahl nennen.

Die Analysen zu den personellen Auswirkungen bestätigen den bisherigen Befund, dass die Bedeutung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugenommen hat.

## 5.6 Betreuungs- und Entlastungsleistungen

### 5.6.1 Bedeutung von Leistungen, die über den Entlastungsbetrag finanziert werden

Bis zum Jahresende 2016 konnten Versicherte „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (§ 45b SGB XI i.d. bis 31.12.2016 geltenden Fassung) in Anspruch nehmen. Die Kosten für diese Leistungen wurden den Pflegebedürftigen bis zu einem Betrag von 104 Euro (Grundbetrag) bzw. 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich von der Pflegekasse erstattet. Nach der seit 1.1.2017 geltenden Regelung haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege Anspruch auf den Entlastungsbetrag von einheitlich bis zu 125 Euro monatlich, den sie – wie zuvor – für Leistungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege oder für Leistungen von Pflegediensten gem. § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) nutzen können.

Im Rahmen der Untersuchung wurde erhoben, inwieweit sich mit den angesprochenen Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen auch Veränderungen im Leistungsportfolio der Pflegedienste ergeben haben, indem für zwei Zeiträume (2016 sowie zum Befragungszeitpunkt, also 2019) gefragt wurde, wie viele Pflegedienste für wenigstens eine/n Kunden/-in Leistungen erbracht haben, die über den Entlastungsbetrag (2019) bzw. als „Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (2016, gem. dem bis 31.12.2016 geltenden § 45b SGB XI) finanziert wurden. Tabelle 53 zeigt die Ergebnisse.. Demnach erbringen aktuell etwa 85 % der Dienste

Leistungen, die von den betreffenden Pflegebedürftigen über den Entlastungsbetrag finanziert werden (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben sind es sogar 95 %).

In Bezug auf 2016 konnte wieder ein relativ hoher Anteil der Dienste (38 %) keine Angabe zu dieser Frage machen. Betrachtet man die Häufigkeiten ohne Berücksichtigung der fehlenden Angaben, zeigt sich zwischen der Situation in 2016 und der aktuellen Situation eine nur geringfügige Zunahme des Anteils der Dienste bei denen zumindest ein Teil der Kunden Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags bezieht.

Tabelle 53: Erbringung von Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags (2019) bzw. von „Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (2016)

	aktuell			2016		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	14	4,1	4,7	17	5,0	8,0
Ja	285	83,6	95,3	196	57,5	92,0
Fehlende Angabe	42	12,3	-	128	37,5	-
Gesamt	341	100,0	100,0	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Items B5 und B7

Bezogen auf die aktuelle Situation sowie 2016 wurde ferner um Angabe des Anteils der Kunden/innen in den Pflegediensten gebeten, die Leistungen beziehen, die über den Entlastungsbetrag finanziert werden. Diese Ergebnisse zeigen einen deutlichen Zuwachs des Anteils von Kunden/innen, die von ihrem Pflegedienst solche Leistungen beziehen (von durchschnittlich 26 % der Kunden/innen in 2016 auf aktuell 45 %).

Tabelle 54: Durchschnittlicher Anteil (in Prozent) von Kunden mit Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags bzw. von „Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (2016)

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
aktuell	44,60	28,96	0	160	299	42
2016	26,09	22,75	0	100	214	127

Quelle: IGES; Leitung, Item B.5 und B.7

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Resümierend ist in Bezug auf die Erstattungsleistungen somit zu konstatieren, dass nahezu alle Pflegedienste solche Leistungen sowohl in 2016 als auch aktuell grundsätzlich erbringen, dass aber der Anteil von Kunden, die den Dienst mit solchen Leistungen beauftragen deutlich gewachsen ist.

Auch die Angaben in der Befragung der Pflegebedürftigen sprechen für eine aktuell relativ hoch ausgeprägte Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen: Mehr als die Hälfte der befragten Pflegebedürftigen bezieht Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags direkt bei dem Pflegedienst (Tabelle 55: 56 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Tabelle 55: Werden Leistungen des Pflegedienstes mit dem Entlastungsbetrag finanziert? (Angaben der Pflegebedürftigen)

Dauer	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	1133	40,8	56,3
Nein	879	31,7	43,7
Weiß nicht	376	13,6	-
Fehlende Angabe	386	13,9	-
Gesamt	2774	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.9

Anmerkung: Spaltenprozent

### 5.6.2 Auswirkungen auf Personalausstattung und Personalmix

Wie bei den „Pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ (Tabelle 51) wurde auch bezogen auf die Leistungen, die über den Erstattungsbetrag finanziert werden, danach gefragt, ob der Dienst speziell für die Erbringung solcher Leistungen seit 1.1.2017 sein Personal aufgestockt hat. Wie Tabelle 56 zu entnehmen ist, hat mehr als die Hälfte (54 %) der befragten Dienste das Personal für diese Aufgaben erhöht und etwa 18 % würden weiteres Personal einstellen, wenn es geeignete Bewerber/innen gäbe.

Tabelle 56: Aufstockung des Personals seit 1.1.2017 speziell für die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein und eine Aufstockung ist auch aktuell nicht geplant	94	27,6	27,8
Nein, wir würden aber aufstocken, wenn es geeignete Bewerber/innen gäbe	60	17,6	17,8
Ja, wir haben aufgestockt	184	54,0	54,4
fehlende Angaben	3	0,9	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.6

Anmerkung: Spaltenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Spaltenprozent)

Von den 184 Diensten, die seit 2017 ihr Personal speziell für die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags aufgestockt haben, haben 174 eine Angabe zur Zahl der zusätzlichen Beschäftigten gemacht. Demnach wurden im Mittel ca. 4 Personen neu eingestellt (Tabelle 57).

Tabelle 57: Durchschnittliche Personenanzahl, um die aufgestockt wurde (Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags)

M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
4,48	7,06	1	83	174	10

Quelle: IGES; Leitung, B.6

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum); fehlende Angaben beziehen sich ausschließlich auf Pflegedienste, die angeben ihr Personal aufgestockt zu haben, aber keine Anzahl nennen.

## 5.7 Neues Pflegeverständnis

Zentrales Thema der Untersuchung ist der Stand der Umsetzung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege unter den Bedingungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In den Befragungen der Leitungen der Pflegedienste und der Pflegefachkräfte wurde dieser Fragenkomplex mit zwei unterschiedlichen Konzepten operationalisiert:

- Zum einen wurde eine Liste von Aussagen vorgegeben, die jeweils einzelne Aspekte der Neuorientierung beschreiben. Die Dienste und Pflegefachkräfte sollten zu jedem Aspekt angeben, wie der aktuelle Stand der Umsetzung in ihrem Pflegedienst ist. Vorgegeben waren die Abstufungen „ist aktuell noch gar nicht umgesetzt“, „Umsetzung steht noch am Anfang“ oder

„Umsetzung ist schon weit fortgeschritten“. Sofern mit der Umsetzung zumindest bereits begonnen wurde („steht noch am Anfang“) oder sie bereits weit fortgeschritten ist, sollte zusätzlich angekreuzt werden, ob die Umsetzung bereits vor 2017 stattgefunden hat und ob seit 2017 zu diesem Thema „neue Maßnahmen umgesetzt“ wurden.

Bei diesem Erhebungsansatz besteht aus Sicht von IGES eine gewisse Gefahr, den Grad der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses zu überschätzen, weil die Befragten im Hinblick auf die abgefragten Aspekte – wie bspw. die Ausrichtung auf den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit – die Tragweite der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff intendierten inhaltlich-qualitativen Neuausrichtung möglicherweise nicht erkennen. Aufgrund von begrifflichen Ähnlichkeiten zu den seit langem etablierten Konzepten der „aktivierenden Pflege“ kann dies dazu führen, dass vorschnell angegeben wird, dass der betreffende Aspekt bereits umgesetzt ist. Auf die mit diesem Erhebungskonzept verbundene Gefahr einer Überschätzung des Umsetzungsgrades wurde IGES auch von Führungskräften aus dem Kreis der Einrichtungen hingewiesen, die an den Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1 teilgenommen haben.

Um diesem Problem zu begegnen wurde daher zusätzlich eine zweite Form der Operationalisierung in die Fragebögen für die Einrichtungsleitungen und die Pflegefachkräfte aufgenommen:

- Es wurden zwei Beispielfälle beschrieben, in denen ein Pflegedienst jeweils auf die geschilderte Ausgangssituation („Vorgeschichte“) in einer Weise reagiert, die charakteristische Elemente des neuen Pflegeverständnisses illustriert. Zu jedem Beispielfall wurden mehrere Fragen gestellt, wobei jeweils anzugeben war, ob der eigene Dienst ebenfalls in der beschriebenen Weise reagieren könnte, ob dafür das geeignete Personal vorhanden ist, ob die Arbeitsorganisation des Dienstes ein solches Vorgehen zuließe und ob ggf. in dem Beispiel genannte Hilfen und Maßnahmen tatsächlich bereits durchgeführt werden.

Die Beispielfälle geben u.E. ein vollständigeres Bild von der mit dem neuen Pflegeverständnis verbundenen Neuausrichtung der pflegerischen Praxis und sind daher vermutlich eher geeignet, den tatsächlichen Stand der Implementierung und Umsetzung zu erfassen.

### **5.7.1 Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses**

Tabelle 58 zeigt zunächst die Ergebnisse aus der Befragung der Einrichtungsleitungen zum Stand der Umsetzung der Aspekte, denen im Rahmen der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege eine wesentliche Bedeutung zukommt.

Besonders häufig als bereits weit in der Umsetzung fortgeschritten werden von den Leitungen folgende Aspekte genannt: Die Berücksichtigung der Förderung bzw. des Erhalts der Selbständigkeit in der Pflege- bzw. Maßnahmenplanung (2. Aspekt: 74 % weit fortgeschritten, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), die

Prüfung bei neuen Pflegekunden/innen, ob gezielte Maßnahmen zur Förderung bzw. zum Erhalt der vorhandenen Mobilität in Frage kommen (5. Aspekt: 67 %) und das Angebot von gezielten Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation, wenn Angehörige den Belastungen im Pflegealltag nicht gewachsen sind (6. Aspekt: 65 %). Am häufigsten als „noch gar nicht umgesetzt“ werden die Aspekte „Training von pflegenden Angehörigen zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz“ (7. Aspekt: 50 % noch gar nicht umgesetzt) und die regelmäßige Überprüfung des Ergebnisses von durchgeführten Anleitungen oder Schulungen (8. Aspekt: 45 %) genannt. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass nach Ansicht der Leitungen ein großer Anteil der Pflegedienste in der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses bereits weit fortgeschritten ist oder zumindest mit der Umsetzung begonnen hat.

Tabelle 59 zeigt die Antworten der Leitungen auf die Frage, ob die entsprechende Situation bereits vor 2017 erreicht wurde bzw. ob seit 2017 diesbezüglich zusätzliche Maßnahmen ergriffen wurden. Diese Frage war nur zu beantworten, wenn zuvor nicht angegeben worden war, dass der Aspekt noch gar nicht umgesetzt wurde.

Neue Maßnahmen seit 2017 werden lediglich von ein Viertel bis ein Drittel der betroffenen Leitungen angegeben. Die meisten neuen Maßnahmen (seit 2017) beziehen sich auf die zielgerichtete Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen zur Stärkung ihrer Selbstpflegekompetenz (3. Aspekt: 34 %). Maßnahmen, die bereits vor 2017 umgesetzt wurden, beziehen sich dagegen am häufigsten auf die pflegfachliche Anleitung pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen (4. Aspekt: 76 %) bzw. deren Stabilisierung (6. Aspekt: 75 %).

Zumindest der sechste Aspekt (Maßnahmen zur Stabilisierung der Pflegesituation) zählt auch zu denen, deren Umsetzung bereits am weitesten fortgeschritten ist (vgl. Tabelle 58), weshalb eine häufigere Umsetzung dazugehöriger Maßnahmen vor 2017 plausibel erscheint. Bei den übrigen Aspekten mit der höchsten Umsetzung zeigt sich kein solches Muster: Aspekt 2 und 5, deren Umsetzung am häufigsten bereits als weit fortgeschritten bewertet wird, sind nicht etwa auch am häufigsten bereits vor 2017 umgesetzt worden. Allerdings wird von den Leitungen für sämtliche Aspekte ohnehin mehrheitlich angegeben, dass die Umsetzung bereits vor 2017 stattgefunden hat (mindestens 67 %). Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat so – zumindest nach Aussage der Leitungen – mehrheitlich zu keinen neuen Maßnahmen im Sinne einer qualitativ-inhaltlichen Weiterentwicklung in den Pflegediensten geführt. Der Befund lässt sich jedoch auch so interpretieren, dass entsprechende Anpassungen bereits vor 2017, also im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeleitet worden sind.

Tabelle 58: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitungen

	ist aktuell noch gar nicht umge- setzt		Umsetzung steht noch am Anfang		Umsetzung ist schon weit fort- geschritten		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
1. Der Pflegedienst soll nicht nur bei körper- oder haushaltsbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	74	21,7 24,9	81	23,8 27,3	142	41,6 47,8	44	12,9 -
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	27	7,9 9,7	46	13,5 16,5	206	60,4 73,8	62	18,2 -
3. Der Pflegedienst soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	84	24,6 28,4	80	23,5 27,0	132	38,7 44,6	45	13,2 -
4. Der Pflegedienst soll auch Leistungen zur pflegefachlichen Anleitung pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen erbringen, um eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person zu erreichen.	81	23,8 27,7	69	20,3 23,6	142	41,8 48,6	48	14,1 -
5. Bei neuen Pflegekunden/innen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	33	9,7 11,4	63	18,5 21,8	193	56,6 66,8	52	15,2 -
6. Wenn pflegende Angehörigen den Belastungen im Pflegealltag nicht gewachsen sind, bieten wir gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation an.	43	12,6 14,8	59	17,3 20,3	188	55,1 64,8	51	15,0 -
7. Mit pflegenden Angehörigen führen wir bei Bedarf in der Häuslichkeit ein gesondertes Training zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz durch (im Rahmen der Sachleistung nach § 36 SGB XI).	145	42,5 49,7	61	17,9 20,9	86	25,2 29,5	49	14,4 -
8. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	133	39,0 45,4	56	16,4 19,1	104	30,5 35,5	48	14,1 -

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben)

Tabelle 59: Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Leitungen

	Umsetzung bereits vor 2017		seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt	
	N	g%	N	g%
1. Der Pflegedienst soll nicht nur bei körper- oder haushaltsbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	143	69,8 %	62	30,2 %
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	180	70,9 %	74	29,1 %
3. Der Pflegedienst soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	127	66,5 %	64	33,5 %
4. Der Pflegedienst soll auch Leistungen zur pflegefachlichen Anleitung pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen erbringen, um eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person zu erreichen.	149	76,0 %	47	24,0 %
5. Bei neuen Pflegekunden/innen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	175	72,3 %	67	27,7 %
6. Wenn pflegende Angehörigen den Belastungen im Pflegealltag nicht gewachsen sind, bieten wir gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation an.	171	75,0 %	57	25,0 %
7. Mit pflegenden Angehörigen führen wir bei Bedarf in der Häuslichkeit ein gesondertes Training zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz durch (im Rahmen der Sachleistung nach § 36 SGB XI).	92	69,7 %	40	30,3 %
8. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	97	67,8 %	46	32,2 %

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Frageteil war nur zu beantworten, wenn „Umsetzung am Anfang steht“ oder „schon weit fortgeschritten ist“.

Tabelle 60 zeigt Ergebnisse aus der Befragung der Pflegefachkräfte zum Stand der Umsetzung derselben Aspekte. Die Verteilung fällt sehr ähnlich aus wie bei den Leitungen der Pflegedienste. In Bezug auf die meisten Aspekte (6 von insgesamt 8) wird von den Pflegefachkräften etwas seltener angegeben, dass der Aspekt „aktuell noch gar nicht umgesetzt“ ist. Am häufigsten wird i.d.R. auch von den Pflegefachkräften angegeben, dass die Umsetzung bereits weit fortgeschritten ist, nur bei Aspekt 7 wird – wie bereits von den Leitungen – am häufigsten angegeben, dass dessen Umsetzung noch am Anfang steht (Training von pflegenden Angehörigen zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz: 50 %). Bei Aspekt 8 findet sich dage-

gen –anders als bei den Leitungen – am häufigsten die Angabe, dass die Umsetzung bereits weit fortgeschritten ist (Evaluation von Schulung und Anleitung: 45 %).

Tabelle 60: Umsetzung neues Pflegeverständnis aus Sicht der Pflegefachkräfte

	ist aktuell noch umgegar nicht umgesetzt		Umsetzung steht noch am Anfang		Umsetzung ist schon weit fortgeschritten		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
1. Der Pflegedienst soll nicht nur bei körper- oder haushaltsbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	172	21,7 25,7	211	26,6 31,5	287	36,2 42,8	122	15,4 -
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	51	6,4 8,0	132	16,7 20,6	457	57,7 71,4	152	19,2 -
3. Der Pflegedienst soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	184	23,2 27,9	190	24,0 28,8	285	36,0 43,2	133	16,8 -
4. Der Pflegedienst soll auch Leistungen zur pflegefachlichen Anleitung pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen erbringen, um eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person zu erreichen.	213	26,9 31,4	193	24,4 28,4	273	34,5 40,2	113	14,3 -
5. Bei neuen Pflegekunden/innen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	51	6,4 7,8	125	15,8 19,1	479	60,5 73,1	137	17,3 -
6. Wenn pflegende Angehörigen den Belastungen im Pflegealltag nicht gewachsen sind, bieten wir gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation an.	56	7,1 8,6	120	15,2 18,5	474	59,8 72,9	142	17,9 -
7. Mit pflegenden Angehörigen führen wir bei Bedarf in der Häuslichkeit ein gesondertes Training zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz durch (im Rahmen der Sachleistung nach § 36 SGB XI).	300	37,9 44,7	159	20,1 23,7	212	26,8 31,6	121	15,3 -
8. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	221	27,9 33,2	145	18,3 21,8	299	37,8 45,0	127	16,0 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Tabelle 61 zeigt die Antworten der Pflegefachkräfte auf die Frage, ob die entsprechende Situation bereits vor 2017 erreicht wurde bzw. ob seit 2017 diesbezüglich zusätzliche Maßnahmen ergriffen wurden. Diese Frage war wieder nur zu beantworten, wenn zuvor nicht angegeben worden war, dass der Aspekt noch gar nicht umgesetzt wurde. Auch hier zeigen sich sehr ähnliche Antworten wie bei den Einrichtungsleitungen.

Tabelle 61: Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Umsetzung bereits vor 2017		seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt	
	N	g%	N	g%
1. Der Pflegedienst soll nicht nur bei körper- oder haushaltsbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	282	67,8	134	32,2
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	393	74,7	133	25,3
3. Der Pflegedienst soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	278	69,5	122	30,5
4. Der Pflegedienst soll auch Leistungen zur pflegefachlichen Anleitung pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen erbringen, um eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person zu erreichen.	283	74,5	97	25,5
5. Bei neuen Pflegekunden/innen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	418	77,6	121	22,4
6. Wenn pflegende Angehörigen den Belastungen im Pflegealltag nicht gewachsen sind, bieten wir gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation an.	406	77,3	119	22,7
7. Mit pflegenden Angehörigen führen wir bei Bedarf in der Häuslichkeit ein gesondertes Training zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz durch (im Rahmen der Sachleistung nach § 36 SGB XI).	220	72,8	82	27,2
8. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	275	74,7	93	25,3

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Frageteil war nur zu beantworten, wenn „Umsetzung am Anfang steht“ oder „schon weit fortgeschritten ist“.

Tabelle 62 zeigt die Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Kunden/innen der Pflegedienste. Anders als bei den Leitungen und Pflegefachkräften wurde hier nicht nach Veränderungen seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gefragt, da nicht davon ausgegangen wurde, dass Kunden/innen über die Änderungen immer Bescheid wussten bzw. etwaige Veränderungen tatsächlich festgestellt haben und sich an diese erinnern und genau zurückdatieren konnten. Stattdessen wurde nur nach der derzeitigen Übereinstimmung mit Aussagen gefragt, die Aspekte des neuen Pflegeverständnisses thematisieren.

Auch in der Befragung der Pflegebedürftigen finden sich hohe Zustimmungswerte zu den verschiedenen Aspekten, die im Zusammenhang mit dem neuen Pflegeverständnis stehen. Die höchsten Zustimmungswerte zeigen sich für die Berücksichtigung von Wünschen und Vorlieben (1. Aussage: 91 % „trifft genau zu“ und „trifft eher zu“, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), ausreichend Zeit für Pflege und Betreuung (5. Aussage: 87 %) und Ansprechbarkeit für pflegende Angehörige (2. Aussage: 85 %). Die geringsten Zustimmungswerte finden sich für Ratschläge zur Aufrechterhaltung des Schlaf-Wach-Rhythmus (10. Aussage: 45 %), Vorschläge zu Übungen, um die Beweglichkeit zu erhalten oder zu verbessern (8. Aussage: 60 %) und Unterstützung bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte (11. Aussage: 51 %).

Bei einigen Fragen finden sich hohe Anteile von Befragten, die „weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage“ angekreuzt haben, was plausibel ist, wenn z.B. keine Beeinträchtigung des Schlaf-Wach-Rhythmus vorliegt oder keine Angehörigen vorhanden sind. Prozentuiert man die übrigen Antworten ohne diese Befragten, dann steigen die Zustimmungswerte (Summe von „trifft genau/trifft eher zu“) teilweise deutlich: Ratschläge zur Aufrechterhaltung des Schlaf-Wach-Rhythmus auf 65 % Zustimmung; Förderung der Pflegekompetenz der Angehörigen auf 82 % Zustimmung; achten auf die Belastung pflegender Angehöriger auf 83 %; Vorschläge zur Erhaltung der Beweglichkeit im Alltag auf 72 %; Unterstützung sozialer Kontakte auf 69 %.

In Bezug auf die Aspekte, die einen spezifischeren Bezug zu Aspekten des neuen Pflegeverständnisses aufweisen – d.h. insbesondere die Fragen zur Selbstständigkeitsförderung (Nr. 3, 6., 8., 9.), zur Beratung und Anleitung von Angehörigen (Nr. 4., 7.), zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (Nr. 10., 11.) – ergibt die Befragung ein sehr positives Bild: Die Befragten geben bei allen Fragen zu mindestens 60 % zustimmende Antworten (trifft genau/eher zu), bereinigt man zusätzlich um Personen, die „weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage“ angekreuzt haben, dann liegen die Zustimmungswerte durchgängig über 70 %.

Noch höhere Zustimmungswerte – teilweise bis über 90 % – errechnen sich für die Fragen, die eher eine übergreifende Zufriedenheit mit der Versorgung messen (Nr. 1., 2., 5., 12.).

Tabelle 62: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen

Die Pflegekräfte des Pflegedienstes ...	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Weiß nicht/kommt für mich nicht in Frage		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
... berücksichtigen Wünsche und Vorlieben.	1659	59,8	707	25,5	103	3,7	32	1,2	112	4,0	161	5,8
		63,5		27,1		3,9		1,2		4,3		-
... sind ansprechbar für Angehörige bei Fragen oder Problemen.	1692	61,0	498	18,0	68	2,5	60	2,2	255	9,2	201	7,2
		65,8		19,4		2,6		2,3		9,9		-
... helfen möglichst selbständig und mobil zu bleiben.	1502	54,1	633	22,8	141	5,1	70	2,5	228	8,2	200	7,2
		58,4		24,6		5,5		2,7		8,9		-
... fördern die Pflegekompetenz der Angehörigen.	1005	36,2	551	19,9	204	7,4	140	5,0	602	21,7	272	9,8
		40,2		22,0		8,2		5,6		24,1		-
... nehmen sich ausreichend Zeit für Pflege und Betreuung.	1477	53,2	782	28,2	194	7,0	38	1,4	101	3,6	182	6,6
		57,0		30,2		7,5		1,5		3,9		-
... machen Vorschläge, um Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten.	1206	43,5	713	25,7	240	8,7	76	2,7	337	12,1	202	7,3
		46,9		27,7		9,3		3,0		13,1		-
... achten auf Belastung pflegender Angehöriger..	996	35,9	563	20,3	166	6,0	146	5,3	638	23,0	265	9,6
		39,7		22,4		6,6		5,8		25,4		-
... machen Vorschläge, um Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu verbessern.	855	30,8	653	23,5	376	13,6	212	7,6	426	15,4	252	9,1
		33,9		25,9		14,9		8,4		16,9		-
... ermuntern auf Hilfe von anderen zu verzichten.	929	33,5	663	23,9	282	10,2	154	5,6	480	17,3	266	9,6
		37,0		26,4		11,2		6,1		19,1		-
... geben Ratschläge zum Tag-Nacht-Rhythmus.	635	22,9	499	18,0	363	13,1	247	8,9	750	27,0	280	10,1
		25,5		20,0		14,6		9,9		30,1		-
... unterstützen soziale Kontakte.	781	28,2	498	18,0	327	11,8	258	9,3	654	23,6	256	9,2
		31,0		19,8		13,0		10,2		26,0		-
... beraten zu Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten.	1297	46,8	662	23,9	253	9,1	130	4,7	211	7,6	221	8,0
		50,8		25,9		9,9		5,1		8,3		-

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, A.12; Zeilenprozent

## 5.7.2 Fallbeispiele

Das erste Fallbeispiel hatte folgenden Wortlaut:

Beispiel 1
<p><b>Vorgeschichte:</b></p> <p>Die pflegebedürftige Frau B. lebt in der Einliegerwohnung im Haus ihres Sohnes. Die pflegerische Versorgung wird durch die Schwiegertochter und einen ambulanten Pflegedienst geleistet. Innerhalb der Wohnung kann sie sich noch einigermaßen bewegen, außerhalb der Wohnung oder beim Treppensteigen benötigt sie Hilfe. Frau B. versucht so gut wie möglich mit ihren Einschränkungen klar zu kommen und möchte ihrer Familie möglichst wenig zur Last fallen.</p> <p>Im April hat sich Frau B. bei einem Sturz in der Wohnung den Arm gebrochen. Obwohl der Bruch inzwischen gut verheilt ist, hat sich Frau B. seitdem verändert: Sie ist mutlos und ängstlich, sitzt im Sessel und bewegt sich kaum noch allein in der Wohnung, Essen und Getränke möchte sie angereicht bekommen. Am liebsten hätte sie die Schwiegertochter ständig in ihrer Nähe.</p> <p>Die pflegenden Angehörigen fühlen sich angesichts der plötzlich gestiegenen Erwartungen an sie überfordert. Es kommt vermehrt zu Spannungen in der Familie, auch weil die Angehörigen der Meinung sind, dass Frau B. gar nicht so viel Hilfe benötigen würde, wenn sie sich etwas mehr aufraffen würde. Die Situation wird immer schwieriger und die Angehörigen sprechen die Fachkraft des ambulanten Dienstes wegen des Wechsels von Frau B. in ein Pflegeheim an.</p>
<p><b>Was hat der Pflegedienst gemacht?</b></p> <p>Nach einem Gespräch mit Frau B. regt der Pflegedienst ein gemeinsames Gespräch mit Frau B. und ihren Angehörigen an. In diesem Gespräch erklärt die Fachkraft der Familie die Situation, insbesondere, dass es nach Krisensituationen wie dem Sturz von Frau B. häufig zu plötzlichen Veränderungen der Selbständigkeit und einem höheren Hilfebedarf kommt.</p> <p>Der Dienst schlägt Frau B. und der Familie vor, mit Frau B. ein gezieltes Training zur Verbesserung der Mobilität, der Rückgewinnung körperlicher Kräfte und der Stärkung des Selbstvertrauens durchzuführen. Die Familienangehörigen werden nach Einweisung in das Training eingebunden und sollen - zusätzlich zu den Terminen mit der Fachkraft - eigenständig mit Frau B. bestimmte Übungen durchführen.</p> <p>Nachdem Frau B. und ihre Angehörigen diesem Vorschlag zugestimmt haben, wird das Trainingsprogramm über einen Zeitraum von mehreren Wochen durchgeführt. Die Pflegefachkraft vereinbart mit der Familie feste Termine, bei denen die Fortschritte überprüft werden. Dabei werden auch die Ängste von Frau B. zum Thema gemacht. Ferner besteht Gelegenheit, die gesamte Entwicklung der häuslichen Pflegesituation mit allen Beteiligten zu besprechen.</p>

In dem ersten Fallbeispiel wurden somit insbesondere folgende Aspekte des neuen Pflegeverständnisses illustriert:

- Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, mit dem Ziel der Stabilisierung der Pflegesituation bzw. der Stärkung der (Selbst-)Pflegekompetenz.
- Das Angebot bzw. die Durchführung von gezielten Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit (zeitlich begrenzt, mit definierten und auch überprüften Zielen).

Tabelle 63 zeigt im oberen Teil die Angaben der Einrichtungsleitungen zu den Fragen, inwieweit ein Pflegedienst grundsätzlich – d.h. hinsichtlich der vertraglichen Voraussetzungen (Landesrahmenvertrag, Vergütungsvereinbarungen), der Personalausstattung und der Arbeitsorganisation – in der Lage wäre, so zu agieren, wie der Pflegedienst in dem Beispiel. Im unteren Teil der Tabelle sind die Ergebnisse zur tatsächlichen Umsetzung des im Beispiel skizzierten Trainings- und Schulungsprogramms dargestellt.

Dabei ist zu beachten, dass hier ausdrücklich jeweils nur nach Trainings- und Schulungsmaßnahmen im Rahmen der ambulanten Sachleistungserbringung gefragt wurde. Entsprechende Maßnahmen, die im Rahmen der pflegefachlichen Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI und in Form von Pflegekursen, auch in der häuslichen Umgebung, nach § 45 SGB XI erbracht werden, sollten hier außer Acht gelassen werden.

Nur eine Minderheit der Dienste hält das im Beispiel dargestellte Vorgehen in allen Aspekten gegenwärtig bereits für umsetzbar, die Mehrheit bewertet das Szenario als maximal nur teilweise umsetzbar. Knapp ein Viertel hat angegeben, dass das Beispiel im Rahmen der gegenwärtigen Arbeitsorganisation (z.B. Dienst- und Tourenpläne, Personaleinsatzplanung) gar nicht umsetzbar wäre.

Im Hinblick auf das beispielhafte Trainings- und Schulungsprogramm gibt kaum mehr als ein Viertel an, solche Maßnahmen bereits durchgeführt zu haben. Noch weniger Einrichtungen haben derartige Maßnahmen bereits durch Konzepte und Verfahrensanweisungen in ihr Qualitätsmanagement einbezogen (14 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Die Pflegedienste, die solche Maßnahmen bereits umsetzen (N = 89, 26 % der Gesamtstichprobe), geben aber durchschnittlich an, diese in den letzten 6 Monaten bei immerhin 7 Personen umgesetzt zu haben.

Tabelle 63: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1 aus Sicht der Leitungen

Umsetzbarkeit	Ja, in Bezug auf alles		Teilweise ja, teilweise nein		Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Lässt der für Ihren Dienst aktuell geltende Rahmen- bzw. Versorgungsvertrag eine solche Vorgehensweise des Pflegedienstes grundsätzlich zu?	73	21,4 22,4	182	53,4 55,8	71	20,8 21,8	15	4,4 -
Verfügt Ihr Pflegedienst über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	142	41,6 44,0	116	34,0 35,9	65	19,1 20,1	18	5,3 -
Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihres Pflegedienstes (z.B. Dienst- und Tourenpläne, Personaleinsatzplanung) eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	109	32,0 33,3	137	40,2 41,9	81	23,8 24,8	14	4,1 -
Umsetzung	Ja				Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%			N	% g%	N	% g%
Führt Ihr Pflegedienst solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme mit Pflegebedürftigen (und ggf. Pflegepersonen) aktuell bereits durch?	89	26,1 27,2			238	69,8 72,8	14	4,1 -
Gibt es in Ihrem Pflegedienst zu solchen oder ähnlichen Trainings- oder Schulungsprogrammen mit Pflegebedürftigen (und ggf. Pflegepersonen) ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	44	12,9 13,6			279	81,8 86,4	18	5,3 -
Durchschnittliche Anzahl der Personen mit Umsetzung						fehlende Angaben		
M	SD	Min	Max	Gültige N				
6,81	8,98	0	45	79		10		

Quelle: IGES; Leitung, Item D.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum). Fehlende Angaben zur durchschnittlichen Anzahl beziehen sich auf Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits durchführen, aber keine Personenzahl dazu nennen.

Die Leitungskräfte waren aufgefordert ggf. weitere Angaben als Freitext zu machen, welche der einzelnen Maßnahmen des Beispielfalls durch den für sie geltenden Rahmen- bzw. Versorgungsvertrag nicht abgedeckt sind bzw. nicht vergütet werden. Dabei wurde am häufigsten das Trainingsprogramm insgesamt genannt, aber vielfach auch die Beratung und Gespräche mit den Angehörigen sowie der Aspekt der wiederkehrenden Termine zur Überprüfung der Fortschritte.

Mit Bezug auf die Frage, welche konkreten Maßnahmen des Beispiels durch das aktuell beschäftigte Personal nicht oder nicht vollständig umsetzbar sind, wurde vor allem auf den Fachkräftemangel sowie den hohen Zeitdruck verwiesen. Ferner fehlen aus Sicht der Leitungen teilweise Kenntnisse, um solche Maßnahmen umzusetzen bzw. diese werden im physiotherapeutischen Bereich verortet („Training zur Kräftegewinnung ist wohl mehr die Physiotherapie, kürzere Beratung möglich, mehr nicht“; „Unser Schwerpunkt liegt in der Pflege und nicht in der Krankengymnastik - dafür sind auch die Schwestern nicht ausgebildet“; „Gezieltes Training über einen gewissen Zeitraum nur begrenzt möglich, sehe Training eher bei Physiotherapie!“). Teilweise wird auch darauf verwiesen, dass entsprechend qualifizierte Leistungen nicht ausreichend vergütet werden („Fachkraft zu teuer, Hilfskraft nicht geschult.“; „Die Lohnkosten sind zu hoch. Steht nicht in der Relation zum Preis, den man bekommt.“; „Erlöse gegenüber Leistungskomplex/Personalkosten zu gering.“).

Im Hinblick auf arbeitsorganisationsbedingte Hindernisse wurden in den Freitexten erneut ganz überwiegend der Personal- und Zeitmangel genannt. Eher seltener wird demgegenüber auf die Problematik hingewiesen, dass solche Maßnahmen sich nicht ohne weiteres in die Zeit- und Tourenpläne integrieren lassen.

Tabelle 64 zeigt die Umsetzbarkeit des Vorgehens im Fallbeispiel aus der Sicht der Pflegefachkräfte. Soweit es nur um die Aufklärung, Beratung und Einbindung der Angehörigen geht, zeigt sich, dass die Pflegefachkräfte mehrheitlich der Ansicht sind, dass das beschriebene Vorgehen in ihrem Pflegedienst immer umgesetzt werden könnte, soweit es sinnvoll ist (1. Aspekt: „Ausführliches Gespräch [mit Pflegebedürftigen] und Angehörigen [...]“: 80 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben; „Gespräche mit der Familie zur Entwicklung der häuslichen Pflegesituation“: 73 %). Am seltensten umgesetzt werden die Durchführung eines Trainingsprogramms über mehrere Wochen (2. Aspekt „würde fast nie gemacht“: 38 %) und feste Termine zur Überprüfung der Fortschritte durch das Trainingsprogramm (4. Aspekt: 31 %).

Tabelle 64: Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegekräfte

	Würde (fast) nie gemacht		Würde manchmal gemacht		Würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Ausführliches Gespräch mit Frau B. und den Angehörigen, um die Situation zu erklären.	39	4,9	117	14,8	608	76,8	28	3,5
		5,1		15,3		79,6		-
Durchführung des Trainingsprogramms über mehrere Wochen	279	35,2	205	25,9	256	32,3	52	6,6
		37,7		27,7		34,6		-
Anleitung der Familienangehörigen, damit sie sich an dem Training beteiligen	181	22,9	232	29,3	333	42,0	46	5,8
		24,3		31,1		44,6		-
Termine zur Überprüfung der Fortschritte	228	28,8	207	26,1	308	38,9	49	6,2
		30,7		27,9		41,5		-
Gespräche mit der Familie zur Entwicklung der häuslichen Pflegesituation	33	4,2	167	21,1	553	69,8	39	4,9
		4,4		22,2		73,4		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, D.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

Soweit nicht sämtliche Maßnahmen aus Tabelle 64 immer umgesetzt werden konnten, wurden die Pflegefachkräfte gebeten, Gründe für die fehlende Umsetzbarkeit anzugeben. Diese Angaben sind in Tabelle 65 dargestellt. Wie dort erkennbar, gibt die Mehrheit der Pflegefachkräfte an, dass es in ihrem Pflegedienst solche Trainings- und Schulungsprogramme für Pflegebedürftige schlicht noch nicht gibt (4. Grund „trifft genau zu“ und „trifft eher zu“: 69 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) und hier Schwierigkeiten bei der Finanzierung solcher Maßnahmen bestehen (1. Grund „Keine Abrechnungsmöglichkeiten gegenüber Pflegekasse“: 68 %; 2. Grund „Bezahlung durch Kunden aus eigener Tasche“: 76 %). Dagegen sehen die meisten keine Barrieren bei dem im Fallbeispiel beschriebenen Vorgehen in Bezug auf die fehlende Zustimmung der Kunden/innen („trifft eher nicht zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“: 62 %) oder fehlende Kenntnisse der Pflegefachkräfte (58 %).

Tabelle 65: Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Keine Abrechnungsmöglichkeit gegenüber der Pflegekasse	245	30,9	208	26,3	141	17,8	69	8,7	129	16,3
		37,0		31,4		21,3		10,4		-
Kunden müssen diese Maßnahme aus eigener Tasche bezahlen und das können oder wollen sie nicht.	260	32,8	250	31,6	112	14,1	53	6,7	117	14,8
		38,5		37,0		16,6		7,9		-
Die meisten meiner Kunden/innen bzw. die Angehörigen wären mit einer Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden - auch wenn es sie nichts kosten würde	55	6,9	204	25,8	308	38,9	109	13,8	116	14,6
		8,1		30,2		45,6		16,1		-
In meinem Pflegedienst gibt es solche Trainings- oder Schulungsprogramme für Pflegebedürftige (und ggf. Pflegepersonen) noch nicht	247	31,2	217	27,4	137	17,3	69	8,7	122	15,4
		36,9		32,4		20,4		10,3		-
Mir und meinen Kollegen/innen fehlen teilweise die Kenntnisse, um solche Maßnahmen durchzuführen		8,3		28,2		31,2		18,2	112	14,1
		9,7		32,8		36,3		21,2		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, D.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Fragen waren nur zu beantworten, wenn sämtliche Maßnahmen aus Tabelle 64 nicht immer umgesetzt werden können.

In Bezug auf die Interpretation der Antworten auf die Frage, ob Kunden oder Angehörige mit der Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden wären, „auch wenn es sie nichts kosten würde“, kann auf ein Ergebnis aus den Workshops im Arbeitspaket 1 verwiesen werden. Die Teilnehmenden hatten dort ebenfalls angemerkt, dass nach ihrer Auffassung ein Teil der Pflegebedürftigen dem Ziel der Selbstständigkeitsförderung eher skeptisch gegenüberstünde. Als Grund wurde angeführt, dass vielfach noch ein Verständnis von „Pflege“ vorherrsche, welches eine möglichst weitgehende Übernahme von Tätigkeiten durch die Pflegepersonen als „gute Pflege“ ansehe.

Darüber hinaus konnten auch die Pflegefachkräfte Freitextangaben zu weiteren wichtigen Gründen machen, die eine Durchführung der beispielhaften Maßnahmen behindern. Am häufigsten wurden dabei der Personalmangel und Zeitdruck genannt. Auch mangelndes Interesse seitens der Angehörigen wird mehrfach angeführt, insbesondere, wenn entsprechende Maßnahmen mit eigenen Mitteln finanziert werden müssten („Oft auch kein Interesse der Angehörigen, kostet es Geld oder Zeit der Angehörigen, findet es oft keinen Zuspruch.“; „Angehörige empfinden Beratung schnell als Kritik oder meinen, sie tun nicht genug. Gespräche sehr anstrengend.“; „Angehörige bringen sich seltener ein; Angehörige scheuen sich, für Beratung und Begleitung Geld auszugeben; nur wenige sind bereit für Beratung zu bezahlen.“).

Darüber hinaus wurden die Pflegefachkräfte gefragt, ob wichtige Voraussetzungen für das Vorgehen wie im Fallbeispiel auf Ebene der Arbeitsorganisation und des Einstiegs in die Pflegeplanung gegenwärtig bereits vorliegen (Tabelle 66). Hier sehen die meisten Pflegefachkräfte die derzeitige Arbeitsorganisation – ähnlich wie die Leitungen (vgl. Tabelle 63) – bereits als geeignet an, um ein Schulungs- /Trainingsprogramm wie in dem Fallbeispiel 1 umzusetzen („trifft genau zu“ und „trifft eher zu“: 57 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Noch häufiger wird die derzeitige Vorgehensweise der Informationssammlung im Rahmen des Pflegeprozesses als kompatibel mit dem im Fallbeispiel beschriebenen Vorgehen bewertet (88 %).

Tabelle 66: Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Unsere Arbeitsorganisation ist darauf eingestellt, solche Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung zu erbringen	145	18,3 19,4	281	35,5 37,7	238	30,1 31,9	82	10,4 11,0	46	5,8 -
Bei neuen Pflegekunden schätzen unsere Fachkräfte in allen Fällen ein, inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt oder der Wiederherstellung von Selbständigkeit erfolgen kann	337	42,6 44,6	330	41,7 43,7	77	9,7 10,2	12	1,5 1,6	36	4,5 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, D.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Das zweite Fallbeispiel hatte folgenden Wortlaut:

Beispiel 2
<p><b>Vorgeschichte:</b></p> <p>Frau K. bittet den Pflegedienst um Hilfe bei der Pflege ihrer Mutter, die sie wegen einer fortschreitenden Demenz zu sich nach Hause geholt hat. Die tägliche Versorgung bereite immer mehr Konflikte. Bei den einfachsten Dingen wie dem morgendlichen Waschen und Kämmen, dem Ausziehen des Nachthemds oder bei den Mahlzeiten wäre sie sprunghaft, würde sich verweigern oder sie sogar beschuldigen alles falsch zu machen. Manchmal wäre sie jetzt mit der Mutter deshalb sehr ungeduldig, gleichzeitig schäme sie sich aber dafür. Sie sei dennoch fest entschlossen, ihre Mutter bei sich zu behalten und verspreche sich von dem Pflegedienst Entlastung bei der körperlichen Pflege.</p>
<p><b>Was hat der Pflegedienst gemacht?</b></p> <p>Die Pflegefachkraft informiert Frau K. zu Art und Umfang der Leistungen durch die Pflegeversicherung und weiteren Möglichkeiten der Unterstützung. Ferner bespricht sie mit ihr die grundlegenden Herausforderungen des Zusammenlebens mit der Mutter, deren demenzielle Erkrankung fortschreiten wird.</p> <p>Sie schlägt Frau K. daher vor, sie im Rahmen eines zielgerichteten Coachings zu begleiten: Das Coaching umfasst zunächst mehrere Gespräche, in denen grundlegende Kenntnisse bzw. ein besseres Verständnis der Erkrankung vermittelt werden. Anschließend wird Frau K. im Umgang mit den Verhaltensbesonderheiten ihrer Mutter geschult. Über einen festgelegten Zeitraum erfolgt eine Begleitung von Frau K. im Sinne einer Supervision durch regelmäßige Gespräche. Ferner besteht für Frau K. die Möglichkeit zu kurzfristigen telefonischen Beratungen bei akuten Situationen.</p>

In dem zweiten Fallbeispiel wurden somit insbesondere folgende Aspekte des neuen Pflegeverständnisses illustriert:

- Die Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, mit dem Ziel der Stabilisierung der Pflegesituation bzw. der Stärkung der (Selbst-)Pflegekompetenz.
- Das Angebot bzw. die Durchführung von gezielten Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegekompetenz von Angehörigen.

Damit fokussiert Fallbeispiel 2 stärker als Fallbeispiel 1 auf die aktive Einbindung von Angehörigen.

Die grundsätzliche Durchführbarkeit einer Vorgehensweise wie in Beispiel 2, wird von den Leitungen der Pflegedienste- im Vergleich zu Beispiel 1 – häufiger verneint (Tabelle 67): Der Anteil, der die geltenden vertraglichen Voraussetzungen für nicht gegeben hält (41 % ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) ist fast doppelt so hoch, wie in Beispiel 1 (22 %) und die eigene Arbeitsorganisation wird in Beispiel 2 von etwas mehr als 40 % als Hindernis angegeben, in Beispiel 1 hingegen nur von 25 % (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Dementsprechend ist auch der

Anteil der Pflegedienste, die eine derartige Maßnahme der Anleitung und Schulung von Angehörigen bereits durchführen, mit 20 % etwas niedriger als in Beispiel 1 (27 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Die Pflegedienste, die solche Maßnahmen bereits umsetzen (N = 66, 19 % der Gesamtstichprobe), geben aber durchschnittlich an, diese in den letzten 6 Monaten bei immerhin 8 Personen umgesetzt zu haben.

Der Vergleich der Antworten der Leitungen zu Beispiel 1 und Beispiel 2 zeigt, dass die Maßnahmen in Bezug auf die Förderung der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität (Beispiel 1) eher als umsetzbar bzw. bereits umgesetzt bewertet werden, als die Maßnahmen zur Stärkung der Pflegekompetenz von Angehörigen (Beispiel 2).

Die Freitextangaben der Leitungskräfte, welche Maßnahmen im Einzelnen durch den bestehenden Rahmen- und Versorgungsvertrag nicht abgedeckt sind sowie welche personellen und arbeitsorganisatorischen Hindernisse in Bezug auf die Umsetzung einer Vorgehensweise wie im zweiten Fallbeispiel bestehen, ähneln stark den Angaben zum ersten Fallbeispiel: Das beschriebene Coaching und insbesondere die kontinuierliche Begleitung (Supervision) werden als nicht abrechenbar genannt („Coaching und Supervision wird aktuell nicht refinanziert.“; „Beratung zu Entlastungsmöglichkeiten erfolgt. Coaching + Supervision erfolgt nicht.“). Neben dem Fachkräftemangel werden ferner in Bezug auf das Personal teilweise auch Kenntnisdefizite angesprochen („Es kennen sich nicht alle so gut mit Demenz aus“; „Personalmangel besteht, die einzige Gerontofachkraft ist die Pflegedienstleitung, zeitliche Strukturen geben keinen Handlungsspielraum.“).

Tabelle 68 zeigt die Umsetzbarkeit des Vorgehens im Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte. Anders als bei Fallbeispiel 1, wird hier von den Pflegefachkräften für sämtliche Maßnahmen mehrheitlich angegeben, dass das beschriebene Vorgehen fast immer umgesetzt werden könnte, soweit es sinnvoll ist (1., 2. und 4. Aspekt:  $\geq 63$  %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Nur das Einüben des Umgangs mit herausfordernden Situationen wird seltener umgesetzt (3. Aspekt „würde manchmal gemacht“ 35 %; „würde fast nie gemacht“ 18 %).

Insgesamt fallen in der Befragung der Pflegefachkräfte die Zustimmungswerte für Fallbeispiel 2 höher aus als für Fallbeispiel 1 – entgegen dem Muster bei den Leitungen, bei denen Fallbeispiel 1 eher als umsetzbar gewertet wurde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Leitungen und Pflegefachkräfte auf unterschiedliche Weise nach der Umsetzbarkeit gefragt wurden: Während Leitungen die allgemeine Umsetzbarkeit eines gesamten Trainings-/Schulungsprogramms in Bezug auf Rahmen-/Versorgungsverträge, geeignetes Personal und Arbeitsorganisation beurteilen, beurteilen Pflegefachkräfte zunächst nur die Umsetzbarkeit einzelner Elemente des Programms („Maßnahmen“).

In Fallbeispiel 1 wurden von den Pflegefachkräften v.a. Maßnahmen als weniger umsetzbar gewertet, die sich direkt auf ein mehrwöchiges Trainingsprogramm und dessen Evaluation beziehen. Vergleichbare Elemente dazu finden sich unter den abgefragten Aspekten zu Fallbeispiel 2 nicht. Der Einbezug der Angehörigen

könnte so von den Pflegefachkräften eher punktuell als kontinuierlich über den definierten Zeitraum eines Programms interpretiert und entsprechend bewertet worden sein. Inhaltlich besser vergleichbare Aspekte werden dagegen auch von den Pflegefachkräften in Fallbeispiel 2 zurückhaltender oder zumindest ähnlich bewertet wie in Fallbeispiel 1 („Gespräch mit pflegebedürftiger Person K.“ – „Gespräch mit pflegebedürftiger Person B.“; „Einüben des Umgangs mit herausfordernden Situationen“ – „Anleitung der Familienangehörigen“).

---

Tabelle 67: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2

Umsetzbarkeit	Ja, in Bezug auf alles		Teilweise ja, teilweise nein		Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Lässt der für Ihren Dienst aktuell geltende Rahmen- bzw. Versorgungsvertrag eine solche Vorgehensweise des Pflegedienstes grundsätzlich zu?	79	23,2 24,5	111	32,6 34,4	133	39,0 41,2	18	5,3 -
Verfügt Ihr Pflegedienst über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	119	34,9 37,1	102	29,9 31,8	100	29,3 31,2	20	5,9 -
Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihres Pflegedienstes (z.B. Dienst- und Tourenpläne, Personaleinsatzplanung) eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	93	27,3 28,8	96	28,2 29,7	134	39,3 41,5	18	5,3 -
Umsetzung	Ja				Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%			N	% g%	N	% g%
Führt Ihr Pflegedienst solche zielgerichteten Trainings- oder Schulungsprogramme mit Angehörigen oder anderen Pflegepersonen aktuell bereits durch?	66	19,4 20,4			257	75,4 79,6	18	5,3 -
Gibt es in Ihrem Pflegedienst zu solchen zielgerichteten Trainings- oder Schulungsprogrammen mit Angehörigen oder anderen Pflegepersonen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	43	12,6 13,7			270	79,2 86,3	28	8,2 -
Durchschnittliche Anzahl der Personen mit Umsetzung						fehlende Angaben		
M	SD	Min	Max	Gültige N				
8,37	13,59	0	75	50		16		

Quelle: IGES; Leitung, Item D.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben); M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum). Fehlende Angaben zur durchschnittlichen Anzahl beziehen sich auf Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits durchführen, aber keine Personenzahl dazu nennen.

Tabelle 68: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Würde (fast) nie gemacht		Würde manchmal gemacht		Würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Beratungsgespräch mit Frau K. zu den Herausforderungen des Zusammenlebens mit einem demenzkranken Menschen und möglichen Hilfen	70	8,8 9,2	164	20,7 21,6	524	66,2 69,1	34	4,3 -
Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen für ein besseres Verständnis der Erkrankung	29	3,7 3,8	179	22,6 23,6	551	69,6 72,6	33	4,2 -
Einüben des Umgangs mit herausfordernden Situationen und Begleitung bei der Umsetzung im Alltag	136	17,2 18,0	257	32,4 34,0	362	45,7 47,9	37	4,7 -
Kurzfristige telefonische Beratungen bei akuten Problemen (durch Sie oder andere Kollegen/innen)	94	11,9 12,4	185	23,4 24,4	478	60,4 63,1	35	4,4 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, D.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Die Gründe für die nicht vollumfängliche Umsetzung des Vorgehens finden sich in Tabelle 69. Die Verteilung der Antworten der Pflegefachkräfte zu den Gründen fallen ähnlich wie für Fallbeispiel 1 aus. Demnach sehen die meisten Pflegefachkräfte der Pflegedienste hier wieder keine Abrechnungsmöglichkeiten für das beschriebene Vorgehen (65 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben), so dass Kunden/innen die Maßnahmen selbst bezahlen müssten (68 %). Die meisten Pflegeeinrichtungen bieten solche Trainings- und Schulungsprogramme gar nicht erst an (68 %). Immerhin ein Drittel der der Pflegefachkräfte stammt aber offenbar aus Einrichtungen, in denen solche Programme – zumindest in Ansätzen – bereits umgesetzt werden.

Z

Tabelle 69: Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegekräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Keine Abrechnungsmöglichkeit gegenüber der Pflegekasse	202	25,5	199	25,1	138	17,4	74	9,3	179	22,6
		33,0		32,5		22,5		12,1		-
Kunden müssen diese Maßnahme aus eigener Tasche bezahlen und das können oder wollen sie nicht.	200	25,3	216	27,3	131	16,5	67	8,5	178	22,5
		32,6		35,2		21,3		10,9		-
Die meisten meiner Kunden/innen bzw. die Angehörigen wären mit einer Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden - auch wenn es sie nichts kosten würd	42	5,3	158	19,9	295	37,2	129	16,3	168	21,2
		6,7		25,3		47,3		20,7		-
In meinem Pflegedienst gibt es solche Trainings- oder Schulungsprogramme für Pflegebedürftige (und ggf. Pflegepersonen) noch nicht	219	27,7	208	26,3	126	15,9	79	10,0	160	20,2
		34,7		32,9		19,9		12,5		-
Mir und meinen Kollegen/innen fehlen teilweise die Kenntnisse, um solche Maßnahmen durchzuführen	65	8,2	175	22,1	250	31,6	139	17,6	163	20,6
		10,3		27,8		39,7		22,1		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, D.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

In den Freitextangaben der Pflegefachkräfte zu weiteren Hinderungsgründen finden sich ähnliche Angaben, wie beim ersten Fallbeispiel (Personal- und Zeitmangel, mangelndes Interesse von Angehörigen).

Tabelle 70 zeigt die Angaben der Pflegefachkräfte, inwiefern die Arbeitsorganisation und die Pflegeplanung bei ihrem Pflegedienst bereits geeignet wäre, um ein Vorgehen wie in Fallbeispiel 2 umzusetzen. Die meisten Pflegefachkräfte sehen die derzeitige Arbeitsorganisation und das Personal des Pflegedienstes bzw. dessen Vorgehensweisen im Rahmen der Informationssammlung bereits als geeignet an, um ein Schulungs-/Trainingsprogramm wie in Fallbeispiel 2 umzusetzen – ähnlich wie bei Fallbeispiel 1.

Nach Einschätzung der Pflegefachkräfte stehen einer Umsetzung des Vorgehens wie in den Fallbeispielen so v.a. eingeschränkte Abrechnungsmöglichkeiten entgegen (Tabelle 65 und Tabelle 69), während die Organisation der Pflegedienste häufig bereits als kompatibel mit dem beschriebenen Vorgehen bewertet wird. Die Leitungen bewerten das etwas zurückhaltender, v.a. in Bezug auf Fallbeispiel 2, aber auch dort gibt immer noch mehr als die Hälfte an, dass das Vorgehen – vollumfänglich oder zumindest in Teilen – mit der derzeitigen Arbeitsorganisation und dem Personal bzw. den Vorgehensweisen im Rahmen der Informationssammlung umsetzbar sei.

Tabelle 70: Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unsere Arbeitsorganisation ist darauf eingestellt, solche Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung zu erbringen	170	21,5	275	34,7	241	30,4	60	7,6	46	5,8
		22,8		36,9		32,3		8,0		-
Bei neuen Pflegekunden/-innen schätzen unsere Fachkräfte in allen Fällen ein, inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt oder der Wiederherstellung von Selbständigkeit erfolgen kann	316	39,9	352	44,4	63	8,0	15	1,9	46	5,8
		42,4		47,2		8,4		2,0		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, D.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

Setzt man die Ergebnisse der Aussagen zu den Fallbeispielen in Relation zu den Bewertungen der allgemeinen Aussagen im Sinne des neuen Pflegeverständnisses (siehe Tabelle 58 und Tabelle 59) zeigt sich, dass die Umsetzbarkeit und tatsächliche Umsetzung *konkreter* Maßnahmen, die im Kontext der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege stehen, insgesamt zurückhaltender bewertet werden. Während für die allgemeinen Aspekte des neuen Pflegeverständnisses ein relativ hoher Umsetzungsgrad angegeben wird, wird für die konkreten Fallbeispiele ein relativ geringer Umsetzungsgrad angegeben. Die Antworten zu den in den Fallbeispielen dargestellten Konstellationen geben ein eher zutreffendes Bild des Umsetzungsstandes und deuten somit auf einen insgesamt doch geringeren Umsetzungsgrad des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis.

## 5.8 Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte

Die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff induzierte qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung kann auf unterschiedliche Weise Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte haben: Zum einen wird das neue Pflegeverständnis bisweilen als eine Rückkehr zu den vor Einführung der Sozialen Pflegeversicherung allgemein üblichen Arbeitsweisen in der Pflege beschrieben, die durch den bis Ende 2016 geltenden „engen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff und die daraus resultierende „Verrichtungsorientierung“ der Pflege überdeckt wurden. Unter dieser Hypothese würde die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung die Möglichkeit bieten, die vorhandenen fachlichen Fähigkeiten zu nutzen bzw. zur Geltung zu bringen. Es ist aber auch denkbar, dass durch die Neuausrichtung ein fachlicher Anpassungsbedarf entsteht, dass also neue fachliche Fähigkeiten aufgebaut werden müssen.

In der Untersuchung wurden drei Fragen zu Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte gestellt, wobei jeweils diese beiden möglichen Ausprägungen als Antwortoptionen vorgegeben waren. Eine vierte Frage wurde gestellt zu „weiteren bereits laufenden oder in naher Zukunft eintretenden Entwicklungen, die zu höheren Anforderungen an die Fachkompetenz der Pflegekräfte führen können“. Falls die Frage bejaht wurde, sollten die betreffenden Entwicklungen als Freitext angegeben werden.

Tabelle 71 zeigt die Antworten der Leitungen der Pflegedienste auf die drei Fragen zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Fachlichkeit und die Kompetenzen der Pflegefachkräfte. Bei den Aufgaben der Anleitung und Schulung, mit dem Ziel die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sowie der Unterstützung bei kognitiven und psychischen Problemlagen sind die Antworten bezüglich der Nutzung vorhandener und dem Aufbau neuer Kompetenzen relativ ähnlich verteilt. Etwa gleich viele Leitungen erblicken hier die Möglichkeit bereits vorhandene Fähigkeiten zu nutzen und die Notwendigkeit, neue fachliche Fähigkeiten aufzubauen. Bei der dritten Aufgabe, der Entwicklung von individuell passenden Lösungen für die Lebenssituation der pflegebedürftigen Person, besteht hingegen ein stärkeres Übergewicht der Einschätzungen, dass hier bereits vorhandene Fähigkeiten genutzt werden können.

Tabelle 72 zeigt die Antworten der Pflegefachkräfte in Bezug auf dieselben Sachverhalte. In Bezug auf die Nutzung bereits vorhandener Kompetenzen bewerten die Pflegefachkräfte ähnlich wie die Leitungen. In Bezug auf den Aufbau neuer Kompetenzen sehen die Pflegefachkräfte hingegen seltener die Notwendigkeit, dass neue Kompetenzen aufgebaut werden müssen.

Tabelle 71: Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Leitungen

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
<i>Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen in der ambulanten Pflege stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden	133	39,0	138	40,5	42	12,3	4	1,2	24	7,0
		42,0		43,5		13,2		1,3		-
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	102	29,9	125	36,7	58	17,0	9	2,6	47	13,8
		34,7		42,5		19,7		3,1		-
<i>Die Unterstützung auch bei kognitiven und psychischen Problemlagen soll ein größeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	112	32,8	138	40,5	56	16,4	5	1,5	30	8,8
		36,0		44,4		18,0		1,6		-
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	117	34,3	132	38,7	46	13,5	6	1,8	40	11,7
		38,9		43,9		15,3		2,0		-
<i>Die Pflegefachkräfte sollen mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation entwickeln. Dadurch ...</i>										
können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	136	39,9	138	40,5	34	10,0	7	2,1	26	7,6
		43,2		43,8		10,8		2,2		-
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	97	28,4	107	31,4	65	19,1	10	2,9	62	18,2
		34,8		38,4		23,3		3,6		-

Quelle: IGES; Leitung, E.1-E.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Tabelle 72: Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachkräfte

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
<i>Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen	350	44,2	324	40,9	50	6,3	10	1,3	58	7,3
		47,7		44,1		6,8		1,4		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben	102	12,9	210	26,5	205	25,9	66	8,3	209	26,4
		17,5		36,0		35,2		11,3		-
<i>Die Unterstützung auch bei kognitiven und psychischen Problemlagen soll ein größeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen	275	34,7	324	40,9	92	11,6	12	1,5	89	11,2
		39,1		46,1		13,1		1,7		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben	139	17,6	260	32,8	168	21,2	44	5,6	181	22,9
		22,7		42,6		27,5		7,2		-
<i>Die Pflegefachkräfte sollen mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation entwickeln. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen	307	38,8	340	42,9	59	7,4	7	0,9	79	10,0
		43,1		47,7		8,3		1,0		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben	109	13,8	230	29,0	196	24,7	66	8,3	191	24,1
		18,1		38,3		32,6		11,0		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, E.1-E.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Mehr als die Hälfte der Leitungen der Pflegedienste (siehe Tabelle 73: 56 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) sieht weitere wichtige Entwicklungen, die zu höheren Anforderungen an die Fachkompetenz der Pflegekräfte führen werden. Bei den Pflegefachkräften sind dies etwas weniger (siehe Tabelle 74: 48 %).

Tabelle 73: Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Leitungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	170	49,9	56,1
Nein	133	39,0	43,9
Fehlende Angabe	38	11,1	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item E.4  
Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 74: Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	320	40,4	48,0
Nein	346	43,7	52,0
Fehlende Angabe	126	15,9	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item E.4  
Anmerkung: Spaltenprozent

In den Freitexten zu weiteren wichtigen Entwicklungen, die Anforderungen an die Fachkompetenz mit sich bringen werden, wurden folgende Aspekte gehäuft genannt:

- Neue generalistische Pflegeausbildung
- Demographischer Wandel
- Zunahme von kognitiven Beeinträchtigungen und von Multimorbidität
- Fachkräftemangel
- Weniger Fachkräfte müssen mehr Hilfskräfte anleiten
- Wachsende Bedeutung von Beratung, Anleitung, Coaching
- Ständige Weiterentwicklung von Expertenstandards
- Zunehmende Spezialisierung und Weiterbildung (z.B. Wundmanagement, Inkontinenzexperten)
- Immer frühere Entlassungen aus Krankenhäusern
- Höhere fachliche Anforderungen, weil Ärzte immer weniger Hausbesuche machen

Als ein weiterer Aspekt wurde in diesem Themenblock die Verbreitung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation untersucht. Im Rahmen des Strukturmodells erfolgt die fachliche Beurteilung zur Einschätzung der

Pflege- und Betreuungssituation anhand von Themenfeldern, die unmittelbar auf die Module des geltenden Begutachtungsinstruments Bezug nehmen, um die Orientierung der Pflegeeinrichtungen auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu unterstützen. Tabelle 75 zeigt, die Antworten der Leitungskräfte und Tabelle 76 die sehr ähnlich verteilten Antworten der Pflegefachkräfte. Demnach dokumentieren mehr als die Hälfte der antwortenden Dienste (55 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) auf der Grundlage des Strukturmodells, weitere 11 % sind zum Befragungszeitpunkt in der Phase der Umstellung.

Tabelle 75: Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	113	33,1	34,7
Ja	178	52,2	54,6
Die Dokumentation wird gerade umgestellt	35	10,3	10,7
fehlende Angaben	15	4,4	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: Quelle; Leitung, Item A.11

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 76: Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	254	32,1	33,8
Ja	423	53,4	56,3
Die Dokumentation wird gerade umgestellt	74	9,3	9,9
fehlende Angaben	41	5,2	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: Quelle; Pflegefachkräfte, Item A.6

Anmerkung: Spaltenprozent

## 5.9 Schnittstelle zur Eingliederungshilfe

Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse zur Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe beruhen bei allen drei Stichproben (Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegebedürftige) auf sehr kleinen Antwortzahlen, so dass eine Verallgemeinerung nicht möglich ist.

Nur eine Minderheit der Pflegedienste (N = 37, entspricht 11 % der Gesamtstichprobe) gibt an, dass sie auch Pflegebedürftige versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen (Tabelle 77). Noch weniger Dienste (N = 14; entspricht 4 % der Gesamtstichprobe) geben an, selbst Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen (Tabelle 78). Dies wird auch durch die Angaben der Pflegefachkräfte reflektiert, wonach nur 13 % der Gesamtstichprobe angeben, selbst an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligt zu sein, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen (Tabelle 79).

Tabelle 77: Pflegedienste, die Klienten mit gleichzeitigem Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe versorgen (Angabe der Leitung)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	265	77,7	87,7
Ja	37	10,9	12,3
Fehlende Angabe	39	11,4	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.5  
Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 78: Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegedienste (Angabe der Leitung)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	174	51,0	92,6
Ja	14	4,1	7,4
Fehlende Angabe	153	44,9	-
Gesamt	341	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item F.1  
Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 79: Versorgung von Klienten, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	479	60,5	82,3
Ja	103	13,0	17,7
Weiß nicht	116	14,6	-
Fehlende Angabe	94	11,9	-
Gesamt	792	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item G.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Weitere Fragen zur Eingliederungshilfe waren von den Leitungen nur zu beantworten, wenn sie angaben, dass ihr Pflegedienst auch Personen versorgt, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Von den insgesamt 37 Pflegediensten, bei denen das der Fall war (vgl. Tabelle 77), haben sieben Leitungen beobachtet, dass bei ihren Kunden Leistungen, die zuvor im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht wurden, nunmehr vom Pflegedienst als Sachleistungen gem. § 36 SGB XI erbracht werden (Tabelle 80) – wobei die Zahl der Betroffenen zwischen einer und 30 Personen variiert (im Mittel ca. neun Personen pro Pflegedienst). Häufiger wird allerdings angegeben, dass eine Substitution bislang nicht beobachtet wurde (N = 12 von insg. 37). Am häufigsten wird überhaupt keine Angabe zu dieser Frage gemacht (N = 18 von insg. 37).

Tabelle 80: Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegefachleistungen seit 2017

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	12	32,4	63,2
Ja	7	18,9	36,8
Fehlende Angabe	18	48,6	-
Gesamt*	37	100,0	100,0

Durchschnittliche Anzahl der betroffenen Personen					fehlende Angaben
M	SD	Min	Max	Gültige N	
9,17	10,87	1	30	6	1

Quelle: IGES; Leitung, Item F.2

Anmerkung: Spaltenprozent. \*entspricht ausschließlich Pflegediensten, die Kunden versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (N = 37; vgl. Tabelle 77). Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum); fehlende Angaben zum Mittelwert beziehen sich auf Pflegedienste, die angeben, dass Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegesachleistungen substituiert wurden, aber keine Anzahl betroffener Personen nennen.

Weitere Fragen zur Eingliederungshilfe waren auch von den Pflegefachkräften nur zu beantworten, wenn sie angaben, dass sie Personen versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Von den insgesamt 103 Pflegefachkräften, auf die dies zutrifft (vgl. Tabelle 79), geben 16 an, dass sie bei ihren Kunden eine solche Substitution beobachtet haben (Tabelle 81). Etwas mehr (23 von insg. 103) geben an, dass sie dies nicht beobachtet haben. Wieder kann die Mehrheit keine Angabe zur Substitution von Leistungen machen (64 von insg. 103).

Tabelle 81: Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegesachleistungen (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	23	22,3	59,0
Ja	16	15,5	41,0
Fehlende Angabe	64	62,1	-
Gesamt*	103	100,0	100,0

Durchschnittliche Anzahl der betroffenen Personen					fehlende Angaben
M	SD	Min	Max	Gültige N	
8,57	3,83	1,00	55,00	14	2

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item G.2

Anmerkung: Spaltenprozent. \*entspricht ausschließlich Pflegefachkräften, die Kunden versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (vgl. Tabelle 79). Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum). Fehlende Angaben beziehen sich nur auf Pflegefachkräfte, die angeben, dass es seit 2017 vorgekommen ist, dass Leistungen der Eingliederungshilfe durch Pflegesachleistungen substituiert wurden (N = 16).

Ähnlich verhält es sich bei der Substitution durch Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags: Nur fünf der insgesamt 37 betroffenen Dienste haben bei ihren Klienten beobachtet, dass frühere Leistungen der Eingliederungshilfe durch Leistungen des Pflegedienstes substituiert wurden, die durch den Entlastungsbetrag finanziert werden (Tabelle 82). Dabei variiert die Anzahl zwischen zwei und zehn betroffenen Personen (im Mittel etwa fünf Personen pro Pflegedienst). Häufiger wird angegeben, dass keine Substitution beobachtet wurde (N = 13 von insg. 37). Die meisten Leitungen (n=19) können wieder keine Angaben machen, ob eine Substitution beobachtet wurde oder nicht.

Tabelle 82: Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch den Entlastungsbetrag seit 2017

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	13	35,1	72,2
Ja	5	13,5	27,8
Fehlende Angabe	19	51,4	-
Gesamt*	37	100,0	100,0

Durchschnittliche Anzahl der betroffenen Personen					fehlende Angaben
M	SD	Min	Max	Gültige N	
4,80	3,27	2	10	5	-

Quelle: IGES; Leitung, Item F.3

Anmerkung: Spaltenprozent. \*entspricht ausschließlich Pflegediensten, die Kunden versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (vgl. Tabelle 77). Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum), fehlende Angaben beziehen sich auf Pflegedienste, die angeben, dass Leistungen nach Entlastungsleistungen „verschoben“ wurden, ohne eine Anzahl betroffener Personen zu nennen

Auch im Antwortverhalten der Pflegefachkräfte zeigt sich wiederholt, dass die Mehrheit zu der Frage nach der Substitution von Leistungen keine Angaben machen konnte (75 der insg. 103 Pflegefachkräfte).

Tabelle 83: Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch den Entlastungsbetrag seit 2017 (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	15	14,6	53,6
Ja	13	12,6	46,4
Fehlende Angabe	75	72,8	-
Gesamt*	103	100,0	100,0

Durchschnittliche Anzahl der betroffenen Personen					fehlende Angaben
M	SD	Min	Max	Gültige N	
18,62	7,08	1,00	80,00	13	-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item G.3

Anmerkung: Spaltenprozent. \*entspricht ausschließlich Pflegediensten, die Kunden versorgen, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten (vgl. Tabelle 77). Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum), fehlende Angaben beziehen sich auf Pflegedienste, die angeben, dass Leistungen nach Entlastungsleistungen „verschoben“ wurden, ohne eine Anzahl betroffener Personen zu nennen

Aufgrund der insgesamt geringen Anzahl von Pflegediensten mit Kunden, die gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen und dem hohen Anteil fehlender Angaben in Bezug auf die Substitution von Leistungen, wird von einer Interpretation der Ergebnisse zur Eingliederungshilfe abgesehen.

Die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe (EGH) wurde auch in der Befragung der Pflegebedürftigen thematisiert. Von den 2.774 antwortenden Pflegebedürftigen haben 75 (2,7 %) angegeben, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung auch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erhalten. Von diesen 75 Personen haben 46 angegeben, dass sie im Jahr 2016 bereits EGH-Leistungen erhalten haben (Tabelle 84).

Tabelle 84: Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aktuell (2019) und in 2016 (Angaben der Pflegebedürftigen)

	Aktuell			2016		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	75	2,7	10,1	46	61,3	74,2
Nein	669	24,1	89,9	16	21,3	25,8
Weiß nicht	76	2,7	-	10	13,3	-
Fehlende Angabe	1954	70,4	-	3	4,0	-
Gesamt	2774	100,0	100,0	75	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item B.1, B.2

Anmerkung: Spaltenprozent. Angaben zu 2016 waren nur zu machen, wenn unter „Aktuell“ „ja“ angegeben wurde.

Nur die 46 Personen mit EGH-Leistungsbezug sowohl zum Befragungszeitpunkt (2019) als auch im Jahr 2016 waren aufgefordert, zu der Frage Stellung zu nehmen, ob ihnen der EGH-Träger seit dem 01.01.2017 mitgeteilt hat, „dass sie bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe nicht mehr erhalten können, da ähnliche Leistungen nun von der Pflegekasse bezahlt werden“. Von den 46 Personen haben zwölf diese Frage bejaht (Tabelle 85). Von diesen zwölf haben wiederum sieben angegeben, dass ihre EGH-Leistungen daraufhin tatsächlich verändert wurden (Tabelle 86).

Tabelle 85: Angekündigte Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Leistungen gem. SGB XI (Angaben der Pflegebedürftigen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	12	26,1	34,3
Nein	23	50,0	65,7
Weiß nicht	8	17,4	-
Fehlende Angabe	3	6,5	-
Gesamt	46	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item B.3

Anmerkung: Spaltenprozent. Ankündigung durch Sozialhilfeträger. Angaben waren nur zu machen, wenn auch im Jahr 2016 bereits Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen wurden.

Tabelle 86: Stattgefundene Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch Leistungen gem. SGB XI (Angaben der Pflegebedürftigen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	7	58,3	63,6
Nein	4	33,3	36,4
Weiß nicht	0	-	-
fehlende Angabe	1	8,3	-
Gesamt	12	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item B.4

Anmerkung: Spaltenprozent. Angaben waren nur zu machen, wenn durch Sozialhilfeträger angekündigt worden war, dass Leistungen der Eingliederungshilfe durch SGB XI-Leistungen substituiert werden würden.

Zu der Frage, welche EGH-Leistungen nicht mehr gewährt werden, weil sie durch die Pflegekasse übernommen werden sollen, haben zwei Personen eine Freitextangabe gemacht: „Haushalt, Freizeit, Betreuung“ sowie „Grundpflege, Einkäufe usw.“

## 5.10 Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege

Um Erkenntnisse über das Zusammenwirken von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Hilfe zur Pflege (SGB XII) zu gewinnen, wurden die Pflegebedürftigen mit Bezug von Hilfe zur Pflege (HzP) in einem gesonderten Fragenblock um entsprechende Angaben gebeten. Auch zu diesem Fragenblock ist die Zahl der Antworten sehr klein, so dass von einer Verallgemeinerung der Ergebnisse abgesehen werden sollte.

Von den 2.774 Antwortenden haben 81 (10,5 %) bejaht, dass sie zum Befragungszeitpunkt „von ihrem Sozialamt auch Leistungen der Hilfe zur Pflege (als Sozialhilfe) erhalten“. Von diesen 81 gaben 45 an, auch bereits 2016 HzP-Leistungen erhalten zu haben (Tabelle 87).

Tabelle 87: Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege aktuell und in 2016

	Aktuell			2016		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	81	2,9	10,5	45	55,6	30,3
Nein	693	25,0	89,5	30	37,0	69,7
Weiß nicht	70	2,5	-	5	6,2	-
Fehlende Angabe	1930	69,6	-	1	1,2	-
Gesamt	2774	100,0	100,0	81	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item C.1

Anmerkung: Spaltenprozent. Angaben zu 2016 waren nur zu machen, wenn unter „Aktuell“ „ja“ angegeben wurde.

Die 45 Personen mit HzP-Leistungsbezug sowohl in 2016 als auch zum Befragungszeitpunkt sollten im Hinblick auf beide Zeiträume angeben, inwieweit „durch die Leistungen, die von der Pflegekasse getragen wurden/werden und die zusätzlichen Leistungen, die das Sozialamt übernommen hat/übernimmt, [...] insgesamt eine gute pflegerische Versorgung erreicht wurde/wird“. Die Ergebnisse zeigen Tabelle 88 (Versorgungsqualität in 2016) und Tabelle 89 (Versorgungsqualität aktuell). Demnach zeigen sich bei dieser kleinen Gruppe von Antwortenden nur geringfügige Verschiebungen in den Antwortverteilungen, die auch als Zufallseinflüsse gewertet werden können. Insgesamt bestätigen etwa 90 % in Bezug auf beide Zeiträume, dass eine gute Versorgung erreicht wird (Antworten *trifft genau zu/trifft eher zu*).

Tabelle 88: Beurteilung der pflegerischen Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege in 2016 (Pflegerbedürftige mit Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege aktuell und in 2016)

<b>Durch die Leistungen, die von der Pflegekasse getragen wurden, und die zusätzlichen Leistungen, die das Sozialamt übernommen hat, wurde insgesamt eine für mich gute pflegerische Versorgung erreicht.</b>			
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>
Trifft genau zu	24	53,3	55,8
Trifft eher zu	14	31,1	32,6
Trifft eher nicht zu	3	6,7	7,0
Trifft gar nicht zu	2	4,4	4,7
Weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage	2	4,4	-
Fehlende Angabe	0		-
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item C.3

Anmerkung: Spaltenprozent. Angaben waren nur zu machen, wenn auch im Jahr 2016 Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen wurden.

Tabelle 89: Beurteilung der pflegerischen Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege zum Befragungszeitpunkt (2019) (Pflegebedürftige mit Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege aktuell und in 2016)

<b>Durch die Leistungen, die von der Pflegekasse getragen werden, und die zusätzlichen Leistungen, die das Sozialamt übernimmt, wird insgesamt eine für mich gute pflegerische Versorgung erreicht.</b>			
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozent</b>
Trifft genau zu	20	44,4	45,5
Trifft eher zu	20	44,4	45,5
Trifft eher nicht zu	2	4,4	4,5
Trifft gar nicht zu	2	4,4	4,5
Weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage	1	2,2	-
Fehlende Angabe	0	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item C.4

Anmerkung: Spaltenprozent. Angaben waren nur zu machen, wenn auch im Jahr 2016 Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen wurden.

Zusätzlich zu den beiden Fragen mit Bezug auf die Situation in 2016 bzw. zum Befragungszeitpunkt, wurde auch direkt nach der Wahrnehmung einer Veränderung der Versorgungssituation in diesem Zeitraum gefragt. Die Antworten der 45 Befragten zeigt Tabelle 90.

Tabelle 90: Veränderung der pflegerischen Versorgung aktuell gegenüber 2016

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Eher verbessert	16	35,6
Gleich geblieben	24	53,3
Eher verschlechtert	5	11,1
Weiß nicht	0	-
Fehlende Angabe	0	-
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item C.5

Anmerkung: Spaltenprozent. Angaben waren nur zu machen, wenn auch 2016 Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen wurden.

Von den fünf Befragten, die eine Verschlechterung wahrgenommen haben, haben vier auch eine Freitextangabe gemacht, was sich aus ihrer Sicht verschlechtert hat. Drei dieser Befragten führen personelle Probleme des Pflegedienstes an (zu wenig Personal, zu häufige Fluktuation des Personals, mangelnde Eignung/Qualifikation des Personals).

Von den 16 Personen, die eine Verbesserung wahrnehmen, haben acht eine Freitextangabe gemacht. Dabei handelt es sich fast durchgängig um allgemeine Aussagen („Pflege verbessert“), in einem Fall heißt es „Entlastungsbetrag für zusätzliche Leistungen“.

In Bezug auf den gesonderten Befragungsteil zur Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege liegen nur von 45 Befragten Daten vor, die zu Fragen der Veränderung ihrer Situation seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Stellung nehmen können, weil sie bereits im Jahr 2016 sowie zum Befragungszeitpunkt Leistungen aus beiden Sicherungssystemen beziehen. Aus den – wegen der kleinen Fallzahl nicht verallgemeinerbaren – Ergebnissen ergeben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Versorgungssituation, die in einem Zusammenhang mit den rechtlichen Änderungen durch die Pflegestärkungsgesetze zu sehen wären. Die Befragten bezeichnen ihre Versorgung mehrheitlich als gut und im Zeitverlauf unverändert.

## 5.11 Freitextangaben zu weiteren Aspekten

### 5.11.1 Leitungen der Pflegedienste

Insgesamt haben 132 Leitungskräfte Freitextangaben gemacht. In den Freitextangaben (G. „Weitere Aspekte zum neuen Pflegeverständnis“) werden von den Leitungen der ambulanten Pflegedienste besonders häufig folgende Aspekte angesprochen:

- Hinweise auf den Konflikt zwischen Personalmangel und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (25 Nennungen) („Wie kann die Umsetzung mit stetig knapper werdenden Ressourcen gelingen? Sowohl finanzielle Anreize fehlen als auch nur im Ansatz ausreichende personelle Ressourcen/Fachkräftemangel!“; „Das neue Pflegeverständnis wurde am grünen Tisch entwickelt und ist mit dem derzeitigen Pflegekräftemangel und der schlechten Bezahlung der Pflege nicht möglich!“; „Die Anforderungen an das neue Pflegeverständnis kollidieren mit dem Personalmangel und der unterschiedlichen Refinanzierung der Kassen. Alles nicht nachhaltig.“;)
- Hinweise auf die Notwendigkeit einer stärkeren Unterstützung bezüglich der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses (22 Nennungen) („Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben den Wechsel kaum verinnerlicht. Aufgrund personeller Engpässe und unzureichender Refinanzierung konnten kaum Schulungen angeboten werden. Tendenz zum Selbstlernen ist ge-

ring!"; „Psychologische Schulungen für Fachkräfte und pädagogische Schulungen für PFK+PH, Schulungen für Angehörige, Kommunikationsschulungen für PH vor Ort oder erreichbar“; „umfassender Begriff mit all seinen Inhalten sollte den Pflegekräften nähergebracht werden in Form von Schulungen/Infolyern/etc.“)

- Kritische Anmerkung zur Nutzung des Entlastungsbetrags (9 Nennungen) („§45b wird so gut wie ausschließlich für Hauswirtschaft (sprich Putzfrau) angefragt - dies kann nicht der Sinn einer Pflegeversicherung sein.“; „Aufklärung durch die Pflegekassen, dass ein Pflegedienst kein Putzdienst ist. Betrifft besonders 125Euro Beträge“; „Die Leistungen im §45b sollten abgeschafft werden, damit das Anspruchsdenken beendet wird. Mit diesem Geld könnten die Sachleistungen erhöht werden.“)
- Kritik an der Vergütungssystematik, die die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses behindert (20 Nennungen) („Die kleinzellige Modulabrechnung verhindert/beschränkt die ganzheitliche Versorgung. Anleitung, Schulung, Coaching werden kaum genutzt, da es extra kostet.“; „die Anpassung der Leistungsinhalte in den Paragraf 36-Leistungen fehlt (Niedersachsen)“)

### 5.11.2 Pflegefachkräfte

Insgesamt wurden 148 Freitextangaben gemacht. In den Freitextangaben (F. „Weitere Aspekte zum neuen Pflegeverständnis“) werden von den Pflegefachkräften besonders häufig folgende Aspekte angesprochen:

- Sehr häufig angesprochen wird die schwierige Arbeitssituation durch Überlastung, Zeitdruck, Personalmangel (47 Nennungen) („Wir brauchen mehr Zeit, damit wir uns intensiver auf den pflegebedürftigen Menschen einlassen können! Es ist so ein toller Beruf, ich bekomme jeden Tag so unfassbar viel von den Menschen zurück. Aber z.B. nach 10 Tagen Frühdienst bin ich fix und fertig. Ich muss 10 Tage lang funktionieren, mit dem Kopf bei 100 % sein. Ich werde, wenn ich frei habe, angerufen ob ich einspringen kann. Das Privatleben leidet, mein Körper leidet. Warum kann nicht endlich was geändert werden? Warum werden wir Pflegekräfte, die in einem sozialen Beruf arbeiten, so schlecht behandelt? Die pflegebedürftigen Menschen müssen darunter leiden, wenn ich schon beim Nächsten sein sollte. Ich gehe auf die Bedürfnisse und Wünsche jedes Kunden ein, aber dennoch ist das nicht ausreichend, was der Mensch braucht. Wir brauchen mehr Personal um anständig pflegen zu können!“)
- Mangelhafte Bezahlung und gesellschaftliche Anerkennung der Pflege (20 Nennungen) („Bessere finanzielle Unterstützung und Entlohnung in allen pflegerischen Bereichen.“)
- Forderung nach mehr Weiterbildungsmöglichkeiten (23 Nennungen) („Gezielte Schulungen für Pflegekräfte, z.B. Trainingsprogramme für Klienten“; „Die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses steht und fällt mit den Pflegekräften. Daher sollten diese gezielt geschult werden, mehr Beratungskompetenzen erwerben.“)

- Verbesserung der Rahmenbedingungen (insbes. Vergütung) für die Erbringung von Leistungen der Information, Beratung, Anleitung (37 Nennungen). („Beratung muss vergütet werden; Fortbildungen zum Thema Beratung vom Ministerium finanziert.“; „Solange Pflegedienste finanziell so schlecht gestellt sind, dass es um jede Minute geht, bleibt eine Verbesserung Richtung Gespräch/Beratung auf der Strecke.“; „Edukation sollte besser gefördert/ bezahlt und umgesetzt werden.“; „Um Schulungen, Beratungen, Anleitungen durchführen bzw. umsetzen zu können, braucht man Personal. Außerdem muss das Pflegepersonal selber mehr geschult werden. Sowohl die Fach-, als auch Hilfskräfte. Es muss allgemein mehr "zusammengearbeitet" werden. Das heißt Angehörige, Pflegebedürftige, Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte), Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc.“; „Die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses steht und fällt mit den Pflegekräften. Daher sollten diese gezielt geschult werden, mehr Beratungskompetenzen erwerben. Zudem müsste in Fällen, wie in den Beispielen genannt, mehr Zeit eingeplant werden. Klare Vorgaben, wie das abgerechnet wird, z.B. mit einer Pauschale. Oder es müssten zusätzlich Kräfte eingestellt werden, welche z.B. nur für diese Art der Beratung zuständig sind.“)
- Klagen über einen zu hohen Dokumentationsaufwand (7 Nennungen) („Wenig Pflege, zu viel Schreibkram. Schreibkram, den niemand liest, außer der MDK bei der Überprüfung des Pflegedienstes. Und es ändert sich nichts an der Sachlage.“; „Mehr zur Versorgung der Patienten als die ganze Schreibpflicht.“)
- Forderung nach Aufwertung und Stärkung des Pflegeberufs durch mehr Kompetenzen und Entscheidungsspielräume sowie eine andere Darstellung in der Öffentlichkeit (9 Nennungen). („Ich finde in erster Linie Öffentlichkeit wichtig, damit der Beruf nicht immer als psychisch und physisch belastend dargestellt wird und zudem schlecht bezahlt wird und schlechte Arbeitszeiten hat. Nur wenn sich das Image von Pflege ändert und gezeigt wird, wie verantwortungsvoll, abwechslungsreich, herausfordernd (im positiven Sinne), der Beruf ist, ist es zu schaffen, qualifiziertes Personal ausreichend auszubilden und schließlich auch im Beruf zu halten.“; „Geld - mehr für die Mitarbeiter bringt nichts! Die Wertschätzung und Übernahme von mehr Kompetenz, die zu Entscheidungen führen wäre wichtig, der ewige "Kampf" mit Kostenträgern ermüdet und bringt viele zur Flucht aus der Pflege.“)

### 5.11.3 Pflegebedürftige

Insgesamt haben 869 Pflegebedürftige Freitextangaben zur pflegerischen Versorgung gemacht. Unter den Freitextangaben der Pflegebedürftigen (D. „Möchten Sie uns sonst noch etwas zu Ihrer pflegerischen Versorgung mitteilen?“) werden folgende Aspekte häufig oder zumindest mehrfach angesprochen:

---

- Die weitaus größte Zahl von Einträgen sind positive Kommentare in Bezug auf die persönliche Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst, aber vielfach auch mit Bezug auf das Versorgungssystem (319 Nennungen).
- Zahlreiche Kommentare betreffen den hohen Zeitdruck, unter dem die Pflegekräfte arbeiten müssen. Ferner werden zu häufige Wechsel des Personals beklagt (208 Nennungen). In den meisten dieser Kommentare wird Verständnis für die schwierige Situation der Pflegekräfte geäußert und eine Verbesserung der Rahmenbedingungen (insbes. der Bezahlung von Pflegekräften) gefordert. („Pflegekräfte sollten mehr Zeit für mich haben“; „Man hat den Eindruck, dass alle Maßnahmen unter Zeitdruck geschehen. Zeit, die bei einem Patienten zu viel ist, muss beim nächsten Patienten wieder eingeholt werden.“; „Die Situation der Pfleger/innen muss verbessert werden, finanziell!“)
- Der Personalmangel wird in einigen Kommentaren angesprochen (24 Nennungen) („Es gibt einen konstanten Personalmangel und hohen Krankenstand bei unserem Pflegeservice und auch anderen Services. Wir finden keine Haushaltshilfe und jemanden zum Spaziergehen, da der Pflegeservice keine Kräfte dafür hat.“).
- Häufiger angesprochen wird der Entlastungsbetrag bzw. Probleme in Bezug auf den Einsatz dieser Mittel (45 Nennungen) („Schade, dass der Entlastungsbetrag nicht für sinnvolle Dinge, wie Physiotherapie, Bewegungstraining durch Fachkräfte eingesetzt werden kann.“; „Kann den Entlastungsbetrag von 125 Euro im Monat für Haushaltsführung nicht nutzen, da der Pflegedienst zu wenig Mitarbeiter dafür findet. Zu wenig attraktiv!“; „Besser wäre es den Entlastungsbetrag von 125 Euro auch für Nachbarschaftliche Hilfe u.ä. zu nutzen.“; „Das Pflegegeld für Angehörige ist viel zu gering! Entlastungsbetrag leider nur über Pflegedienst einsetzbar! Zu teuer bzw. zu wenig Stunden.“)
- Einige Kommentare beklagen ein zu knappes Angebot im Bereich der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege (8 Nennungen). („Es ist ein trauriges Los, wenn die pflegenden Angehörigen Kurzzeitpflege beantragen, aber nirgends einen Platz bekommen für Demenzkranke. Genauso ist es bei Verhinderungspflege.“; „Pflegende Angehörige finden im bestehenden Pflegesystem nicht genug Unterstützung (nicht ausreichend vorhandene Kurzzeitpflegeplätze z.B.) und nicht gesellschaftliche Anerkennung und Verständnis.“; „Es wäre sehr schön, wenn es mehr oder gesichert Kurzzeitpflegeplätze gäbe. Oft ist es sehr schwer einen Platz zu bekommen, wenn meine Frau in Urlaub geht. Nicht alle Pflegeeinrichtungen bieten das an.“; „Es gibt viel zu wenig Kurzzeitpflegeplätze. Sehr hilfreich und eine echte Alternative wäre es, wenn es Pflegekräfte gäbe (nach dem Vorbild der Dorfhelferinnen oder ggf. über den ambulanten Pflegedienst) die auch mal kurzfristig bei Bedarf einer 24 Stunden Betreuung in häuslicher Umgebung übernehmen würden.“).

## 6. Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der vollstationären Pflege

### 6.1 Rücklauf der Befragungen

Die finale Auswertung berücksichtigt Fragebögen, die bis zum 05.07.19 bei IGES eingegangen sind. Dies entspricht:

- 475 Fragebögen von Einrichtungsleitungen
- 1.155 Fragebögen von Pflegefachkräften
- 4.635 Fragebögen von Pflegebedürftigen

Für die Einrichtungsleitungen ergibt sich damit folgende Rücklaufquote:

- Einrichtungsleitungen: 15,8 % (475/3.000)

Im Hinblick auf die Rückläufe der Pflegefachkräfte und der Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass diese Fragebögen aller Wahrscheinlichkeit nach nur verteilt wurden, wenn sich auch die Einrichtungsleitung an der Umfrage beteiligt hat. Geht man davon aus, dass nur in den Pflegeeinrichtungen, deren Leitungen sich an der Umfrage beteiligt haben, auch die vier Fragebögen an die Pflegefachkräfte sowie die 16 Fragebögen an Pflegebedürftige verteilt wurden, so ergeben sich folgende Rücklaufquoten:

- Pflegefachkräfte: 60,8 % (1.155/1.900<sup>34</sup>)
- Pflegebedürftige: 61,0 % (4.635/7.600<sup>35</sup>)

Bei dieser Rechnung werden die Rücklaufquoten vermutlich noch immer unterschätzt, weil man unterstellt, dass alle einer Einrichtung zugesandten Fragebogenexemplare auch tatsächlich an Pflegefachkräfte bzw. Pflegebedürftige weitergeleitet werden konnten.

Die Beteiligung an den Befragungen liegt bei allen drei Teilgruppen höher als im ambulanten Bereich. Im Hinblick auf die Bewertung der Höhe des Rücklaufs sei auf die methodischen Hinweise in Abschnitt 5.1 verwiesen.

---

<sup>34</sup> 1.900 = 475 teilnehmende Einrichtungen multipliziert mit 4 Fragebögen für Pflegefachkräfte

<sup>35</sup> 7.600 = 475 teilnehmende Einrichtungen multipliziert mit 16 Fragebögen für Pflegebedürftige

---

## **6.2 Charakteristika der antwortenden Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen**

### **6.2.1 Pflegeeinrichtungen**

Durch das zufällige Auswahlverfahren wurde eine bundesweit repräsentative Stichprobe von vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Durch regional unterschiedliche Beteiligungsquoten kann es jedoch zu Abweichungen in Bezug auf die Verteilung der Antworten nach Bundesländern kommen.

Tabelle 91 zeigt die Verteilung der an der Befragung teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen je Bundesland gegenüber der Verteilung von „Pflegeheimen“ in der Pflegestatistik 2017. Insgesamt ähnelt die Verteilung der Bundesländer in der Stichprobe der Verteilung aus der Pflegestatistik. Größere Abweichungen (etwa 50 % über oder unter dem Anteilswert gem. Pflegestatistik) zwischen der Beteiligung in der Stichprobe und der Pflegestatistik bestehen in Berlin und Hamburg, die unterrepräsentiert sind. Am stärksten überrepräsentiert sind Pflegeeinrichtungen aus Hessen. Bei der Interpretation ist ferner zu beachten, dass die Verteilungen der Stichprobe und der Pflegestatistik nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind, da die Pflegestatistik in Bezug auf das Merkmal Bundesland vollstationäre Pflegeeinrichtungen nicht von anderen Pflegeheimen (z.B. Kurzzeitpflege; Tagespflege und/oder Nachtpflege) differenziert.

Tabelle 91: Bundesland der vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Verteilung von „Pflegeheimen“ gemäß Pflegestatistik (2017)

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	57	12,0	12,3
Bayern	70	14,7	13,0
Berlin	7	1,5	2,7
Brandenburg	12	2,5	3,6
Bremen	3	0,6	1,0
Hamburg	2	0,4	1,4
Hessen	42	8,8	6,3
Mecklenburg-Vorpommern	16	3,4	3,1
Niedersachsen	54	11,4	12,9
Nordrhein-Westfalen	92	19,4	19,5
Rheinland-Pfalz	18	3,8	3,7
Saarland	5	1,1	1,2
Sachsen	30	6,3	6,7
Sachsen-Anhalt	27	5,7	4,4
Schleswig-Holstein	26	5,5	4,8
Thüringen	12	2,5	3,4
Fehlende Angabe	2	0,4	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.1

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil gem. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 14.480 „Pflegeheime“.

Tabelle 92 zeigt die durchschnittliche Anzahl der aktuellen Bewohner/innen pro Pflegeeinrichtung der Stichprobe und wie viele davon SGB XI-Leistungen beziehen – dies ist für die große Mehrheit der Bewohner/innen der Fall. Die Anzahl der Personen mit SGB XI-Leistungen im selben Monat des Jahres 2016 liegt nah an der aktuellen Anzahl. Tabelle 93 ist zudem zu entnehmen, dass mittelgroße Pflegeeinrichtungen mit 61 bis 100 Bewohner/innen tendenziell häufiger an der Befragung teilgenommen haben, während besonders kleine und besonders große Einrichtungen eher seltener vertreten sind (anders als bei dem Merkmal Bundesland, kann mit der aktuellen Pflegestatistik die „Größe der Einrichtung“ für vollstationäre Einrichtungen [„Dauerpflege“] getrennt ausgewiesen werden).

Tabelle 92: Durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
insgesamt (aktuell)	75,72	33,68	7	239	472	3
mit SGB XI-Leistung (aktuell)	74,05	33,87	4	239	455	20
mit SGB XI-Leistung (früher)	72,30	35,82	0	239	401	74

Quelle: IGES; Leitung, Items A.2 bis A.4

Anmerkung: früher: im Jahr 2016, im selben Monat wie zum Zeitpunkt der aktuellen Befragung. Abkürzungen: EGH (Eingliederungshilfe); M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Tabelle 93: Verteilung der Pflegeeinrichtungen nach Größenklassen versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

Anzahl Pflegebedürftige	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
bis 30	41	8,6	9,0	13,1
31 bis 60	135	28,4	29,7	27,9
61 bis 100	191	40,2	42,0	35,5
über 100	88	18,5	19,3	23,5
Fehlende Angabe	20	4,2	-	-
Gesamt	475	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.3; Pflegestatistik 2017 (Tabelle 3.2)

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 11.241 Einrichtungen, die vollstationäre Dauerpflege anbieten. Angaben der Pflegestatistik beziehen sich auf Kapazitätsgrößenklassen.

Tabelle 94 zeigt, dass die große Mehrheit der Einrichtungen eine elektronische Pflegedokumentation führt (73 % der Gesamtstichprobe). Nur weniger als ein Viertel der Gesamtstichprobe (22 %2 %) geben an, eine papiergestützte Pflegedokumentation zu führen.

Tabelle 94: Elektronische Pflegedokumentation (Angabe der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Elektronische Pflegedokumentation	347	73,1	76,6
Papiergestützte Pflegedokumentation	106	22,3	23,4
Fehlende Angabe	22	4,6	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.11

Anmerkung: Spaltenprozent

### 6.2.2 Pflegefachkräfte

Tabelle 95 zeigt die Verteilung der Pflegefachkräfte, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Bundesländern gegenüber der Verteilung des Personals in der Pflegestatistik (2017). Stark unterrepräsentiert sind Pflegefachkräfte aus Hamburg, was zu erwarten ist, da auch die Pflegeeinrichtungen aus diesem Bundesland unterrepräsentiert sind. Deutlich überproportional vertreten sind Pflegefachkräfte aus Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Aus diesen Bundesländern haben sich auch überproportional viele Einrichtungen an der Umfrage beteiligt.

Tabelle 95: Bundesland der befragten Pflegefachkräfte sowie Verteilung des Personals in „Pflegeheimen“ gemäß Pflegestatistik (2017)

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	110	9,5	13,0
Bayern	169	14,6	14,0
Berlin	23	2,0	2,9
Brandenburg	31	2,7	2,6
Bremen	7	0,6	0,9
Hamburg	4	0,3	1,9
Hessen	81	7,0	6,7
Mecklenburg-Vorpommern	47	4,1	2,0
Niedersachsen	110	9,5	11,8
Nordrhein-Westfalen	218	18,9	23,0
Rheinland-Pfalz	56	4,8	4,6
Saarland	13	1,1	1,4
Sachsen	52	4,5	5,4
Sachsen-Anhalt	74	6,4	3,0
Schleswig-Holstein	46	4,0	4,1
Thüringen	29	2,5	2,7
Fehlende Angabe	85	7,4	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.3

Anmerkung: Spaltenprozent; Angaben der Pflegestatistik beziehen sich auf den gesamten Personalbestand (nicht nur Pflegefachkräfte) in „Pflegeheimen“ (umfasst vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege; Tagespflege und Nachtpflege); entspricht insgesamt N = 764.648 Personen in „Pflegeheimen“.

Tabelle 96 zeigt die Verteilung der Pflegefachkräfte über die Größenklassen der Pflegedienste in der Stichprobe und der Pflegestatistik (2017). Demnach haben sich in kleinen Einrichtungen (bis 30 Pflegebedürftige) beschäftigte Pflegefachkräfte deutlich unterproportional beteiligt, wogegen Beschäftigte aus mittleren und großen Einrichtungen stärker vertreten sind.

Tabelle 96: Verteilung der Pflegefachkräfte nach Größenklassen ihrer Pflegeeinrichtungen auf Basis versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen (Angaben der Pflegefachkräfte) sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

Anzahl Pflegebedürftige	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
bis 30	77	6,7	6,8	13,1
31 bis 60	283	24,5	24,9	27,9
61 bis 100	464	40,2	40,8	35,5
Mehr als 100	312	27,0	27,5	23,5
Fehlende Angabe	19	1,6	-	-
Gesamt	1155	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.4; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 11.241 Einrichtungen, die vollstationäre Dauerpflege anbieten. Angaben der Pflegestatistik beziehen sich auf Kapazitätsgrößenklassen.

Etwa zwei Drittel der antwortenden Pflegefachkräfte verfügt über eine mehr als zehnjährige Berufserfahrung in der Pflege. Im Vergleich zu den antwortenden Pflegekräften aus den ambulanten Pflegediensten ist die Stichprobe aus den vollstationären Einrichtungen jünger: Dort verfügten etwa 72 % über mehr als zehn Jahre und etwa 6 % über weniger als zwei Jahre Berufserfahrung (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 97: Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte

Berufserfahrung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Bis zu 2 Jahre	90	7,8	7,8
2 bis 5 Jahre	130	11,3	11,3
5 bis 10 Jahre	197	17,1	17,2
Mehr als 10 Jahre	730	63,2	63,6
Fehlende Angabe	8	0,7	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.1; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Verteilung nach Berufserfahrung speziell in einer vollstationären Pflegeeinrichtung zeigt erwartungsgemäß etwas niedrigere Anteile in den höheren Kategorien (Tabelle 98).

Tabelle 98: Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Berufserfahrung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Bis zu 2 Jahre	121	10,5	10,6
2 bis 5 Jahre	179	15,5	15,6
5 bis 10 Jahre	222	19,2	19,4
Mehr als 10 Jahre	622	53,9	54,4
Fehlende Angabe	11	1,0	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.2; Pflegestatistik 2017  
Anmerkung: Spaltenprozent

Die Angaben der Pflegefachkräfte zur technischen Basis der in ihren Häusern geführten Pflegedokumentationen ähneln den Angaben der Einrichtungsleitungen: Die große Mehrheit arbeitet mit einem elektronischen Dokumentationssystem.

Tabelle 99: Elektronische Pflegedokumentation (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Elektronische Pflegedokumentation	803	69,5	76,2
Papiergestützte Pflegedokumentation	251	21,7	23,8
Fehlende Angabe	101	8,7	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.6  
Anmerkung: Spaltenprozent

### 6.2.3 Pflegebedürftige

Tabelle 100 zeigt die Verteilung der Pflegebedürftigen, die sich an der Befragung im vollstationären Bereich beteiligt haben nach Bundesländern im Vergleich zur Verteilung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen gemäß der Pflegestatistik (2017). Wie angesichts der Ergebnisse zur Verteilung der teilnehmenden Pflegeeinrichtung zu erwarten, sind auch die Pflegebedürftigen aus Berlin und Hamburg stärker unterrepräsentiert. Deutlich überproportional sind Pflegebedürftige aus Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt vertreten<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Von einer „deutlichen Abweichung“ sprechen wir, wenn das Verhältnis zwischen dem tatsächlichen Anteil und dem aufgrund der Pflegestatistik zu erwartenden Anteil über 1,4 oder unter 0,6 liegt.

Tabelle 100: Bundesland der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationärer Dauerpflege

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	334	7,2	11,7
Bayern	589	12,7	14,2
Berlin	70	1,5	3,7
Brandenburg	158	3,4	3,0
Bremen	38	0,8	0,7
Hamburg	13	0,3	2,0
Hessen	319	6,9	6,8
Mecklenburg-Vorpommern	158	3,4	2,4
Niedersachsen	429	9,3	11,6
Nordrhein-Westfalen	977	21,1	20,6
Rheinland-Pfalz	229	4,9	4,5
Saarland	55	1,2	1,4
Sachsen	272	5,9	6,3
Sachsen-Anhalt	267	5,8	3,6
Schleswig-Holstein	249	5,4	4,3
Thüringen	134	2,9	3,2
Fehlende Angabe	344	7,4	-
Gesamt	4635	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 7

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt 792.342 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege.

Die Geschlechtsverteilung der Befragten entspricht fast exakt der entsprechenden Verteilung in der Pflegestatistik (Tabelle 101).

Tabelle 101: Geschlechtsverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationärer Dauerpflege

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Männlich	1337	28,8	29,5	29,4
Weiblich	3200	69,0	70,5	70,6 (*)
Fehlende Angabe	98	2,1	-	-
Gesamt	4635	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item A.1; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent; (\*) Kategorie „weiblich“ in der Pflegestatistik einschließlich "ohne Angabe" (nach Personenstandsgesetz) beim Geschlecht. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt 792.342 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen das Durchschnittsalter sowie die Verteilung der Befragten nach Altersklassen. Demnach sind die Pflegebedürftigen im Durchschnitt 82 bis 83 Jahre alt (Geburtsjahr 1936) und somit etwa zwei Jahre älter, als die befragten Pflegebedürftigen im Bereich der ambulanten Pflege (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 102: Durchschnittsalter (Geburtsjahr) der befragten Pflegebedürftigen

M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
1936,14	10,33	1908	1999	4350	285

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 2

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Die detailliertere Altersverteilung (Tabelle 103) zeigt im Vergleich zur Pflegestatistik einige Abweichungen: Die höchsten Altersgruppen sind unterrepräsentiert, am stärksten überproportional besetzt ist die Gruppe der 65- bis unter 70-Jährigen. Diese Abweichungen sind erklärbar, insofern hochaltrige Menschen mit der Bearbeitung eines Fragebogens eher überfordert sind. Zu bemerken ist jedoch auch, dass in der Stichprobe etwa 760 Menschen im Alter von 90 Jahren oder darüber vertreten sind.

Tabelle 103: Altersverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Pflegegrad	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
unter 15 Jahre	0	-	-	0,0
15 bis unter 60 Jahre	212	4,6	4,9	4,6
60 bis unter 65 Jahre	133	2,9	3,1	3,0
65 bis unter 70 Jahre	243	5,2	5,6	4,2
70 bis unter 75 Jahre	273	5,9	6,3	5,6
75 bis unter 80 Jahre	660	14,2	15,2	12,7
80 bis unter 85 Jahre	1019	22,0	23,4	19,6
85 bis unter 90 Jahre	1046	22,6	24,0	23,7
90 bis unter 95 Jahre	612	13,2	14,1	19,1
95 Jahre und mehr	152	3,3	2,5	7,5
Fehlende Angabe	285	6,1	-	-
Gesamt	4635	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 2; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 792.342 pflegebedürftige Personen in vollstationärer Dauerpflege.

Die Verteilung der Befragten nach dem Pflegegrad (Tabelle 104) zeigt deutliche Abweichungen zur Pflegestatistik, die sich genauso wie die Abweichungen in der Altersverteilung dadurch erklären lassen, dass stärker beeinträchtigte Menschen mit der Bearbeitung eines Fragebogens eher überfordert sind: Die niedrigeren Pflegegrade – insbesondere der Pflegegrad 2 – sind stark über- und die hohen Pflegegrade 4 und 5 stark unterrepräsentiert.

Tabelle 104: Verteilung des Pflegegrads der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Pflegegrad	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Pflegegrad 1	151	3,3	3,8	0,8
Pflegegrad 2	1435	31,0	35,9	20,5
Pflegegrad 3	1554	33,5	38,9	31,5
Pflegegrad 4	658	14,2	16,5	29,9
Pflegegrad 5	202	4,4	5,1	16,6
Kein Pflegegrad	62	1,3	-	-
Weiß nicht	347	7,5	-	-
Fehlende Angabe	226	4,9	-	-
Gesamt	4635	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 3; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 792.342 pflegebedürftige Personen in vollstationärer Dauerpflege.

Auch die Ergebnisse zur Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit ist (Tabelle 105) zeigen eine erwartbare „Verzerrung“ der Stichprobe von Pflegebedürftigen, insofern der Anteil der Angabe „demenzielle Erkrankung“ mit nur 16 % (Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage möglich) für eine vollstationär versorgte Population sehr niedrig liegt. Auch hier wirkt sich aus, dass die Beantwortung eines Fragebogens Anforderungen stellt, die von einem Teil der Bewohner/innen nicht erfüllt werden können.

Tabelle 105: Art der Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind

Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	Häufigkeit	Prozent
Körperliche Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	3766	81,3
Psychische Erkrankung	481	10,4
Demenzielle Erkrankung	749	16,2
Andere geistige Beeinträchtigung (nicht demenziell bedingt)	134	2,9
Seh- oder Hörbeeinträchtigung	1021	22,0
Andere Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	517	11,2

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 4

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (N = 4.635).

Wie bereits im Kapitel über die Ergebnisse im Bereich berichtet, haben die Pflegeeinrichtungen praktisch keinen Gebrauch von dem Angebot gemacht, sich Fragebögen in polnischer, russischer oder türkischer Sprache zusenden zu lassen. Insofern überrascht es nicht, dass auch im vollstationären Bereich fast alle Befragten Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Tabelle 106: Deutsch als Muttersprache der befragten Pflegebedürftigen

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	4213	90,9	98,7
Nein	57	1,2	1,3
Fehlende Angabe	365	7,9	-
Gesamt	4635	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 5

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Dauer der Versorgung durch das aktuell bewohnte Pflegeheim zeigt Tabelle 107. Der Anteil von Personen, die mindestens 6 Monate in der Einrichtung versorgt werden – in der Anleitung zur Verteilung der Fragebögen war gebeten worden, nur solche Personen zu berücksichtigen – liegt bei etwa 88 %. Gegenüber der entsprechenden Verteilung bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen (vgl. Tabelle 28) weisen im vollstationären Bereich mehr Befragte eine kürzere Versorgungsdauer auf, was angesichts des höheren Durchschnittsalters und der höheren Pflegegrade den Erwartungen entspricht.

Tabelle 107: Dauer der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung

Dauer	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Weniger als 6 Monate	554	12,0	12,4
6 bis 12 Monate	659	14,2	14,8
Ein bis zwei Jahre	1103	23,8	24,7
Zwei bis drei Jahre	667	14,4	14,9
Länger als drei Jahre	1482	32,0	33,2
Weiß nicht	68	1,5	-
Fehlende Angabe	102	2,2	-
Gesamt	4635	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 6

Anmerkung: Spaltenprozent

In etwa einem Viertel der Fälle wurde der Fragebogen von der pflegebedürftigen Person allein ausgefüllt, im ambulanten Bereich waren es 34 %. Typisch für die vollstationär versorgte Stichprobe ist der hohe Anteil von Bearbeitungen mit Unterstützung (65 %), der im ambulanten Bereich nur bei 48 % lag. Die Bearbeitung durch eine Vertrauensperson allein spielt im ambulanten Bereich mit etwa 18 % eine deutlich größere Rolle als bei den Bewohnern/innen der vollstationären Einrichtungen (9 %).

Tabelle 108: Durch wen wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Dauer	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Pflegebedürftige Person allein	1149	24,8	25,6
Pflegebedürftige Person mit Unterstützung einer Vertrauensperson	2917	62,9	65,0
Vertrauensperson allein	421	9,1	9,4
Fehlende Angabe	148	3,2	-
Gesamt	4635	100,0	100 %

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 10

Anmerkung: Spaltenprozent

### 6.3 Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen

Von den insgesamt 475 vollstationären Pflegeeinrichtungen gibt ca. ein Drittel an, dass sie über ein Konzept oder besondere Leistungsangebote verfügen, die im Sinne einer Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet sind.

Tabelle 109: Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen (Angabe der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	302	63,6	67,1
Ja	148	31,2	32,9
fehlende Angaben	25	5,3	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.6

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 110 zeigt die angegebenen Arten von Spezialisierungen (Mehrfachnennungen möglich). Als „Sonstige Spezialisierungen“ wurde am häufigsten Palliativversorgung angegeben (N = 10 der 37 Nennungen). Auch die Pflege „junger Erwachsener“ im Alter von 18 bis 65 Jahren wurde häufig genannt (N = 7 der 37

Nennungen). Die übrigen Nennungen entfielen unter anderem auf „Demenz“, „Blindheit“, „Gerontopsychiatrie“, „Kognitiv/somatische Erkrankung“, „Hörgeschädigte“ und „geistige Behinderung/psychische Erkrankung“.

Tabelle 110: Art der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung (Angabe der Leitung)

	Häufigkeit	Prozent
Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	3	0,6
Pflegebedürftige mit schwersten demenziellen Beeinträchtigungen	117	24,6
Pflegebedürftige mit psychiatrischen Erkrankungen	40	8,4
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	11	2,3
Sonstige Spezialisierung	37	7,8

Quelle: IGES; Leitung, Item A.6

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegeeinrichtungen (N = 475)

Tabelle 111 zeigt die Angaben der Pflegefachkräfte, inwieweit ihre Einrichtung eine Spezialisierung aufweist. Der Anteil liegt mit 51 % deutlich höher, als der entsprechende Wert aus der Befragung der Einrichtungsleitungen (33 %). Dies kann daran liegen, dass die Pflegefachkräfte die Frage nach der Spezialisierung anders verstanden haben als die Leitungen bzw. einer weiteren Auslegung dieses Begriffs folgen. Ein weiterer Faktor kann auch darin bestehen, dass Pflegefachkräfte aus spezialisierten Einrichtungen in der Stichprobe stärker vertreten sind.

Tabelle 111: Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	526	45,5	48,9
Ja	550	47,6	51,1
fehlende Angaben	79	6,8	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.5

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Angaben der Pflegefachkräfte zur Art der Spezialisierung ihrer Einrichtung (Tabelle 112) lassen vermuten, dass die Pflegefachkräfte eher als die Einrichtungsleitungen eine Spezialisierung konstatiert haben: Der deutlich höhere Anteil von Spezialisierungen auf „schwerste demenziell Erkrankungen“ und „psychiatrische Erkrankungen“ im Vergleich zu den Angaben der Einrichtungsleitungen spricht u.E. dafür, dass die Pflegefachkräfte den Begriff der Spezialisierung weiter ausgelegt haben.

Tabelle 112: Art der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent
Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	9	0,8 %
Pflegebedürftige mit schwersten demenziellen Beeinträchtigungen	480	41,6 %
Pflegebedürftige mit psychiatrischen Erkrankungen	191	16,5 %
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	36	3,1 %
Sonstige Spezialisierung	115	10,0 %

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.5

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegefachkräfte (N = 365).

## 6.4 Aktuelle Personalausstattung und Veränderungen seit dem 1.1.2017

Tabelle 113 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen der Stichprobe. Demnach arbeiten im Durchschnitt 72 Personen in einer Pflegeeinrichtung. In der Pflegestatistik (2017) fällt der Mittelwert mit nur 53 Personen pro Pflegeheim deutlich geringer aus (764.648 Personen verteilt auf 14.480 Einrichtungen). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in der Pflegestatistik unter der Kategorie „Pflegeheim“ nicht ausschließlich Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege, sondern auch teilstationäre Settings gefasst werden, die wahrscheinlich mit einer geringeren Personenzahl arbeiten.

Tabelle 113: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
Gegenwärtig Beschäftigte	72,07	36,68	7	265	405	70
davon ...						
Pflegefachkräfte	18,74	9,32	0	60	462	13
Pflegehilfskräfte	20,65	12,22	0	92	462	13
Hauswirtsch. Kräfte	11,64	10,07	0	96	457	18
Betreuungskräfte	6,76	3,51	0	22	464	11
Administration <sup>1</sup>	4,04	2,70	0	30	463	12
Auszubildende etc. <sup>2</sup>	5,70	5,03	0	35	461	14
Sonstige Kräfte	3,10	6,09	0	61	431	44

Quelle: IGES; Leitung; Item A.7

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum); entspricht: <sup>1</sup>Geschäftsführung, Verwaltung, Qualitätsmanagement; <sup>2</sup>Auszubildenden, Praktikanten, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst

Im Schnitt beschäftigen die vollstationären Einrichtungen der Stichprobe jeweils 19 Pflegefachkräfte und 21 Pflegehilfskräfte. Gemäß Pflegestatistik 2017 liegt in „Pflegeheimen“ die durchschnittliche Anzahl der Pflegefachkräfte (Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in) bei 16 Beschäftigten (N = 232.193 Personen verteilt auf insg. 14.480 Pflegeeinrichtungen) und die durchschnittliche Anzahl der Pflegehilfskräfte (Altenpflegehelfer/in, Krankenpflegehelfer/in) bei 5 Beschäftigten (N = 69.006 Personen verteilt auf insg. 14.480 Pflegeeinrichtungen). Damit würden die Einrichtungen der Stichprobe einen übermäßig hohen Anteil von Pflegehilfskräften zeigen. Es könnte allerdings sein, dass von den Leitungen in der Stichprobe die Kategorie der „Pflegehilfskräfte“ weiter gefasst wird als von der Pflegestatistik, die darunter nur Personen mit entsprechender Berufsausbildung subsumiert.

Darüber hinaus fällt auch die durchschnittliche Anzahl der Kräfte, die in der Betreuung eingesetzt werden, in der Stichprobe höher aus als in der Pflegestatistik: In der Pflegestatistik (2017) entfallen im Durchschnitt nur 3 Beschäftigte in „Pflegeheimen“ auf Personen, die überwiegend in der Betreuung eingesetzt werden (42.723 Personen verteilt auf insg. 14.480 Pflegeeinrichtungen). In der aktuellen Befragung liegt die durchschnittliche Anzahl mit ca. 7 Personen mehr als doppelt so hoch (vgl. Tabelle 113). Da hier die Erfassung auch in der Pflegestatistik über den Tätigkeitsbereich – nicht Berufsabschlüsse – erfolgt, ist eine unterschiedliche Interpretation der Kategorie durch Leitung und Pflegestatistik unwahrscheinlich.

Für die Mittelwerte der verbleibenden Tätigkeitsbereiche (Hauswirtschaft; Administration) finden sich vergleichsweise nur gering ausgeprägte Unterschiede zwischen der Pflegestatistik (2017) und der Stichprobe: Gemäß Pflegestatistik entfallen im Mittel 8 Personen auf den Bereich Hauswirtschaft (121.516 Personen auf 14.480 Einrichtungen) und 3 Personen auf den Bereich Administration (42.199 Personen auf 14.480 Einrichtungen); in der Stichprobe sind es 11 für die Hauswirtschaft und 4 für die Administration. Damit liegen die Mittelwerte für diese Personalgruppen in der Stichprobe nur geringfügig höher. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Angaben der Pflegestatistik auf „Pflegeheime“ beziehen, die neben Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege auch teilstationäre Settings beinhalten – in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege ist vermutlich generell mit mehr Personal zu rechnen, zumindest soweit es mit der direkten Leistungserbringung befasst ist. Größere Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Pflegestatistik (2017) treten aber nur in Bezug auf bestimmte Personalgruppen (Pflegehilfskräfte; Betreuungskräfte) auf – genauso wie auch bei den ambulanten Pflegediensten beobachtet werden konnte (vgl. Kapitel 5.4). Dies könnte auf eine spezifische Veränderung in der Zusammensetzung des Personals deuten, die als Reaktion auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt hat.

Fragt man die Leitungen direkt nach der Entwicklung der Personals seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (zum 01.01.2017), zeigt sich, dass am häufigsten die Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte zugenommen hat (in 30 bis 42 % der Fälle) (Tabelle 114; die Tabelle enthält – außer für die Pflegefachkräfte – im oberen Tabellenteil die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe, N = 475, und im unteren Tabellenteil nur Einrichtungen, die aktuell wenigstens eine Person in der betreffenden Personalgruppe beschäftigen). Da sich zudem die Anzahl der Bewohner/innen je Einrichtung im Vergleich zu 2016 kaum verändert hat (vgl. Tabelle 92), liefern die Ergebnisse einen weiteren Hinweis darauf, dass die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit der Aufstockung bestimmter, vorrangig mit Pflege, Anleitung und Betreuung befasster Berufsgruppen einhergeht. Auch die gegenüber der Pflegestatistik erhöhte Anzahl von Pflegehilfskräften und Betreuungskräften in der Stichprobe könnte auf diese Aufstockung zurückzuführen sein.

Tabelle 114: Veränderung der Beschäftigten seit 1.1.2017 (Zeilenprozent)

		gleich geblieben		gestiegen		gesunken		fehlende Angaben
		N	g%	N	g%	N	g%	N
Gesamte Stichprobe	Pflegefachkräfte	144	31,1	179	38,7	140	30,2	12
	Pflegehilfskräfte	191	41,9	191	41,9	74	16,2	19
	Hauswirtsch. Kräfte	303	69,0	85	19,4	51	11,6	36
	Betreuungskräfte	289	62,2	146	31,4	30	6,5	10
	Administration <sup>1</sup>	373	80,9	62	13,4	26	5,6	14
	Andere <sup>2</sup>	267	81,4	45	13,7	16	4,9	147
	Auszubildende etc. <sup>3</sup>	184	40,6	154	34,0	115	25,4	22
mit ≥ 1 Person dieser Berufsgruppe	Pflegehilfskräfte	188	42,2	187	41,9	71	15,9	15
	Hauswirtsch. Kräfte	294	68,5	85	19,8	50	11,7	31
	Betreuungskräfte	254	61,4	131	31,6	29	7,0	5
	Administration <sup>1</sup>	365	80,9	61	13,5	25	5,5	10
	Andere <sup>2</sup>	253	81,1	44	14,1	15	4,8	137
	Auszubildende etc. <sup>3</sup>	162	39,5	146	35,6	102	24,9	9

Quelle: IGES; Leitung, Item A.9

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben). <sup>1</sup>Geschäftsführung, Verwaltung, Qualitätsmanagement; <sup>2</sup>Personen mit anderem beruflichen Hintergrund oder besonderen Qualifikationen, z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich; <sup>3</sup>Auszubildende, Praktikanten, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst. Im oberen Tabellenteil sind die Angaben für die Gesamtstichprobe (N = 475) ausgewiesen, im unteren Tabellenteil sind nur die Einrichtungen berücksichtigt, die aktuell wenigstens eine Person in der betreffenden Teilgruppe beschäftigen.

Insgesamt geben 45 % der Einrichtungen der Stichprobe an, dass auch Berufsgruppen aus dem therapeutischen oder pädagogischen Bereich bei ihnen beschäftigt sind (Tabelle 115).

Tabelle 115: Aktuelle Beschäftigung von anderen Berufsgruppen oder Personen mit besonderen Qualifikationen (z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	258	54,3	55,1
Ja	210	44,2	44,9
fehlende Angaben	7	1,5	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung; Item A.8

Anmerkung: Spaltenprozent

Wie bereits im Kapitel zu ambulanten Pflegediensten ausgeführt (vgl. Kapitel 5.4) ist ein besonderer Aspekt des Themas Personalausstattung die Möglichkeit, den Wünschen von Pflegebedürftigen nach Versorgung durch eine Person des gleichen Geschlechts nachzukommen. Inwiefern das Geschlecht der Pflegekräfte und Bewohner/innen bei der Versorgung Berücksichtigung findet, ist Tabelle 116 zu entnehmen. Demnach wird von den Bewohnern/innen der Wunsch, von einer Pflegekraft des eigenen Geschlechts versorgt zu werden, nur selten geäußert; wenn, dann kann diesem i.d.R. aber entsprochen werden.

Tabelle 116: Berücksichtigung des Geschlechts bei der Versorgung

Wunsch der Bewohner/innen nach Pflegekräften des eigenen Geschlechts:									
nie		selten		manchmal		häufig		fehlende Angabe	
N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
19	4,0	286	60,2	152	32,0	15	3,2	3	0,6
	4,0		60,6	152	32,2		3,2		-

Einrichtung ist in der Lage, diesem Wunsch zu entsprechen:									
nie		selten		meistens		immer		fehlende Angabe	
N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
4	0,8	16	3,4	248	52,2	173	36,4	34	7,2
	0,9		3,6		56,2		39,2		-

Quelle: IGES; Leitung; Item A.10

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

## 6.5 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung

### 6.5.1 Bedeutung zusätzlicher Betreuungs- und Aktivierungsangebote

Von den vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden in der großen Mehrheit der Fälle die Vereinbarungen zu den Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuungskräfte bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschlossen (92 % % der Stichprobe; vgl. Tabelle 117). Mit dem PSG II wurde der Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, eingeführt (§ 43b SGB XI). Dem entspricht die Verpflichtung, Leistungen der zusätzlichen Aktivierung und Betreuung anzubieten und separate Vergütungszuschläge für diese zu vereinbaren. Das Konzept der „sozialen Betreuung“, die natürlicher Bestandteil einer umfänglichen vollstationären Dauerpflege sein sollte, war bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs etabliert. Zudem gehen demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen häufig mit einem erhöhten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf einher, auf den im stationären Setting offenbar auch vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs reagiert wurde.

Tabelle 117: Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuungskräfte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Wir haben bereits vor 2017 zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigt und Vergütungszuschläge nach dem damals geltenden § 87b SGB XI vereinbart.	439	92,4	94,6
Wir haben seit dem 1.1.2017 erstmals Vergütungszuschläge nach den aktuell geltenden § 84 Abs. 8 bzw. § 85 Abs. 8 SGB XI vereinbart	25	5,3	5,4
fehlende Angaben	11	2,3	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Die „frühzeitige“ Implementierung zusätzlicher Betreuung und Aktivierung in den Pflegeeinrichtungen (d.h. vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017) steht in Einklang mit der zentralen Bedeutung, die dieser Leistungsart von den Befragten im vollstationären Bereich beigemessen wird: So ist Tabelle 118 zu entnehmen, dass die Bewohner/innen i.d.R. ein ausgeprägtes Interesse an dem Angebot zeigen und die Einrichtungen ein breites Spektrum an Aktivitäten vorhalten und in ihr Qualitätsmanagement integrieren.

Tabelle 118: Bedeutung zusätzlicher Betreuung und Aktivierung

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Bewohner/innen haben starkes Interesse an zusätzlicher Betreuung und Aktivierung	291	61,3 61,5	167	35,2 35,3	14	2,9 3,0	1	0,2 0,2	2	0,4
Wir bieten ein breites Spektrum zusätzlicher Betreuungsmaßnahmen	353	74,3 75,1	111	23,4 23,6	5	1,1 1,1	1	0,2 0,2	5	1,1
Unser Qualitätsmanagement enthält Verfahrensbeschreibungen ausschließlich für Betreuung und Aktivierung	328	69,1 70,1	100	21,1 21,4	36	7,6 7,7	4	0,8 0,9	7	1,5

Quelle: IGES; Leitung, Item B.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

Verglichen mit den analogen Fragen zum zentralen Stellenwert betreuender Leistungen im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 46: „Interesse der Kunden“, „Spektrum angebotener Leistungen“, „Elemente des Qualitätsmanagements“) zeigen sich im vollstationären Bereich deutlich höhere Zustimmungswerte. Dies entspricht der deutlich stärkeren Integration der sozialen Betreuung und Aktivierung in der stationären gegenüber der ambulanten Versorgung.

### 6.5.2 Zusätzliche Betreuungskräfte

Die Suche nach zusätzlichen Betreuungskräften wird von der großen Mehrheit der Pflegeeinrichtungen als unkompliziert bewertet (Tabelle 119). Vorhergehende Studien<sup>37</sup> haben gezeigt, dass sich Betreuungskräfte häufig aus Berufsgruppen ohne pflegerische Berufsausbildung rekrutieren. Daher dürften in Bezug auf diese Beschäftigtengruppe weniger Schwierigkeiten auftreten als in Bezug auf die bundesweit gesuchten Fachkräfte in der Altenpflege.

<sup>37</sup> Geerdes S, Schwinger A (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 9. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Tabelle 119: Suche nach geeigneten Betreuungskräften

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Wir haben keine Probleme, die erforderliche Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften zu finden.	358	75,4	75,7
Wir haben etwas Probleme, die erforderliche Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften zu finden.	106	22,3	22,4
Wir haben große Probleme, die erforderliche Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften zu finden.	9	1,9	1,9
fehlende Angaben	2	0,4	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.2

Anmerkung: Spaltenprozent

## 6.6 Neues Pflegeverständnis

### 6.6.1 Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses

Wie die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in den Befragungen operationalisiert wurde, wurde bereits im entsprechenden Kapitel zum ambulanten Bereich erläutert (siehe Abschnitt 5.7). An dieser Stelle erfolgt so nur die Darstellung der Ergebnisse für den vollstationären Bereich.

Tabelle 120 zeigt den Stand der Umsetzung der Aspekte, denen im Rahmen der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege im stationären Bereich eine wesentliche Bedeutung zukommt. Insgesamt zeigen die Ergebnisse über alle Aspekte hinweg, dass ein großer Anteil der Befragten nach eigener Einschätzung in der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses bereits weit fortgeschritten ist ( $\geq 50\%$ ) oder zumindest mit der Umsetzung begonnen hat. Nur wenige Nennungen entfallen auf die Angabe, dass noch überhaupt nichts umgesetzt sei.

Aspekte zur Berücksichtigung der Förderung bzw. des Erhalts der Selbständigkeit (Aspekt 2 in Tabelle 120) und Mobilität (Aspekt 5 in Tabelle 120) werden besonders häufig als in der Umsetzung bereits weit fortgeschritten genannt (84 % und 82 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Der geringste Umsetzungsgrad zeigt sich für die Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen (Aspekt 3 in Tabelle 120: 50 % weit fortgeschritten). Dies deutet daraufhin, dass Edukation i.S. abgrenzbarer und zielgerichteter Programme bisher offenbar seltener umgesetzt wird, als Beratung und Information bzw. Maßnahmen, die im Rahmen des Pflegeprozesses erledigt werden können (z.B. Informationssammlung zu Potenzialen der Selbstständigkeitsförderung).

Tabelle 120: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitung

	ist aktuell noch gar nicht umgesetzt		Umsetzung steht noch am Anfang		Umsetzung ist schon weit fortgeschritten		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
1. Das Pflegeheim soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	19	4,0 4,8	91	19,2 22,8	290	61,1 72,5	75	15,8 -
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	7	1,5 1,8	57	12,0 14,4	332	69,9 83,8	79	16,6 -
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	54	11,4 13,1	122	25,7 29,7	235	49,5 57,2	64	13,5 -
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Angehörige oder andere Bezugspersonen einbeziehen und sie beraten und sie ggf. anleiten, wie sie die pflegebedürftige Person noch besser unterstützen können.	38	8,0 9,3	121	25,5 29,6	250	52,6 61,1	66	13,9 -
5. Beim Einzug neuer Bewohner/innen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	10	2,1 2,5	62	13,1 15,3	332	69,9 82,2	71	14,9 -
6. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	30	6,3 7,3	95	20,0 23,2	285	60,0 69,5	65	13,7 -

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

Tabelle 121 zeigt die Antworten auf die Frage, ob die entsprechende Situation bereits vor 2017 erreicht wurde bzw. ob seit 2017 diesbezüglich zusätzliche Maßnahmen ergriffen wurden. Die Fragen waren nur zu beantworten, wenn zuvor angegeben worden war, dass mit der Umsetzung des betreffenden Aspekts bereits begonnen wurde („steht am Anfang“ oder „ist schon weit fortgeschritten“). In Bezug auf sämtliche Aspekte wird von der Mehrheit angegeben, dass mit der Umsetzung bereits vor 2017 begonnen wurde. Neue Maßnahmen seit 2017 werden von einem nur kleinen Anteil der Befragten genannt (< 25 %). Am häufigsten finden sich neue Maßnahmen zur zielgerichteten Schulung und Anleitung von Pflegebedürftigen (2. Aspekt: 24 % haben dazu seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt) sowie deren Evaluation (6. Aspekt: 25 % haben seit 2017 dazu neue Maßnahmen umgesetzt). Auch hier zeigt sich – wie bereits für die ambulanten Pflegedienste (vgl.

Kapitel 5.7.1) – dass die in der Umsetzung am weitesten fortgeschrittenen Aspekte nicht unbedingt auch die sind, die bereits vor 2017 umgesetzt wurden.

Tabelle 121: Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Leitung

	Umsetzung bereits vor 2017		seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt	
	N	g%	N	g%
1. Das Pflegeheim soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	299	84,0	57	16,0
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	294	80,8	70	19,2
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	237	75,7	76	24,3
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Angehörige oder andere Bezugspersonen einbeziehen und sie beraten und sie ggf. anleiten, wie sie die pflegebedürftige Person noch besser unterstützen können.	258	76,8	78	23,2
5. Beim Einzug neuer Bewohner/innen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	295	80,2	73	19,8
6. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	262	75,3	86	24,7

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Frageteil war nur zu beantworten, wenn „Umsetzung am Anfang steht“ oder „schon weit fortgeschritten ist“.

Die Einschätzungen der Pflegefachkräfte zum Umsetzungsstand (Tabelle 122) sind denen der Einrichtungsleitungen weitgehend ähnlich. Nennenswerte Unterschiede bestehen bei allen Fragen, insofern die Pflegefachkräfte zu einem höheren Anteil die Aspekte „noch gar nicht umgesetzt“ einstufen, wogegen die Einrichtungsleitungen eher urteilen, dass die Umsetzung noch am Anfang steht. Beide Befragengruppen haben jedoch bei allen Aspekten zu mindestens 50 % eine weit fortgeschrittene Umsetzung angegeben.

Tabelle 122: Umsetzung neues Pflegeverständnis aus Sicht der Pflegefachkräfte

	ist aktuell noch gar nicht umge- setzt		Umsetzung steht noch am Anfang		Umsetzung ist schon weit fort- geschritten		fehlende Anga- ben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
1. Das Pflegeheim soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	109	9,4 12,0	169	14,6 18,7	628	54,4 69,3	249	21,6 -
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	47	4,1 5,1	144	12,5 15,7	725	62,8 79,1	239	20,7 -
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	174	15,1 18,7	230	19,9 24,7	527	45,6 56,6	224	19,4 -
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Angehörige oder andere Bezugspersonen einbeziehen und sie beraten und ggf. anleiten, wie sie die pflegebedürftige Person noch besser unterstützen können.	131	11,3 14,1	220	19,0 23,7	577	50,0 62,2	227	19,7 -
5. Beim Einzug neuer Bewohner/innen prüfe ich, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	43	3,7 4,7	117	10,1 12,7	762	66,0 82,6	233	20,2 -
6. Wenn ich eine Schulung oder Anleitung durchgeführt habe, dann überprüfe ich immer, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	83	7,2 8,9	176	15,2 19,0	669	57,9 72,1	227	19,7 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, B.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

In Bezug auf den Zeitpunkt der Umsetzung sind die Pflegefachkräfte bei allen Aspekten zu einem etwas höheren Anteil als die Einrichtungsleitungen der Auffassung, dass erst seit 2017 Maßnahmen zur Umsetzung erfolgt sind. Die Mehrheit von mindestens 70 % – bei den Leitungen waren es 75 % – gibt jedoch an, dass alle Aspekte bereits vor 2017 umgesetzt worden sind.

Tabelle 123: Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Umsetzung bereits vor 2017		seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt	
	N	%	N	%
1. Das Pflegeheim soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	555	75,4	181	24,6
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	610	77,2	180	22,8
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	450	69,7	196	30,3
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Angehörige oder andere Bezugspersonen einbeziehen und sie beraten und ggf. anleiten, wie sie die pflegebedürftige Person noch besser unterstützen können.	498	71,8	196	28,2
5. Beim Einzug neuer Bewohner/innen prüfe ich, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	601	75,5	195	24,5
6. Wenn ich eine Schulung oder Anleitung durchgeführt habe, dann überprüfe ich immer, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	560	75,6	181	24,4

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, B.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent). Frageteil war nur zu beantworten, wenn „Umsetzung am Anfang steht“ oder „schon weit fortgeschritten ist“.

Den pflegebedürftigen Bewohner/innen der vollstationären Einrichtungen wurden zehn Items vorgelegt, die unterschiedliche Aspekte des neuen Pflegeverständnisses thematisieren (z.B. „Die Pflegekräfte in meinem Heim [...] machen mir Vorschläge, was ich selber tun kann, damit meine verbliebene Selbständigkeit möglichst lange erhalten bleibt“), zum Teil aber auch übergreifende Zufriedenheitsaspekte erfragen („[...] nehmen sich ausreichend Zeit für meine Pflege und Betreuung“). Die Ergebnisse zeigt Tabelle 124.

Tabelle 124: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen

Die Pflegekräfte des Pflegeheims ...	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
... berücksichtigen Wünsche und Vorlieben.	2518	54,3 56,0	1548	33,4 34,4	311	6,7 6,9	51	1,1 1,1	70	1,5 1,6	137	3,0 -
... sind ansprechbar für Angehörige bei Fragen oder Problemen.	3030	65,4 67,8	931	20,1 20,8	112	2,4 2,5	54	1,2 1,2	344	7,4 7,7	164	3,5 -
... helfen möglichst selbständig und mobil zu bleiben.	2819	60,8 63,1	1194	25,8 26,7	219	4,7 4,9	52	1,1 1,2	187	4,0 4,2	164	3,5 -
... beraten Angehörige, wie sie zum Wohlbefinden beitragen können.	2381	51,4 53,5	1107	23,9 24,9	251	5,4 5,6	102	2,2 2,3	611	13,2 13,7	183	3,9 -
... nehmen sich ausreichend Zeit für Pflege und Betreuung.	2201	47,5 49,1	1586	34,2 35,4	508	11,0 11,3	70	1,5 1,6	117	2,5 2,6	153	3,3 -
... machen Vorschläge, um Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten.	2284	49,3 50,8	1312	28,3 29,2	385	8,3 8,6	131	2,8 2,9	384	8,3 8,5	139	3,0 -
... machen Vorschläge, um Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu verbessern.	2114	45,6 47,1	1236	26,7 27,5	529	11,4 11,8	200	4,3 4,5	412	8,9 9,2	144	3,1 -
... ermuntern auf Hilfe von anderen zu verzichten.	2478	53,5 56,8	1363	29,4 31,3	373	8,0 8,6	145	3,1 3,3	2	0,0 0,0	274	5,9 -
... geben Ratschläge zum Tag-Nacht-Rhythmus.	1322	28,5 30,0	1058	22,8 24,0	603	13,0 13,7	274	5,9 6,2	1149	24,8 26,1	229	4,9 -
... unterstützen soziale Kontakte.	1714	37,0 38,7	1001	21,6 22,6	500	10,8 11,3	291	6,3 6,6	924	19,9 20,9	205	4,4 -

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 8

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

Die Bewertungen durch die Pflegebedürftigen fallen im vollstationären Bereich im Vergleich zu den Antworten der ambulant Gepflegten bei den in beiden Sektoren identisch gestellten Fragen meist noch etwas positiver aus. Dies betrifft vor allem die Fragen, die sich auf die Förderung der Selbständigkeit beziehen: Frage 3 („helfen möglichst selbständig und mobil zu bleiben“) wird von 90 % positiv bewertet (ambulant: 83 %, vgl. Tabelle 62), Frage 6 („machen Vorschläge, um Selbständigkeit zu erhalten“) findet bei 80 % Zustimmung (ambulant: 75 %) und Frage 7 („machen Vorschläge, um Beweglichkeit im Alltag zu erhalten“) wird von 75 % zustimmend beantwortet (ambulant: 60 %).

In Bezug auf die übergreifenden Zufriedenheitsaspekte liegen die Ergebnisse im vollstationären Bereich etwa auf gleicher Höhe wie bei den Befragten, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden: 90 % stimmen voll und ganz bzw. eher zu, dass ihre Wünsche und Vorlieben berücksichtigt werden, 84 % finden, dass die Pflegekräfte sich ausreichend Zeit für ihre Pflege und Betreuung nehmen.

### 6.6.2 Fallbeispiele

In der Befragung der vollstationären Einrichtungen und Pflegefachkräfte hatte das erste Fallbeispiel folgenden Wortlaut:

Beispiel 1
<p><b>Situation:</b></p> <p>Die Bewohnerin Frau K. ist in Ihrer Mobilität beeinträchtigt: Für den Transfer wird in der Regel der Rollstuhl benutzt. Die Pflegefachkraft kommt zu der Einschätzung, dass durch eine gezielte Förderung Frau K. schrittweise wieder an ein eigenständiges Gehen ggf. mit Rollator herangeführt werden kann. Sie schlägt Frau K. vor, über mehrere Wochen ein spezielles Trainingsprogramm mit ihr durchzuführen. Frau K. steht dem Vorschlag aufgeschlossen gegenüber, aber die Angehörigen haben starke Bedenken.</p>
<p><b>Was hat die Pflegeeinrichtung gemacht?</b></p> <p>Die Pflegefachkraft hat den Angehörigen in einem ausführlichen Gespräch erläutert, was mit der Trainingsmaßnahme erreicht werden soll, welche Risiken und welche Chancen bestehen. Es wurde vereinbart, dass die Pflegefachkraft auch den Hausarzt informiert und fragt, ob er die Teilnahme an der Trainingsmaßnahme befürwortet.</p> <p>Im Anschluss an die Abklärung mit dem Hausarzt wurde das individuelle Mobilitätstraining durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein von der Pflegeeinrichtung festgelegtes Trainingsprogramm, das von Fachkräften durchgeführt wird und mehrere Wochen dauert.</p> <p>Frau K. beginnt das Training. Zu festgelegten Zeitpunkten überprüft die Pflegefachkraft, ob die individuell mit Frau K. vereinbarten Ziele erreicht werden. Gegebenenfalls wird das Programm daraufhin angepasst.</p>

In dem ersten Fallbeispiel werden somit insbesondere folgende Aspekte des neuen Pflegeverständnisses illustriert:

- Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.
- Das Angebot bzw. die Durchführung von gezielten Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit (zeitlich begrenzt, mit definierten und auch überprüften Zielen).

Tabelle 125 zeigt im oberen Teil die Antworten der Einrichtungsleitungen zu den Fragen, inwieweit die Pflegeeinrichtung grundsätzlich – d.h. hinsichtlich der Personalausstattung und der Arbeitsorganisation – in der Lage wäre, so zu agieren, wie die Einrichtung im Beispiel. Im unteren Teil der Tabelle sind die Ergebnisse zur tatsächlichen Umsetzung des im Beispiel skizzierten Trainings- und Schulungsprogramms dargestellt.

Die Hälfte der Einrichtungen (50 % ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) hält das im Beispiel dargestellte Vorgehen mit dem gegenwärtig vorhandenen Personal bereits für vollständig umsetzbar; die andere Hälfte bewertet das Szenario vor diesem Hintergrund als maximal nur in Teilen umsetzbar. Die gegenwärtige Arbeitsorganisation wird etwas seltener als kompatibel mit der Umsetzung des beschriebenen Programms bewertet (42 % ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Insgesamt kommt die Angabe, dass das Vorgehen noch gar nicht umsetzbar sei, aber nur selten vor (< 11 %). Bei der Frage nach der bisherigen Umsetzung solcher Programme zeigen sich noch höhere Zustimmungswerte als bei der Frage nach der Umsetzbarkeit: Es wird mehrheitlich angegeben, dass solche Trainings- oder Schulungsprogramme bereits umgesetzt werden (65 % ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Im Mittel werden von den Pflegediensten, die solche Programme bereits durchführen, 11 Personen angegeben, mit denen die Programme in den letzten 6 Monaten umgesetzt wurden. Es wird aber nur von etwas weniger als ein Drittel (29 % ohne fehlende Angaben) angegeben, dass ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung für solche Programme vorliegt.

Tabelle 125: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1 aus Sicht der Leitungen

Umsetzbarkeit	Ja, in Bezug auf alles		Teilweise ja, teilweise nein		Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	234	49,3 50,4	196	41,3 42,2	34	7,2 7,3	11	2,3 -
Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihrer Pflegeeinrichtung eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	196	41,3 42,2	220	46,3 47,4	48	10,1 10,3	11	2,3 -
Umsetzung	Ja				Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%			N	% g%	N	% g%
Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch	298	62,7 65,2			159	33,5 34,8	18	3,8 -
Gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung zu solchen oder ähnlichen Trainings- oder Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	133	28,0 29,8			314	66,1 70,2	28	5,9 -
Durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen mit Umsetzung								
M	SD	Min	Max	Gültige N		fehlende Angaben		
11,14	11,97	1	60	265		33		

Quelle: IGES; Leitung, Item D.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben); M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Min (Minimum), Max (Maximum). Fehlende Angaben zur durchschnittlichen Anzahl beziehen sich auf Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits durchführen, aber keine Personenzahl dazu nennen.

Als Freitext sollte eingetragen werden, welche Maßnahmen aus dem Beispiel durch das aktuelle Personal nicht oder nicht vollständig umsetzbar erscheinen. Am häufigsten werden Zeitmangel und die Herausforderung, eine (personelle) Kontinuität über mehrere Wochen sicherzustellen angegeben („Training während der aktivierenden Pflege erfolgt jederzeit. Spezielles Trainingsprogramm erfordert Zeit, die nicht zusätzlich zur Verfügung steht.“; „Kontinuität bei der Durchführung der Maßnahme fehlt“). Ferner wird häufig das „Mobilitätstraining“ genannt, für dessen Durchführung offenbar mangelnde Kompetenzen gesehen werden („Beratung ja, Aktivierende Pflege ja, Trainingsprogramm nein“). Teilweise wird auch darauf hingewiesen, dass solche Programme eher durch andere Fachkräfte (Physiotherapeuten) durchgeführt werden sollten.

Die Freitextangaben zu den konkreten Problemen der Arbeitsorganisation, die einer Umsetzung hinderlich sind, konzentrieren sich vor allem auf die fehlenden personellen bzw. zeitlichen Ressourcen. In deutlich geringerer Zahl werden auch fehlende Kompetenzen genannt.

Die Pflegefachkräfte wurden zu fünf Einzelaspekten des Fallbeispiels um eine Einschätzung gebeten, ob sie in ihrem Arbeitsalltag so reagieren würden, wie in dem Beispiel beschrieben, sofern sie mit einer entsprechenden Situation konfrontiert wären. Demnach würde vor allem die fachliche Einschätzung sehr häufig (81 %, vgl. Tabelle 126) erfolgen. Eine tatsächliche Durchführung eines solchen mehrwöchigen Trainingsprogramms würde nach Ansicht von 62 % der Befragten in allen Fällen erfolgen, „wenn es sinnvoll ist“. Dieser Wert liegt etwa auf gleicher Höhe, wie die Angaben der Einrichtungsleitungen, ob solche oder ähnliche Trainingsprogramme bereits durchgeführt werden.

Tabelle 126: Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Würde (fast) nie gemacht		Würde manchmal gemacht		Würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Fachliche Einschätzung, ob durch eine besondere pflegerische Maßnahme die Selbstständigkeit verbessert werden könnte	29	2,5 2,5	189	16,4 16,5	924	80,0 80,9	13	1,1 -
Ausführliches Gespräch mit den Angehörigen, um die Situation und die geplante Trainingsmaßnahme zu erklären	40	3,5 3,5	303	26,2 26,6	798	69,1 69,9	14	1,2 -
Abklärung mit dem Hausarzt	41	3,5 3,6	195	16,9 17,1	905	78,4 79,3	14	1,2 -
Durchführung des Trainingsprogramms über mehrere Wochen	117	10,1 10,3	315	27,3 27,9	699	60,5 61,8	24	2,1 -
Überprüfung, ob die Ziele des Trainingsprogramms bei Frau K. erreicht werden	78	6,8 6,9	255	22,1 22,5	800	69,3 70,6	22	1,9 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

Sofern eine vollumfängliche Umsetzung der in dem Fallbeispiel dargestellten Maßnahmen nicht möglich ist, sollten die Pflegefachkräfte zu den Hinderungsgründen Stellung nehmen (Tabelle 127). Als weitaus wichtigster Grund wird genannt, dass die Pflegefachkräfte „zu viele andere Arbeitsaufgaben haben“, so dass ihnen die Zeit für ein solches Vorgehen fehlt. Immerhin 14 % haben in Bezug auf diesen Hinderungsgrund jedoch mit „trifft überhaupt nicht zu“ und weitere 21 % (jeweils ohne fehlende Angaben) mit „trifft eher nicht zu“ geantwortet.

Der zweithäufigste Grund ist das Fehlen entsprechender Trainingsprogramme in der eigenen Pflegeeinrichtung. Eine ablehnende Haltung der Bewohner/innen oder Angehöriger wird nur selten – noch deutlich seltener, als im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 65) – als Grund genannt. Auch fühlen sich die vollstationär tätigen Pflegefachkräfte in Bezug auf Trainings- und Schulungsprogramme kompetenter als ihre ambulant tätigen Kollegen/innen, nur etwa 29 % (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) sehen fehlende Kenntnisse als einen Hinderungsgrund, im ambulanten Bereich waren es etwa 43 %.

Tabelle 127: Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Ich habe zu viele andere Arbeitsaufgaben, so dass mir die Zeit für ein solches Vorgehen fehlt.	310	26,8	348	30,1	211	18,3	144	12,5	142	12,3
		30,6		34,4		20,8		14,2		-
Die meisten meiner Bewohner/innen bzw. Angehörigen wären mit einer Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden.	40	3,5	171	14,8	574	49,7	236	20,4	134	11,6
		3,9		16,7		56,2		23,1		-
In meiner Pflegeeinrichtung gibt es solche Trainingsprogramme noch nicht.	162	14,0	230	19,9	317	27,4	304	26,3	142	12,3
		16,0		22,7		31,3		30,0		-
Mir und meinen Kollegen/innen fehlen teilweise die Kenntnisse, um solche Maßnahmen durchzuführen.	75	6,5	218	18,9	417	36,1	307	26,6	138	11,9
		7,4		21,4		41,0		30,2		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

In den Freitextangaben zu weiteren Hinderungsgründen bei der Umsetzung der in Fallbeispiel 1 skizzierten Maßnahmen dominieren die Angaben „Fachkräfte-“ bzw. „Zeitmangel“. Teilweise werden auch mangelnde Unterstützung durch Angehörige oder Hausärzte genannt sowie mangelnde Motivation der Pflegekräfte, solche „zusätzlichen“ Maßnahmen durchzuführen.

Etwa zwei Drittel der Pflegefachkräfte erachten die bestehende Arbeitsorganisation ihrer Einrichtung als gänzlich oder eher vorbereitet, um Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung, wie in dem Fallbeispiel dargestellt, zu erbringen. Dieser Wert liegt nur leicht höher als die Angaben der Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich (57 %, vgl. Tabelle 66), was insofern überrascht, als man im stationären Bereich für solche Maßnahmen geringere arbeitsorganisatorische Hürden als in der ambulanten Pflege vermuten würde.

Etwa die Hälfte gibt an, dass eine Einschätzung der Möglichkeiten für eine „gezielte Förderung zum Erhalt oder der Wiederherstellung von Selbständigkeit“ beim Einzug neuer Bewohner/innen auf jeden Fall stattfindet („trifft genau zu“), weitere 40 % sagen, es träfe eher zu. Im ambulanten Bereich wurden ähnliche Häufigkeiten (45 % bzw. 44 %) angegeben.

Tabelle 128: Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unsere Arbeitsorganisation ist darauf eingestellt, solche Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung zu erbringen.	262	22,7	451	39,0	322	27,9	96	8,3	24	2,1
		23,2		39,9		28,5		8,5		-
Bei neu eingezogenen Bewohnern/innen schätzen unsere Fachkräfte in allen Fällen ein, inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt von Selbständigkeit erfolgen kann.	574	49,7	461	39,9	86	7,4	20	1,7	14	1,2
		50,3		40,4		7,5		1,8		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

Das zweite Fallbeispiel hatte folgenden Wortlaut:

Beispiel 2
<p><b>Situation:</b></p> <p>Frau P., eine kürzlich neu eingezogene Bewohnerin, hat Einschränkungen in der Beweglichkeit ihrer Finger und mit der Kraft in ihren Händen. Diese Einschränkungen führen dazu, dass ihr bei den Mahlzeiten mitunter das Besteck entgleitet und sie bei dem Toilettengang ihre Kleidung nicht rechtzeitig öffnen kann. Nach Einschätzung der Pflegefachkraft kann eine Verbesserung der Feinmotorik erreicht werden, wenn mit Frau P. regelmäßig bestimmte Übungen gemacht werden. Da Frau P. fast täglich Besuch von Angehörigen erhält, wäre es wünschenswert, wenn sich die Angehörigen an der Durchführung der Übungen beteiligen. Die Angehörigen stehen dem Vorschlag jedoch ablehnend gegenüber und sind der Meinung, dass es Aufgabe der Pflegeeinrichtung ist, der Bewohnerin bei allen Verrichtungen zu helfen.</p>
<p><b>Was hat die Pflegeeinrichtung gemacht?</b></p> <p>Die Pflegeeinrichtung lädt Frau P. und ihre Angehörigen zu einem Gesprächstermin ein. An dem Gespräch nimmt die Fachkraft teil, die für das spezielle Übungsprogramm zur Verbesserung der Feinmotorik verantwortlich ist. Frau P. und den Angehörigen wird grundsätzlich erläutert, warum die Pflegeeinrichtung solche Programme zur gezielten Ressourcenförderung anbietet. Den Angehörigen wird vorgeschlagen, dass sie von der Fachkraft angeleitet werden, wie sie ebenfalls die Übungen mit der Bewohnerin durchführen können.</p> <p>Frau P. beginnt das mehrere Wochen dauernde Übungsprogramm mit der Pflegefachkraft. Zu festgelegten Zeitpunkten überprüft die Pflegefachkraft, ob die individuell mit Frau P. vereinbarten Ziele erreicht werden. Gegebenenfalls wird das Programm daraufhin angepasst. Das bedeutet, dass auch mit den Angehörigen erneut gesprochen wird.</p>

In dem zweiten Fallbeispiel wurden somit insbesondere folgende Aspekte des neuen Pflegeverständnisses illustriert:

- Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.
- Anleitung von Angehörigen
- Angebot bzw. Durchführung von gezielten Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit (zeitlich begrenzt, mit definierten und auch überprüften Zielen).

Damit kommt zu den in Beispiel 1 bereits enthaltenen beiden Aspekten noch ein dritter hinzu, nämlich die aktive Einbindung der Angehörigen bei der Durchführung pflegerisch-betreuerischer Handlungen.

In Tabelle 129 zeigt sich bei den Antworten der Einrichtungsleitungen zu Fallbeispiel 2 ein ähnliches Muster wie für Fallbeispiel 1 (Tabelle 125): Knapp die Hälfte (48 % ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) sieht mit dem derzeitigen Personal die im Fallbeispiel beschriebenen Maßnahmen bereits als vollständig umsetzbar an; die andere Hälfte sieht sie mit dem gegenwärtigen Personal als maximal in

Teilen umsetzbar an. Die Zustimmungswerte in Bezug auf die gegenwärtige Arbeitsorganisation fallen wieder etwas niedriger aus als in Bezug auf das gegenwärtige Personal (43 % ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Wieder zeigt die Umsetzung stärkere Zustimmungswerte als die beiden Aspekte der Umsetzbarkeit (54 % setzen solche Maßnahmen bereits um; ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Insgesamt werden „Übungsprogramme zur Verbesserung der Feinmotorik“ jedoch nach Angaben der Einrichtungsleitungen aktuell jedoch etwas seltener bereits umgesetzt (54 %), als die im ersten Fallbeispiel skizzierten allgemeineren Mobilitätstrainings (65 %). In Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits umsetzten, sind diese in den letzten 6 Monaten im Mittel mit 9 Bewohnern/innen umgesetzt worden. Allerdings wird von nur einem Viertel der Einrichtungen angegeben, dass für solche Programme ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung vorliegt.

---

Tabelle 129: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2 aus Sicht der Leitungen

Umsetzbarkeit	Ja, in Bezug auf alles		Teilweise ja, teilweise nein		Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	223	46,9	194	40,8	47	9,9	11	2,3
	223	48,1	194	41,8	47	10,1	-	-
Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihrer Pflegeeinrichtung eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	199	41,9	212	44,6	48	10,1	16	3,4
	199	43,4	212	46,2	48	10,5	-	-
Umsetzung	Ja				Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%			N	% g%	N	% g%
Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	245	51,6			209	44,0	21	4,4
	245	54,0			209	46,0	-	-
Gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung zu solchen Trainings- oder Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	117	24,6			331	69,7	27	5,7
	117	26,1			331	73,9	-	-
Durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen mit Umsetzung								
M	SD	Min	Max	Gültige N		fehlende Angaben		
8,60	11,09	1	80	181		64		

Quelle: IGES; Leitung, Item D.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben); M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Min (Minimum), Max (Maximum). Fehlende Angaben zur durchschnittlichen Anzahl beziehen sich auf Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits durchführen, aber keine Personenzahl dazu nennen.

Dass in beiden Fallbeispielen die Frage nach der Umsetzung auf höhere Zustimmung stößt als die Frage nach der Umsetzbarkeit, könnte damit erklärt werden, dass in Bezug auf die Umsetzbarkeit stärker zwischen verschiedenen Elementen

der Maßnahme differenziert wird. Die Frage nach der Umsetzbarkeit entspricht nämlich – anders als die nach der Umsetzung – keiner einfachen Ja-Nein-Frage, sondern differenziert zwischen einer vollständigen und teilweisen Umsetzbarkeit. Das Muster kann so interpretiert werden, dass grundsätzlich derartige Maßnahmen, wie im Fallbeispiel, bereits umgesetzt werden, aber nicht immer *vollständig* in Bezug auf alle beschriebenen Elemente umgesetzt werden. Dies würde auch dadurch reflektiert, dass nur wenige Einrichtungen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung für solche Maßnahmen aufweisen, was einer geringer ausgeprägten Verankerung im Qualitätsmanagement der Einrichtung entspricht. Dadurch sind die Maßnahmen vermutlich seltener als eigenständige, abgrenzbare Einheit konzipiert, wie es für edukative Maßnahmen gefordert wird (vgl. Wingenfeld/Büscher 2018).

Höhere Zustimmungswerte bei der Umsetzung als bei der Umsetzbarkeit waren bei den ambulanten Pflegediensten nicht zu beobachten. Ferner liegen die Angaben zur aktuell tatsächlichen Durchführung von Maßnahmen, wie in den Fallbeispielen bei den ambulanten Diensten insgesamt deutlich niedriger als bei den vollstationären Einrichtungen (vgl. Kapitel 5.7.2). Diese Unterschiede dürften mit den grundsätzlich verschiedenen Pflegesettings (ambulant vs. stationär) zusammenhängen. Die beiden Fallbeispiele beschreiben Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität (Fallbeispiel 1: Fortbewegung, Fallbeispiel 2: Feinmotorik). Im Rahmen der Entwicklung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ wurde bereits darauf hingewiesen, dass im ambulanten Bereich „einige der strukturellen Voraussetzungen [fehlen], um Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Rahmen des pflegerischen Auftrags vereinbaren zu können. [...] In der stationären Versorgung besteht hinsichtlich der Vereinbarung von Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität eine größere Freiheit in der Planung und Gestaltung von Pflegemaßnahmen als in der ambulanten Pflege, da Pflegeleistungen pauschal und nicht verrichtungs- oder leistungs-komplexbezogen vergütet werden“<sup>38</sup>.

In den Freitextangaben zu der Frage, welche Maßnahmen des Fallbeispiels durch das aktuelle Personal nicht oder nicht vollständig umsetzbar sind, wird häufig auf fehlende fachliche Voraussetzungen bzw. die Erforderlichkeit von ergotherapeutischen Kenntnissen verwiesen. Wie beim ersten Fallbeispiel wird in Bezug auf die Arbeitsorganisation in den Freitexten sehr oft auf die Problematik des Zeit- und Personalmangels bzw. die daraus resultierende Konsequenz verwiesen, dass eine kontinuierlich über mehrere Termine durchzuführende Maßnahme nicht umsetzbar ist.

Tabelle 130 zeigt die Antworten der Pflegefachkräfte zum zweiten Fallbeispiel. Auch hier bestätigt sich das bereits bei den Einrichtungsleitungen gewonnenen

---

<sup>38</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014). Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Veröffentlichung der Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

---

Bild, dass die in Beispiel 2 skizzierte Versorgung seltener realisiert wird, als in Fallbeispiel 1. Insbesondere die Anleitung der Angehörigen wird zurückhaltender beurteilt. Die Durchführung eines solchen Übungsprogramms sehen nur 51 % der Befragten als den Regelfall an („würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist“).

Tabelle 130: Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Würde (fast) nie gemacht		Würde manchmal gemacht		Würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Fachliche Einschätzung, ob durch eine besondere pflegerische Maßnahme die Selbständigkeit verbessert werden könnte	46	4,0 4,1	270	23,4 23,9	815	70,6 72,1	24	2,1 -
Ausführliches Gespräch mit den Angehörigen, um die Situation und die geplante Trainingsmaßnahme zu erklären	56	4,8 5,0	293	25,4 25,9	781	67,6 69,1	25	2,2 -
Durchführung eines mehrwöchigen Übungsprogramms zur Verbesserung der Feinmotorik	171	14,8 15,2	383	33,2 34,0	572	49,5 50,8	29	2,5 -
Anleitung der Angehörigen, damit sie sich an den Übungen beteiligen können	216	18,7 19,2	424	36,7 37,7	484	41,9 43,1	31	2,7 -
Überprüfung, ob die Ziele des Trainingsprogramms bei Frau P. erreicht werden	80	6,9 7,2	282	24,4 25,4	749	64,8 67,4	44	3,8 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Als wichtigster Hinderungsgrund, warum eine Vorgehensweise wie in dem Fallbeispiel nicht oder nicht vollständig umsetzbar ist, wird in vergleichbarer Häufigkeit wie beim ersten Fallbeispiel die Auslastung durch andere Arbeitsaufgaben mit resultierendem Zeitmangel genannt (Tabelle 131). Der Anteil, der angegeben hat, dass entsprechende Übungsprogramm in der eigenen Einrichtung noch nicht vorhanden sind, liegt etwas höher als in Bezug auf Fallbeispiel 1 (45 % gegenüber 39 %).

Tabelle 131: Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Ich habe zu viele andere Arbeitsaufgaben, so dass mir die Zeit für ein solches Vorgehen fehlt.	290	25,1 28,7	401	34,7 39,7	184	15,9 18,2	136	11,8 13,5	144	12,5 -
Die meisten meiner Bewohner/innen bzw. die Angehörigen wären mit einer Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden.	60	5,2 5,9	264	22,9 26,0	488	42,3 48,0	204	17,7 20,1	139	12,0 -
In meiner Pflegeeinrichtung gibt es solche Trainingsprogramme noch nicht.	174	15,1 17,3	278	24,1 27,7	308	26,7 30,6	245	21,2 24,4	150	13,0 -
Mir und meinen Kollegen/innen fehlen teilweise die Kenntnisse, um solche Maßnahmen durchzuführen.	87	7,5 8,6	280	24,2 27,8	375	32,5 37,2	266	23,0 26,4	147	12,7 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

In den Freitextangaben zu „weiteren Gründen“ genannt, die eine Durchführung entsprechender Maßnahmen in der eigenen Einrichtung behindern, werden – wie zum ersten Fallbeispiel – vor allem der Fachkräfte- und Zeitmangel genannt („Hätte ich Zeit und könnte ich meiner Ausbildung entsprechend arbeiten... in der Realität wasche ich, reiche Essen und bringe Bewohner zur Toilette bzw. wechsele Einlagen.“). Häufiger wird auch angegeben, dass entsprechende Maßnahmen durch Ergotherapeuten durchgeführt würden („Wird meist durch Ergotherapeuten von extern durchgeführt oder im Rahmen der sozialen Begleitung.“).

Die Aussagen zur Eignung der bestehenden Arbeitsorganisation (Tabelle 132) für die im Fallbeispiel 2 geschilderte Vorgehensweise ähneln denen zum ersten Fallbeispiel, d.h. etwa zwei Drittel halten die Organisation bereits für einigermaßen vorbereitet und knapp die Hälfte meint, dass im Rahmen der Informationssammlung bei neu einziehenden Bewohnern/innen eine Einschätzung erfolgt, inwieweit entsprechende Maßnahmen der Selbstständigkeitsförderung bei der Person in Frage kommen.

Tabelle 132: Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Unsere Arbeitsorganisation ist darauf eingestellt, solche Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung zu erbringen.	274	23,7 24,4	425	36,8 37,9	325	28,1 29,0	98	8,5 8,7	33	2,9 -
Bei neu eingezogenen Bewohnern/innen schätzen unsere Fachkräfte in allen Fällen ein, inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt von Selbständigkeit erfolgen kann.	522	45,2 46,3	477	41,3 42,3	101	8,7 9,0	27	2,3 2,4	28	2,4 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent)

## 6.7 Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte

Der Zusammenhang zwischen dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und pflegerischer Fachlichkeit wurde bereits im Kapitel zum Stand der Umsetzung im ambulanten Bereich erläutert (siehe Kapitel 5.8).

Auch in der Befragung im vollstationären Bereich wurden wieder drei Aussagen zu Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Fachlichkeit in der Pflege präsentiert (Aufgaben der Anleitung und Schulung, mit dem Ziel die Selbstpflegekompetenz zu steigern; Unterstützung bei kognitiven und psychischen Problemlagen; Aufgabe der Entwicklung von individuell passenden Lösungen für die Lebenssituation der pflegebedürftigen Person). Eine zusätzliche Frage zielte auf die „weiteren bereits laufenden oder in naher Zukunft eintretenden Entwicklungen, die zu höheren Anforderungen an die Fachkompetenz der Pflegekräfte führen können“.

Tabelle 133 zeigt die Antworten der Leitungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen zu den drei Aussagen. Die Verteilung der Antworten fällt für alle drei Aussagen sehr ähnlich aus: Die große Mehrheit der Einrichtungen (83-86 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) gibt an, dass vorhandene Fähigkeiten des Fachpersonals durch die Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besser genutzt werden können. Gleichzeitig wird von der großen Mehrheit aber auch gesehen, dass neue fachliche Fähigkeiten noch aufgebaut werden müssen, um den

Erforderlichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besser zu entsprechen (78-83 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Der Vergleich zu den Antworten aus dem ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 71) zeigt, dass sich die Führungskräfte in beiden Sektoren weitgehend einig sind in Bezug auf die Notwendigkeiten zum Aufbau neuer fachlicher Fähigkeiten aufgrund von Anforderungen im Zusammenhang mit der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege: Jeweils 70 bis 80 % sehen einen entsprechenden Weiterentwicklungsbedarf. Gleichzeitig erblicken die Führungskräfte in noch etwa größerer Häufigkeit in den betreffenden Anforderungen auch die Chance, bereits vorhandene fachliche Fähigkeit stärker in der Praxis anwenden zu können.

---

Tabelle 133: Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Leitungen

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
<i>Die Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	163	34,3 36,1	222	46,7 49,1	63	13,3 13,9	4	0,8 0,9	23	4,8 -
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	126	26,5 33,5	172	36,2 45,7	68	14,3 18,1	10	2,1 2,7	99	20,8 -
<i>Die Unterstützung auch bei kognitiven und psychischen Problemlagen soll ein größeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	163	34,3 37,1	214	45,1 48,7	58	12,2 13,2	4	0,8 0,9	36	7,6 -
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	136	28,6 35,6	179	37,7 46,9	57	12,0 14,9	10	2,1 2,6	93	19,6 -
<i>Die Pflegefachkräfte sollen mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation entwickeln. Dadurch ...</i>										
... können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	167	35,2 38,0	196	41,3 44,6	69	14,5 15,7	7	1,5 1,6	36	7,6 -
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	128	26,9 32,8	176	37,1 45,1	72	15,2 18,5	14	2,9 3,6	85	17,9 -

Quelle: IGES; Leitung, Items E.1-E.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Die große Mehrheit der Leitungen der Pflegeeinrichtungen (75 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) sieht darüber hinaus weitere wichtige Entwicklungen, die zu höheren Anforderungen an die Fachkompetenz in der Praxis führen werden. In den Freitexten wurde allen voran die ...

- Umstellung auf die neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien und das damit einhergehende Indikatoren-gestützte Verfahren; Bedeutung des „Fachgesprächs“ in dem neuen Qualitätsprüfungsverfahren

... genannt. Weitere häufigere Freitextnennungen entsprachen:

- Erforderlichkeiten der Digitalisierung
- Fachkräftemangel
- Komplexere Expertenstandards
- Höhere Anforderungen an Beratungskompetenzen und ganzheitliche Versorgung
- Verbesserte Vernetzung und Zusammenarbeit verschiedener Schnittstellen in der Versorgung (z.B. Ärzte, Krankenhäuser)
- Zunahme demenzieller Erkrankungen
- Zunahme multimorbider Patienten sowie insgesamt höher morbide Patienten aufgrund der immer kürzeren Verweildauern in Akutkrankenhäusern

Tabelle 134: Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Leitungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	321	67,6	74,5
Nein	110	23,2	25,5
fehlende Angaben	44	9,3	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item E.4

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Pflegefachkräfte sind in deutlich stärkerem Umfang als die Leitungen der Auffassung, dass die drei angesprochenen Anforderungen die Gelegenheit bieten, die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung zu bringen: Jeweils etwa die Hälfte der Befragten antwortete mit „trifft genau zu“, bei den Leitungen liegen diese Anteile nur bei etwas mehr als einem Drittel. Konsequenterweise sehen auch deutlich weniger Pflegefachkräfte die Notwendigkeit, zusätzliche fachliche Fähigkeiten zu erwerben (zwischen 15 und 17 % „trifft genau zu“ gegenüber 33 bis 36 % der Leitungskräfte).

Tabelle 135: Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachkräfte

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
<i>Die Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen.	581	50,3	449	38,9	66	5,7	19	1,6	40	3,5
		52,1		40,3		5,9		1,7		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.	124	10,7	213	18,4	331	28,7	146	12,6	341	29,5
		15,2		26,2		40,7		17,9		-
<i>Die Unterstützung auch bei kognitiven und psychischen Problemlagen soll ein größeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen.	542	46,9	439	38,0	94	8,1	20	1,7	60	5,2
		49,5		40,1		8,6		1,8		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.	167	14,5	286	24,8	253	21,9	140	12,1	309	26,8
		19,7		33,8		29,9		16,5		-
<i>Die Pflegefachkräfte sollen mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation entwickeln. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen.	534	46,2	453	39,2	96	8,3	26	2,3	46	4,0
		48,2		40,8		8,7		2,3		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.	145	12,6	229	19,8	311	26,9	163	14,1	307	26,6
		17,1		27,0		36,7		19,2		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Items D.1-D.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Auch mit Blick auf zukünftig zu erwartende Entwicklungen, die höhere Anforderungen an die Fachlichkeit stellen, urteilen die Pflegefachkräfte zurückhaltender: Nur 55 % bejahten die Frage (Tabelle 136) gegenüber 75 % der Leitungen. In den zu dieser Frage verfassten Freitexten wird vor allem die steigende Multimorbidität bzw. der höhere Pflegebedarf der Bewohner/innen genannt („Pflegeheim wird immer mehr zur Palliativstation, Personalschlüssel muss höher werden!“).

Tabelle 136: Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	550	47,6	54,5
Nein	459	39,7	45,5
Fehlende Angabe	146	12,6	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item D.4

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 137 zeigt die Ergebnisse zur Frage, ob in den vollstationären Einrichtungen der Stichprobe anhand des Strukturmodells dokumentiert wird. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (65 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) dokumentiert auf Basis des Strukturmodells, weitere 9 % sind zum Befragungszeitpunkt in der Phase der Umstellung. Ein Viertel der Einrichtungen geben jedoch an, nicht auf der Grundlage des Strukturmodells zu dokumentieren und dies auch nicht zu planen.

Tabelle 137: Dokumentation nach dem Strukturmodell

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	120	25,3	26,3
Ja	298	62,7	65,2
Die Dokumentation wird gerade umgestellt	39	8,2	8,5
fehlende Angaben	18	3,8	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.12

Anmerkung: Spaltenprozent

Die befragten Pflegefachkräfte arbeiten zu einem noch etwas höheren Anteil (69 %) in Einrichtungen, die auf der Grundlage des Strukturmodells dokumentieren. Im Vergleich zu den ambulanten Diensten wird das Strukturmodell somit im vollstationären Bereich noch etwas häufiger (65 – 69 % gegenüber 55 – 56 % ambulant) genutzt.

Tabelle 138: Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	251	21,7	22,6
Ja	763	66,1	68,6
Die Dokumentation wird gerade umgestellt	99	8,6	8,9
fehlende Angaben	42	3,6	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.7

Anmerkung: Spaltenprozent

## 6.8 Schnittstelle zur Eingliederungshilfe

Von den vollstationären Pflegeeinrichtungen der Stichprobe geben 17 % (ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) an, dass bei ihnen Personen leben, die früher in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (Tabelle 139). Weitere Fragen zur Eingliederungshilfe waren nur zu beantworten, wenn diese Frage mit „Ja“ beantwortet wurde.

Durchschnittlich beläuft sich die Anzahl der Bewohner/innen in den Pflegeeinrichtungen, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben, auf acht Personen, als höchster Wert wurden 133 Bewohner/-innen angegeben (Tabelle 139). Eine vertiefende Analyse der Angaben der 70 Einrichtungen, die eine Angabe zur Personenzahl gemacht haben, zeigt, dass von den insgesamt 572 Personen, die von den 70 Einrichtungen angegeben wurden etwa drei Viertel auf nur neun Einrichtungen entfallen. In der Stichprobe der vollstationären Einrichtungen sind offenbar mehrere Einrichtungen vertreten, die einen Schwerpunkt in der Versorgung von Menschen haben, die zuvor in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gelebt haben.

Tabelle 139: Versorgung von Personen, die früher in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	374	78,7	83,1
Ja	76	16,0	16,9
Fehlende Angabe	25	5,3	-
Gesamt	475	100,0	100,0

Durchschnittliche Anzahl der betroffenen Personen					fehlende Angaben
M	SD	Min	Max	Gültige N	
8,17	20,77	0	133	70	6

Quelle: IGES; Leitung, Item A.5

Anmerkung: Spaltenprozent. Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung). Fehlende Angaben beziehen sich nur auf Einrichtungen, die angeben Bewohner/innen zu haben, die früher in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben.

Die Pflegefachkräfte geben zu 19 % an, dass sie persönlich an der Versorgung von Bewohnern/innen beteiligt sind, die zuvor in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (Tabelle 140).

Tabelle 140: Versorgung von Bewohner/innen, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	731	63,3	80,9
Ja	173	15,0	19,1
Weiß nicht	120	10,4	-
Fehlende Angabe	131	11,3	-
Gesamt	1155	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item F.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Von den insgesamt 76 Einrichtungen mit solchen Bewohner/innen, wird von der Mehrheit angegeben, dass sich die Zahl seit 2017 nicht verändert hat (Tabelle 141: 56 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). In etwas mehr als einem Drittel der Einrichtungen hat sich die Anzahl der Bewohner/innen jedoch erhöht (35 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Ein nur relativ geringer Anteil (10 %) gibt an, dass die Zahl sich verringert hat (Tabelle 141).

Tabelle 141: Veränderungen der Zahl der Bewohner/innen die früher in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben (seit 1.1.2017) (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
keine Veränderung	35	46,1	55,6
Zahl hat sich verringert	6	7,9	9,5
Zahl hat sich erhöht	22	28,9	34,9
Fehlende Angabe	13	17,1	-
Gesamt	76	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item G.2

Anmerkung: Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt nur Einrichtungen, in denen aktuell Personen leben, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben

Die Angaben der Pflegefachkräfte bestätigen den anhand der Antworten der Einrichtungsleitungen gewonnenen Befund: 38 % haben eine Zunahme der Zahl von Bewohnern/innen festgestellt, die aus stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in ihr Pflegeheim gewechselt sind.

Tabelle 142: Veränderungen der Zahl der Bewohner/innen, die früher in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben seit 2017 (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
keine Veränderung	63	36,4	52,5
Zahl hat sich verringert	11	6,4	9,2
Zahl hat sich erhöht	46	26,6	38,3
Fehlende Angabe	53	30,6	-
Gesamt	173	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item F.3

Anmerkung: Spaltenprozent; Auswertung berücksichtigt nur Pflegefachkräfte, die selbst an der Versorgung von Personen beteiligt sind, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben.

Von den insgesamt 76 Einrichtungen mit Bewohner/innen, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben, geben knapp 20 % an, dass sie selbst auch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß SGB XII i.V. mit SGB IX erbringt (Tabelle 143, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Die Pflegefachkräfte weisen bei dieser Frage einen deutlich höheren Anteil

von fehlenden Angaben aus als die Leitungskräfte, weshalb der gültige Prozentwert (38,1 %, vgl. Tabelle 144) vermutlich in die Irre führt. Berücksichtigt man dies, dann ergibt sich eine relative große Nähe zu der Angabe der Leitungskräfte.

Tabelle 143: Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch die Pflegeeinrichtung (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	14	18,4	19,4
Nein	58	76,3	80,6
Fehlende Angabe	4	5,3	-
Gesamt	76	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item G.3

Anmerkung: Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt nur Einrichtungen, in denen aktuell Personen leben, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe untergebracht waren.

Tabelle 144: Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch die Pflegeeinrichtung (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	45	26,0	38,1
Nein	73	42,2	61,9
Fehlende Angabe	55	31,8	-
Gesamt	173	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item F.4

Anmerkung: Spaltenprozent); Min (Minimum); Max (Maximum). Auswertung berücksichtigt nur Pflegefachkräfte, die selbst an der Versorgung von Personen beteiligt sind, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben.

## 6.9 Freitextangaben zu weiteren Aspekten

### 6.9.1 Leitungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen

Insgesamt haben 179 Leitungskräfte Freitextangaben gemacht. Unter den Freitextangaben (Frage F. „Gibt es aus Ihrer Sicht weitere wichtige Aspekte zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses?“) werden von den Leitungen der Pflegeeinrichtungen besonders häufig folgende Aspekte angesprochen:

- Allgemein der Fachkräftemangel (40 Nennungen) („Mehr Pflegefachkräfte. Es hilft nicht neue Pläne zu machen, wenn das dazugehörige Personal trotz Bemühungen nicht zu bekommen ist“; „zu wenig deutschsprachiges gut

ausgebildetes Fachpersonal um die Umsetzung des Pflegeverständnisses zu realisieren“).

- Erforderlichkeit eines besseren Personalschlüssels für die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses (31 Nennungen). („Das vorhandene Personal ist nicht ausreichend für die gewünschten Maßnahmen.“; „Besseren Personalschlüssel um solche Maßnahmen noch mehr ein binden zu können“; „Umsetzung ist nur mit mehr Pflegekräften möglich, derzeitiger Pflege-schlüssel entspricht nicht dem Bedarf“; „da die Personalschlüssel mit dem 2. Pflegegesetz nicht erhöht, teilweise sogar abgesenkt wurden, ist eine Verbesserung/Entwicklung der Qualität in der Pflege sehr schwierig.“; „Meiner Meinung nach ist das Pflegeverständnis und die Fachlichkeit der Mitarbeiter kein Problem mit dem sich die Pflege aktuell auseinander setzen müsste. Fehlende Zeitressourcen und Überbelastung der Pflegekräfte müssen angegangen werden.“)
- Zweifel, dass das neue Pflegeverständnis tatsächlich eine Neuerung darstellt (12 Nennungen). („Ich weiß nicht was aus Sicht der Pflege daran neu sein soll.“; „Was als innovativ angepriesen, läuft schon lange in der täglichen Praxis.“; „keine sichtbaren und merklichen Veränderungen des Pflegeverständnisses durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff.“)
- Forderung nach Verbesserung der Ausbildung von Pflege(fach)kräften (32 Nennungen). („muss in den Schulen Einzug halten“; „Inhalte der generalistischen Pflegeausbildung müssen angepasst werden“; „die Ausbildung muss auf die Praxis angepasst werden“; „Intellektuelle Niveau und Berufung der Azubis sinkt deutlich ab, kaum erreichbar mit diesen Anforderungen.“; „Qualitätsniveau in der Ausbildung / Pflege“)
- Mangelndes Interesse von Pflegebedürftigen und Angehörigen in Bezug auf zentrale Aspekte des neuen Pflegeverständnisses (13 Nennungen). („Pflegeverständnis der Bewohner: Ich bin alt und krank- Lasst mich in Ruhe! Pflegeverständnis der Angehörigen: Keine Eigeninitiative, dafür sind sie zuständig- schließlich zahlen wir dafür.“; „Eigentlich ist dieses Pflegeverständnis nicht neu. Neu ist nur die Gewichtung aus wissenschaftlicher Sicht. Schwierig gestaltet sich faktisch der Diskurs mit Angehörigen, die den Eindruck haben, die Pflegeeinrichtung wolle sich die Arbeit einfachen machen.“)

### 6.9.2 Pflegefachkräfte

Insgesamt wurden von den Pflegefachkräften der vollstationären Einrichtungen 312 Freitextangaben gemacht. In den Freitextangaben (E. „Weitere Aspekte zum neuen Pflegeverständnis“) werden von den Pflegefachkräften besonders häufig folgende Aspekte angesprochen:

- Forderungen nach Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege, insbesondere Verbesserung der Personalsituation (179 Nennungen). („Die Pflegesituation muss dringend verbessert werden. Pflegefachkräfte müssen unbedingt die Möglichkeit bekommen das Erlernte auch umzusetzen. Uns

fehlen die Zeit und das Personal unsere Aufgabe mit der gebührenden Sorgfalt durchzuführen.“; „viel mehr Personal, um die fachlichen Fertigkeiten umsetzen zu können, mit den Bewohnern Zeit verbringen zu können; eine bessere Bezahlung, den Beruf attraktiver zu machen.“)

- Kritik an der Ausbildung von Pflegefach- und -hilfskräften (20 Nennungen). („Anforderungen an eine Ausbildung ist ein Witz! Fachkompetenz ist bei vielen Auszubildenden und examinierten Kollegen nicht oder nur minimal gegeben.“; „Höhere Anforderungen bereits in der Ausbildung zur Fachkraft, Ausbildung z.B. erst ab 18 Jahren, gezielte Schulung in der Ausbildung“; „Um PFK's zu stärken wäre es wichtig, PH's soweit zu schulen oder zu fördern, dass durch diese alltägliche "Probleme" gelöst werden können.“;
- Reduktion von Dokumentations- und Administrationsaufwänden (26 Nennungen). („Wenn die Fachkraft nicht so viel mit Pflegeplanung, Dokumentation u. organisatorischen Dingen zu tun hätte, könnte sie ihr Fachwissen auch am Patienten umsetzen!“; „Mehr Zeit für Bewohner, weniger Dokumentation.“).
- Mehr Schulungen und fachliche Weiterbildungen für das Pflegepersonal (34 Nennungen). („Bis jetzt noch wenig Schulungsangebote für ältere Pflegekräfte, die mit dem neuen Pflegeverständnis noch Probleme haben“; „Das Pflegepersonal benötigt weitere Qualifikationen/ Weiterbildungen.“; „Die Pflegekräfte müssen etwas umdenken, das Klientel verändert sich stetig. Passende Fortbildungen und Schulungen sind erforderlich.“; „Hoher Schulungsbedarf d. MA; Pflichtweiterbildungen wie in anderen Ländern?!“)

### 6.9.3 Pflegebedürftige

Insgesamt haben 1.352 Pflegebedürftige Freitextangaben gemacht. Unter den Freitextangaben der Pflegebedürftigen (9. „Möchten Sie uns sonst noch etwas zu Ihrer pflegerischen Versorgung mitteilen?“) werden folgende Aspekte häufig oder zumindest mehrfach angesprochen:

- In den meisten Kommentaren wird der Zufriedenheit mit der Versorgung Ausdruck gegeben (530 Nennungen).
- Sehr häufig wird der Personalmangel beklagt, wobei vielfach auch betont wird, dass sich die Pflegekräfte große Mühe geben, die Bewohner/innen trotzdem gut zu versorgen (218 Nennungen). („Durch die zu niedrige Zahl von Personal entstehen Versorgungs- bzw. Betreuungslücken. Das vorhandene Personal ist jedoch stets bereit, diese zu schließen und es mit Hilfe der Bewohner zu einem guten, allgemein tragbaren Ablauf bei Tag sowie nachts zu kommen.“; „Geben Sie den armen Schwestern mehr Zeit, mehr Personal!“; „Wir haben große Hochachtung vor dem Pflegepersonal, die trotz allem Stress für die Bewohner alles geben. Und das für viel zu wenig Geld für Ihre Verantwortung.“
- Ebenfalls sehr häufig wird über Mängel aufgrund der angespannten Personalsituation geklagt (257 Nennungen). („Mehr Zeit in der Pflege. Haare werden nicht gekämmt. Häufigerer Wechsel der Hygieneeinlagen. Bleibt

manchmal den ganzen Tag bis 0 Uhr ohne Wechsel.“; „Es wird zu wenig auf Mundhygiene geachtet. Pflegepersonal wirkt oft gestresst und unterbesetzt.“; „Es sind zu wenig Fachkräfte im Haus (wurde alles reduziert), viele Dinge klappen nicht mehr richtig.“)

---

## 7. Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der teilstationären Pflege

### 7.1 Rücklauf der Befragungen

Die finale Auswertung berücksichtigt Fragebögen, die bis zum 05.07.19 bei IGES eingegangen sind. Dies entspricht:

- 289 Fragebögen von Einrichtungsleitungen
- 548 Fragebögen von Pflegefachkräften
- 2.545 Fragebögen von Pflegebedürftigen

Für die Einrichtungsleitungen ergibt sich damit folgende Rücklaufquote:

- Einrichtungsleitungen: 16,1 % (289/1.800)

Im Hinblick auf die Rückläufe der Pflegefachkräfte und der Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass diese Fragebögen aller Wahrscheinlichkeit nach nur verteilt wurden, wenn sich auch die Einrichtungsleitung an der Umfrage beteiligt hat. Geht man davon aus, dass nur in den Pflegeeinrichtungen, deren Leitungen sich an der Umfrage beteiligt haben, auch die vier Fragebögen an die Pflegefachkräfte sowie die 16 Fragebögen an Pflegebedürftige verteilt wurden, so ergeben sich folgende Rücklaufquoten:

- Pflegefachkräfte: 47,4 % (548/1.156<sup>39</sup>)
- Pflegebedürftige: 55,0 % (2.545/4.624<sup>40</sup>)

Bei dieser Rechnung werden die Rücklaufquoten vermutlich noch immer unterschätzt, weil man unterstellt, dass alle einer Einrichtung zugesandten Fragebogenexemplare auch tatsächlich an Pflegefachkräfte bzw. Pflegebedürftige weitergeleitet werden konnten.

In den teilstationären Einrichtungen liegt die Beteiligung der Einrichtungsleitungen von allen Sektoren mit 16,1 % am höchsten. Die Pflegefachkräfte haben sich jedoch zu einem geringeren Anteil beteiligt, wenn man die korrigierten Rücklaufquoten zugrunde legt (47,4 % gegenüber 58,1 % ambulant und 60,8 % vollstationär. Die Mitwirkung der Pflegebedürftigen liegt etwas niedriger als im vollstationären Bereich. Im Hinblick auf die generelle Bewertung der Rücklaufquoten wird auf die Ausführungen in Abschnitt 5.1 verwiesen.

---

<sup>39</sup> 1.156 = 289 teilnehmende Einrichtungen multipliziert mit 4 Fragebögen für Pflegefachkräfte

<sup>40</sup> 4.624 = 289 teilnehmende Einrichtungen multipliziert mit 16 Fragebögen für Pflegebedürftige

---

## 7.2 Charakteristika der antwortenden Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen

### 7.2.1 Pflegeeinrichtungen

Durch das zufällige Auswahlverfahren wurde eine bundesweit repräsentative Stichprobe von teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Durch regional unterschiedliche Beteiligungsquoten kann es jedoch zu Abweichungen in Bezug auf die Verteilung der Antworten nach Bundesländern kommen.

Tabelle 145 zeigt die Verteilung der an der Befragung teilnehmenden teilstationären Pflegeeinrichtungen (Tagespflegen) je Bundesland. Ein Vergleich mit der Pflegestatistik entfällt bei diesen Einrichtungen: Wie bereits im Kapitel 6.2.1 zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen erwähnt, differenziert die Pflegestatistik (2017) in Bezug auf das Merkmal Bundesland nicht zwischen voll- und teilstationären Einrichtungen, die zusammen die Kategorie „Pflegeheim“ bilden. Von den insgesamt 14.480 erfassten „Pflegeheimen“ in der Pflegestatistik bieten 31 % teilstationäre Versorgung (N = 4.457, entspricht der Summe der folgenden Kategorien der Pflegestatistik: „Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Tages- und Nachtpflege“, „nur Tagespflege“, „nur Nachtpflege“). Bei der Kategorie „Tages- und/oder Nachtpflege“ kann zudem nicht genau bestimmt werden, welche Form der teilstationären Versorgung überhaupt angeboten wird. Dies ist lediglich bei der Kategorie „nur Tagespflege“ (N = 3.056) bzw. „nur Nachtpflege“ (N = 1) eindeutig der Fall. Auf die Kategorie „nur Tagespflege“ entfällt zwar die Mehrheit der teilstationären Einrichtungen (N = 3.056 entspricht 68,9 %), da aber der Anteil der „reinen“ Tagespflegen an den insgesamt 14.480 „Pflegeheimen“ der Pflegestatistik nur 21 % ausmacht (die Mehrheit der „Pflegeheime“ der Pflegestatistik bietet vollstationäre Dauerpflege, N = 11.241 von insg. 14.480, d.h. 78 %), kann die Verteilung von Tagespflegen über die Bundesländer anhand der veröffentlichten Pflegestatistik schlecht geschätzt werden.

Im Rahmen der Ergebnisse für den teilstationären Bereich (Tagespflege) wird daher von einem Vergleich mit der Pflegestatistik in Bezug auf die Verteilung über die Bundesländer – wie in Kapitel 6.2.1 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen – abgesehen und in Tabelle 145 nur die Verteilung der Stichprobe der antwortenden teilstationären Einrichtungen ausgewiesen.

Tabelle 145: Bundesland der teilstationären Pflegeeinrichtungen

Bundesland	Häufigkeit	Prozent
Baden-Württemberg	45	15,6
Bayern	48	16,6
Berlin	2	0,7
Brandenburg	21	7,3
Bremen	3	1,0
Hamburg	2	0,7
Hessen	20	6,9
Mecklenburg-Vorpommern	8	2,8
Niedersachsen	33	11,4
Nordrhein-Westfalen	46	15,9
Rheinland-Pfalz	19	6,6
Saarland	1	0,3
Sachsen	17	5,9
Sachsen-Anhalt	10	3,5
Schleswig-Holstein	5	1,7
Thüringen	7	2,4
Fehlende Angabe	2	0,6
Gesamt	289	100,0

Quelle: IGES: Leitung, Item A.1

Anmerkung: Spaltenprozent.

Tabelle 146 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Gäste, die aktuell mindestens einmal pro Woche die Tagespflege besuchen (von einer Einrichtung wird hier der Wert „0“ angegeben; dabei handelt es sich um eine Tagespflege, die derzeit „nicht aktiv“ ist). Die große Mehrheit der Gäste bezieht aktuell SGB XI-Leistungen. Die Anzahl der Gäste mit SGB XI-Leistungen im selben Monat des Jahres 2016 fällt dagegen geringer aus: Während im Jahr 2017 durchschnittlich 26 Pflegegäste SGB XI-Leistungen beziehen, waren es im Jahr 2016 im Mittel ca. 20 Pflegegäste, d.h. im Vergleich zu 2016 hat sich die durchschnittliche Anzahl der Pflegegäste mit SGB XI-Leistungen um mehr als 25 % erhöht. Ursache dafür ist vermutlich, dass seit Inkrafttreten des PSG I die Kosten der Tagespflege nicht mehr anteilig vom Sachleistungsanspruch bzw. Pflegegeld abgezogen werden und dies zu einer höheren Inanspruchnahme geführt hat (nicht so zu beobachten bei ambulanten

Pflegediensten, vgl. Kapitel 5.2.1, und vollstationären Pflegeeinrichtungen, vgl. Kapitel 6.2.1).

Tabelle 146: Durchschnittliche Anzahl der Tagespflegegäste

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
insgesamt (aktuell)	26,08	15,61	0	93	276	13
mit SGB XI-Leistung (aktuell)	25,63	15,16	0	77	231	58
mit SGB XI-Leistung (früher)	19,75	32,65	0	300	271	18

Quelle: IGES; Leitung, Items A.2 bis A.4

Anmerkung: früher: im Jahr 2016, im selben Monat wie zum Zeitpunkt der aktuellen Befragung. Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Tabelle 147 ist zu entnehmen, dass gegenüber der Pflegestatistik (Einrichtungen, die ausschließlich Tagespflege anbieten) mittelgroße Einrichtungen (21 bis 30 Plätze) deutlich überrepräsentiert sind. Kleine Einrichtungen sind seltener vertreten, wogegen die großen Einrichtungen (mehr als 30 Plätze) in etwa ihrer bundesweiten Proportion entsprechend vertreten sind (anders als bei dem Merkmal Bundesland, wird in der aktuellen Pflegestatistik die „Größe der Einrichtung“ für Tagespflegen bzw. teilstationäre Einrichtungen getrennt ausgewiesen). Demnach zeigt sich – wie auch bei ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Kapitel 5.2.1 und 6.2.1) – eine unterproportionale Beteiligung kleiner Einrichtungen an den empirischen Untersuchungen.

Tabelle 147: Verteilung der Tagespflegen nach Klassen der Zahl der Gäste mit SGB XI-Leistungen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

	Stichprobe „Tagespflege“			Anteil gem. Pflegestatistik (%)	
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	„nur Tagespflege“	„teilstationär“
Bis 20	93	32,2	40,3	83,8	57,8
21 bis 30	64	22,1	27,7	13,0	9,8
Mehr als 30	74	25,6	32,0	3,2	32,4
Fehlende Angabe	58	20,1	-	-	-
Gesamt	289	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.10; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf Kapazitätsgrößenklassen von N = 3.056 Einrichtungen, die „nur Tagespflege“ anbieten (linke Spalte) bzw. N = 4.457 Einrichtungen mit teilstationärem Bereich (rechte Spalte; entspricht Summe der Kategorien „Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Tages- und Nachtpflege“, „nur Tagespflege“, „nur Nachtpflege“ aus Pflegestatistik).

In den teilstationären Einrichtungen wird verglichen mit vollstationären Einrichtungen noch zu einem etwa doppelt so hohen Anteil eine papiergestützte Dokumentation geführt (Tabelle 148). (In der Befragung der ambulanten Pflegedienste wurde diese Frage nicht gestellt, da die Pflegedokumentation im Haushalt der gepflegten Person vorgehalten werden muss, so dass ambulante Dienste praktisch immer (auch) eine papiergestützte Dokumentation führen müssen.)

Tabelle 148: Führung der Pflegedokumentation (Angabe der Leitung)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Elektronische Pflegedokumentation	136	47,1	55,3
Papiergestützte Pflegedokumentation	110	38,1	44,7
Fehlende Angabe	43	14,9	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.10

Anmerkung: Spaltenprozent

### 7.2.2 Pflegefachkräfte

Da die Pflegestatistik (2017) in Bezug auf die Merkmale Bundesland und Personalbestand nicht zwischen stationären und teilstationären Einrichtungen differenziert und Tagespflegen nur einen geringen Anteil an diesen Einrichtungen ausmachen, entfällt ein Vergleich der Verteilung des Rücklaufs mit der Pflegestatistik. Tabelle 149 zeigt daher nur die Verteilung der Befragten nach Bundesländern.

Tabelle 149: Bundesland der Tagespflegen der befragten Pflegefachkräfte

Bundesland	Häufigkeit	Prozent
Baden-Württemberg	78	14,2
Bayern	82	15,0
Berlin	5	0,9
Brandenburg	34	6,2
Bremen	7	1,3
Hamburg	2	0,4
Hessen	20	3,6
Mecklenburg-Vorpommern	13	2,4
Niedersachsen	69	12,6
Nordrhein-Westfalen	109	19,9
Rheinland-Pfalz	25	4,6
Saarland	7	1,3
Sachsen	21	3,8
Sachsen-Anhalt	19	3,5
Schleswig-Holstein	14	2,6
Thüringen	15	2,7
Fehlende Angabe	28	5,1
Gesamt	548	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.3

Anmerkung: Spaltenprozent

Wie oben bereits dargestellt, ist bezüglich der Größe der Tagespflegen (gemessen an der Zahl der Plätze bzw. versorgten Personen) ein Vergleich zwischen Antwort-Stichprobe und Pflegestatistik möglich. Die Ergebnisse weichen für die Pflegefachkräfte (Tabelle 150) teilweise deutlich von denen für die Tagespflegeeinrichtungen (Tabelle 147) ab: Demnach sind Pflegefachkräfte aus kleinen Einrichtungen nur geringfügig unterrepräsentiert, aber Beschäftigte aus großen Einrichtungen haben sich in geringerem Umfang beteiligt. Wie auch auf Ebene der Einrichtungen, sind auch bei den Pflegefachkräften die mittelgroßen Tagespflegen stark überproportional vertreten.

Tabelle 150: Verteilung der Pflegefachkräfte nach Größenklassen ihrer Pflegeeinrichtungen auf Basis der Zahl versorgter Pflegebedürftiger mit SGB XI-Leistungen (Angaben der Pflegefachkräfte) sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017)

	Stichprobe „Tagespflege“			Anteil gem. Pflegestatistik (%)	
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	„nur Tagespflege“	„teilstationär“
Bis 20	260	47,4	50,5	83,8	57,8
21 bis 30	132	24,1	25,6	13,0	9,8
Mehr als 30	123	22,4	23,9	3,2	32,4
Fehlende Angabe	33	6,0	-	-	-
Gesamt	548	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.4; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf Kapazitätsgrößenklassen von N = 3.056 Einrichtungen, die „nur Tagespflege“ anbieten (linke Spalte) bzw. N = 4.457 Einrichtungen mit teilstationärem Bereich (rechte Spalte; entspricht Summe der Kategorien „Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege“, „nur Tages- und Nachtpflege“, „nur Tagespflege“, „nur Nachtpflege“ aus Pflegestatistik).

In Bezug auf die Berufserfahrung ähneln die Antwortenden aus den teilstationären Einrichtungen eher denen aus den ambulanten Diensten: Fast drei Viertel arbeiten schon länger als 10 Jahre als Pflegefachkraft, im vollstationären Bereich waren es nur 64 %, in den ambulanten Diensten 72 %.

Tabelle 151: Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte

Berufserfahrung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Bis zu 2 Jahre	21	3,8	3,9
2 bis 5 Jahre	59	10,8	10,9
5 bis 10 Jahre	66	12,0	12,2
Mehr als 10 Jahre	394	71,9	73,0
Fehlende Angabe	8	1,5	-
Gesamt	548	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.1

Tabelle 152 zeigt die Tätigkeitsdauer speziell als Pflegefachkraft in einer Tagespflegeeinrichtung. Diese Verteilung unterscheidet sich deutlich, insofern die Mehrheit der Befragten auf die beiden unteren Kategorien entfällt. Diese Verteilung spiegelt

die Tatsache, dass die teilstationäre Versorgung in den letzten Jahren infolge der gesetzlichen Änderungen stark ausgeweitet wurde.

Tabelle 152: Verteilung der Berufserfahrung der befragten Pflegefachkräfte in einer Tagespflege

Berufserfahrung	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Bis zu 2 Jahre	160	29,2	30,1
2 bis 5 Jahre	168	30,7	31,6
5 bis 10 Jahre	105	19,2	19,7
Mehr als 10 Jahre	99	18,1	18,6
Fehlende Angabe	16	2,9	-
Gesamt	548	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.2

Die Angaben der Pflegefachkräfte zur Art der Pflegedokumentation in ihrer Einrichtung entspricht weitgehend den Angaben der Einrichtungsleitungen.

Tabelle 153: Führung der Pflegedokumentation

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Elektronische Pflegedokumentation	252	46,0	54,4
Papiergestützte Pflegedokumentation	211	38,5	45,6
fehlende Angaben	85	15,5	-
Gesamt	548	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.6

Anmerkung: Spaltenprozent

### 7.2.3 Pflegebedürftige

Tabelle 154 zeigt die Verteilung der 2.545 Tagespflegegäste, die sich an der Umfrage beteiligt haben nach Bundesländern im Vergleich zur entsprechenden Verteilung der Pflegebedürftigen in teilstationärer Versorgung gemäß Pflegestatistik 2017. Demnach sind Tagespflegegäste aus Brandenburg und Rheinland-Pfalz sowie in etwas geringerem Maße aus Baden-Württemberg, Bayern und dem Saarland unter den Befragten überrepräsentiert, wogegen Berlin und Mecklenburg-Vorpommern stark unterrepräsentiert sind. Pflegebedürftige aus Hamburg – wo sich Leitungen und zwei Pflegefachkräfte an der Umfrage beteiligt haben – sind überhaupt nicht vertreten.

Tabelle 154: Bundesland der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in Tagespflegen

Bundesland	Häufigkeit	Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Baden-Württemberg	361	14,2	10,6
Bayern	343	13,5	10,1
Berlin	32	1,3	2,9
Brandenburg	213	8,4	5,6
Bremen	18	0,7	1,0
Hamburg	-	-	1,4
Hessen	103	4,0	5,0
Mecklenburg-Vorpommern	55	2,2	4,6
Niedersachsen	282	11,1	15,4
Nordrhein-Westfalen	403	15,8	21,4
Rheinland-Pfalz	120	4,7	3,3
Saarland	40	1,6	1,3
Sachsen	136	5,3	6,4
Sachsen-Anhalt	109	4,3	4,0
Schleswig-Holstein	61	2,4	3,2
Thüringen	73	2,9	3,7
fehlende Angaben	196	10,5	-
Gesamt	2545	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 9; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 103.009 pflegebedürftige Personen in teilstationärer Pflege (nicht ausschließlich Tagespflegen).

Tabelle 155: Geschlechtsverteilung der befragten Pflegegäste

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Männlich	910	35,8	36,6	36,6
Weiblich (*)	1575	61,9	63,4	63,4
Fehlende Angabe	60	2,4	-	-
Gesamt	2545	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 1; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent; (\*) Kategorie „weiblich“ in der Pflegestatistik einschließlich "ohne Angabe" (nach Personenstandsgesetz) beim Geschlecht. Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 103.009 pflegebedürftige Personen in teilstationärer Pflege (nicht ausschließlich Tagespflegen).

Die Geschlechtsverteilung der befragten entspricht exakt derjenigen der Pflegestatistik. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Befragung (Frühjahr 2019) liegt bei etwa 82 Jahren (Geburtsjahr 1937). Die teilstationäre Stichprobe ist somit etwa ein Jahr jünger als die vollstationäre und ein Jahr älter, als die ambulante Stichprobe von Befragten.

Tabelle 156: Durchschnittsalter (Geburtsjahr) der befragten Pflegegäste

M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
1937,25	8,44	1915	1987	2395	150

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 2

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum)

Die Altersverteilung der Tagespflegegäste unterscheidet sich wenig von derjenigen der teilstationär versorgten Personen gemäß Pflegestatistik. Auch die hochaltrigen Altersklassen sind nicht nur angemessen, sondern teilweise (85 bis 95 Jahre) sogar leicht überproportional vertreten (Tabelle 157).

Tabelle 157: Altersverteilung der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in teilstationärer Pflege

Altersgruppe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
unter 15 Jahre	0	-	-	0,0
15 bis unter 60 Jahre	54	2,1	2,3	2,5
60 bis unter 65 Jahre	53	2,1	2,2	2,4
65 bis unter 70 Jahre	101	4,0	4,2	4,4
70 bis unter 75 Jahre	158	6,2	6,6	7,3
75 bis unter 80 Jahre	421	16,5	17,6	18,7
80 bis unter 85 Jahre	622	24,4	26,0	26,3
85 bis unter 90 Jahre	596	23,4	24,9	23,6
90 bis unter 95 Jahre	330	13,0	13,8	12,0
95 Jahre und mehr	60	2,4	2,5	2,8
Fehlende Angabe	150	5,9	-	-
Gesamt	2545	100,0	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 2; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 103.009 pflegebedürftige Personen in teilstationärer Pflege (nicht ausschließlich Tagespflege).

Mit Blick auf den Pflegegrad (Tabelle 158) sind die beiden unteren etwas über- und die beiden oberen etwas unterrepräsentiert, der Pflegegrad 3 liegt mit einem Anteil von ca. 39 % auf der Höhe des Anteilswerts der Pflegestatistik.

Tabelle 158: Verteilung des Pflegegrads der befragten Pflegebedürftigen sowie Verteilung gemäß Pflegestatistik (2017) in teilstationärer Pflege

Pflegegrad	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Anteil gem. Pflegestatistik (%)
Pflegegrad 1	65	2,6	2,8	1,2
Pflegegrad 2	739	29,0	31,3	27,5
Pflegegrad 3	915	36,0	38,7	39,1
Pflegegrad 4	534	21,0	22,6	25,6
Pflegegrad 5	110	4,3	4,7	6,6
Keinen Pflegegrad	21	0,8	-	-
Weiß nicht	65	2,6	-	-
Fehlende Angabe	96	3,8	-	-
Gesamt	2545	100,0	100,0	100 %

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 3; Pflegestatistik 2017

Anmerkung: Spaltenprozent. Pflegestatistik bezieht sich auf insgesamt N = 103.009 pflegebedürftige Personen in teilstationärer Pflege (nicht ausschließlich Tagespflegen).

Über 40 % der Befragten geben an, dass eine demenzielle Erkrankung (mit)ursächlich für ihre Pflegebedürftigkeit ist (Tabelle 159), ein Wert der sehr deutlich über den entsprechenden Angaben der ambulanten und der vollstationären Stichprobe liegt, wo jeweils nur 16 % eine Demenz angegeben haben (vgl. Tabelle 25 bzw. Tabelle 105). Mit 69 % deutlich niedriger liegt dagegen der Anteilswert für die körperlichen Beeinträchtigungen (ambulant: 89 %; vollstationär: 81 %).

Tabelle 159: Art der Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind

Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	Häufigkeit	Prozent
Körperliche Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	1759	69,1
Psychische Erkrankung	338	13,3
Demenzielle Erkrankung	1077	42,3
Andere geistige Beeinträchtigung (nicht demenziell bedingt)	127	5,0
Seh- oder Hörbeeinträchtigung	677	26,6
Andere Art der Beeinträchtigung bzw. Erkrankung	236	9,3

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 4

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (N = 2.545).

Für die Stichproben im ambulanten und vollstationären Bereich wurde der vergleichsweise geringe Anteil von Befragten mit demenzieller Erkrankung (jeweils 16 %) darauf zurückgeführt, dass die Bearbeitung eines Fragebogens Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung i.d.R. überfordert und von der Möglichkeit der Unterstützung bzw. kompletten Übernahme der Beantwortung durch eine Vertrauensperson offenbar nicht in entsprechendem Umfang Gebrauch gemacht wurde. Der deutlich höhere Anteil der demenziell erkrankten Befragten in der teilstationären Befragung ist insofern auch in engem Zusammenhang mit der Verteilung der Antworten auf die Frage zu sehen, durch wen der Fragebogen ausgefüllt wurde (Tabelle 160). Der Anteil „durch die pflegebedürftige Person allein“ liegt bei den Tagespflegegästen mit nur 15 % deutlich am niedrigsten (ambulant: 34 %; vollstationär: 26 %) und der Anteil „durch Vertrauensperson allein“ mit 20 % etwas höher als im ambulanten (18 %, vgl. Tabelle 30), aber deutlich über dem Anteil in der vollstationären Stichprobe (9 %, vgl. Tabelle 108).

Tabelle 160: Durch wen wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Fragebogen ausgefüllt durch ...	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Pflegebedürftige Person allein	356	14,0	14,5
Pflegebedürftige Person mit Unterstützung einer Vertrauensperson	1612	63,3	65,6
Vertrauensperson allein	490	19,3	19,9
Fehlende Angabe	87	3,4	-
Gesamt	2545	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 12

Anmerkung: Spaltenprozent

Der Anteil von Befragten, die nicht Deutsch als Muttersprache haben liegt mit über 3 % von allen drei Stichproben von Pflegebedürftigen in der Tagespflege am höchsten (ambulant: 2,3 %; vollstationär: 1,3 %).

Tabelle 161: Deutsch als Muttersprache der befragten Pflegegäste

Deutsch als Muttersprache	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	2292	90,1	96,6
Nein	80	3,1	3,4
Fehlende Angabe	173	6,8	-
Gesamt	2545	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 5

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Wohnsituation der Tagespflegegäste zeigt Tabelle 162. Verglichen mit den Befragten, die über ihren ambulanten Pflegedienst einbezogen wurden liegt vor allem der Anteil von Personen, die mit mehreren Erwachsenen in einem Haushalt leben höher (19 % gegenüber 11 %, vgl. Tabelle 27). Mit 39 % wohnen auch etwa mehr Befragte mit einer erwachsenen Person im Haushalt (ambulante: 34 %). Der Anteil Alleinlebender ist dagegen deutlich niedriger (37 % gegenüber fast 50 % in der ambulanten Stichprobe).

Tabelle 162: Aktuelle Wohnsituation der befragten Pflegegäste

Wohnsituation	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Allein in meiner Wohnung bzw. meinem Haus	908	35,7	37,2
Zusammen mit einer erwachsenen Person in einer gemeinsamen Wohnung (z.B. mit Ehe- oder Lebenspartner/in).	954	37,5	39,1
Zusammen mit mehreren erwachsenen Personen in einem gemeinsamen Haushalt (z.B. mit erwachsenen Kindern).	465	18,3	19,1
Andere Lebenssituation	111	4,4	4,6
Keine Angabe	107	4,2	-
Gesamt	2545	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 6

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Tagespflegegäste sind von allen drei Stichproben am kürzesten mit ihrer Pflegeeinrichtung im Kontakt, auch der Anteil von Befragten, die – entgegen der Aufforderung in der Anleitung zur Durchführung der Befragung – erst seit weniger als 6 Monaten die Tagespflege aufsuchen, ist mit fast 17 % am höchsten. Diese Verteilungsunterschiede gegenüber der ambulanten bzw. vollstationären Stichprobe dürften ebenfalls damit zu tun haben, dass die Inanspruchnahme von teilstationärer Versorgung in den letzten Jahren stark zugenommen hat.

Tabelle 163: Dauer des Besuchs der Tagespflegeeinrichtung

Dauer	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Weniger als 6 Monate	411	16,1	16,8
6 bis 12 Monate	422	16,6	17,3
Ein bis zwei Jahre	741	29,1	30,3
Zwei bis drei Jahre	332	13,0	13,6
Länger als drei Jahre	538	21,1	22,0
Weiß nicht	21	0,8	-
Fehlende Angabe	80	3,1	-
Gesamt	2545	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 7

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Angaben zu weiteren Leistungen der Pflegeversicherung, die außer der Tagespflege in Anspruch genommen werden, zeigt Tabelle 164. Etwa die Hälfte der Befragten wird auch durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt, noch etwas mehr (53 %) beziehen Pflegegeld, was fast exakt dem Anteil der über die ambulanten Pflegedienste Befragten entspricht (vgl. Tabelle 29). Der Entlastungsbetrag wird etwas häufiger (51 %) als von den ambulant Befragten (47 %) angegeben.

Tabelle 164: Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse über die Leistungen der Tagespflege hinaus

Leistungsart	Häufigkeit	Prozent
Ambulanter Pflegedienst	1230	48,3
Pflegegeld	1346	52,9
Entlastungsbetrag	1290	50,7
Verhinderungspflege	580	22,8
Andere Leistungen	100	3,9
Weiß nicht	202	7,9

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 8

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (N = 1.634).

### 7.3 Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen

Von den insgesamt 289 teilstationären Pflegeeinrichtungen geben ca. ein Viertel an, dass sie über ein Konzept oder besondere Leistungsangebote verfügen, die im Sinne einer Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet sind (Tabelle 165). Dieser Anteil liegt etwas höher als in der ambulanten (21 %) und deutlicher unter dem Spezialisierungsgrad der vollstationären Einrichtungen (33 %, jeweils Angabe der Einrichtungsleitungen).

Tabelle 165: Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	218	75,4	76,5
Ja	67	23,2	23,5
Fehlende Angabe	4	1,4	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.5

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 166 zeigt die angegebenen Arten von Spezialisierungen (Mehrfachnennungen möglich). Als „Sonstige Spezialisierungen“ wird insbesondere Demenz (N = 4 der 7 Nennungen) genannt. Darüber hinaus wird eine Spezialisierung auf Personen nach Schlaganfall, Rollstuhlfahrer und allgemein eine gerontopsychiatrische Spezialisierung angegeben. Von den teilstationären Einrichtungen der Stichprobe wird somit – wie von den vollstationären Pflegeeinrichtungen – am häufigsten eine Spezialisierung im Bereich demenzieller Erkrankungen angegeben (vgl. Tabelle 110).

Tabelle 166: Art der Spezialisierung (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent
Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	3	1,0
Pflegebedürftige mit schwersten demenziellen Beeinträchtigungen	55	19,0
Pflegebedürftige mit psychiatrischen Erkrankungen	15	5,2
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	4	1,4
Sonstige Spezialisierung	7	2,4

Quelle: IGES; Leitung, Item A.5

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegeeinrichtungen (N = 289).

Tabelle 167 zeigt die Antwortverteilung der Pflegefachkräfte auf die Frage nach einer Spezialisierung ihrer Einrichtung. Da fällt – ähnlich, wie auch im vollstationären

Bereich – ein im Vergleich zu den Einrichtungsleitungen deutlich höherer Anteil von Pflegefachkräften auf, die ihre Einrichtung als „spezialisiert“ wahrnehmen. Auch hier dürfte der Hauptgrund für diesen Unterschied darin bestehen, dass Pflegefachkräfte eher geneigt sind, ihre Einrichtung als „spezialisiert“ – insbesondere auf Menschen mit demenziellen bzw. psychiatrischen Erkrankungen (Tabelle 168) – zu bezeichnen. Möglicherweise leiten sie dies aus einer ihnen besonders hoch erscheinenden Zahl von versorgten Menschen mit entsprechenden Beeinträchtigungen ab, wogegen die Einrichtungsleitungen sich eher daran orientieren, ob die Pflegekonzeption des Hauses formal eine entsprechende Spezialisierung umfasst.

Tabelle 167: Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	260	47,4	51,5
Ja	245	44,7	48,5
Fehlende Angabe	43	7,8	-
Gesamt	548	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.5

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 168: Art der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent
Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche	8	1,5 %
Pflegebedürftige mit schwersten demenziellen Beeinträchtigungen	227	41,4 %
Pflegebedürftige mit psychiatrischen Erkrankungen	99	18,1 %
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	21	3,8 %
Sonstige Spezialisierung	26	4,7 %

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.5

Anmerkung: Prozentangaben bezogen auf Gesamtzahl der Pflegefachkräfte (N = 377).

## 7.4 Aktuelle Personalausstattung und Veränderungen seit dem 1.1.2017

Tabelle 169 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in den Tagespflegen der Stichprobe. Im Durchschnitt sind dort 10 Personen beschäftigt. Die Mehrheit der Beschäftigten entfallen auf Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte. Ein Vergleich mit der Beschäftigtenzahl gemäß Pflegestatistik entfällt,

da diese in Bezug auf das Personal nicht zwischen vollstationären und den verschiedenen teilstationären Settings differenziert, diese stattdessen unter der gemeinsamen Kategorie „Pflegeheime“ zusammenfasst – an der die „reine“ Tagespflege einen nur relativ kleinen Anteil hat (21 %; vgl. Kapitel 7.2.1).

Tabelle 169: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten

	M	SD	Min	Max	Gültige N	fehlende Angaben
Gegenwärtig Beschäftigte	9,83	11,55	1	127	248	41
davon ...						
Pflegefachkräfte	3,39	3,90	0	55	280	9
Pflegehilfskräfte	2,13	3,70	0	46	273	16
Hauswirtsch. Kräfte	0,95	1,79	0	15	269	20
Betreuungskräfte	1,96	2,03	0	14	279	10
Administration <sup>1</sup>	0,79	1,21	0	10	271	18
Auszubildende etc. <sup>2</sup>	0,59	1,18	0	10	265	24
Sonstige Kräfte	1,25	2,36	0	17	261	28

Quelle: IGES; Item A.6

Anmerkung: Abkürzungen: M (Mittelwert); SD (Standardabweichung); Min (Minimum); Max (Maximum); entspricht: <sup>1</sup>Geschäftsführung, Verwaltung, Qualitätsmanagement; <sup>2</sup>Auszubildenden, Praktikanten, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst

Tabelle 170 und Tabelle 171 zeigen die Angaben zu Beschäftigten aus verschiedenen Berufsgruppen. Hier zeigt sich deutlich seltener als für die Stichprobe des vollstationären Bereichs, dass Personen aus dem therapeutischen oder pädagogischen Bereich beschäftigt werden (vgl. Tabelle 115).

Tabelle 170: Aktuelle Beschäftigung von anderen Berufsgruppen oder Personen mit besonderen Qualifikationen (z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	245	84,8	86,3
Ja	39	13,5	13,7
fehlende Angaben	5	1,7	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item A.7

Anmerkung: Spaltenprozent

Allerdings wurde in den teilstationären Einrichtungen seit 2017 – vergleichbar mit der Stichprobe vollstationärer Pflegeeinrichtungen – v.a. die Anzahl von Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und Betreuungskräften erhöht (betrifft mindestens ein Viertel der Einrichtungen; siehe Tabelle 171). Weitere Berufsgruppen sind dagegen häufiger unverändert geblieben. Da die Anzahl der Gäste im Vergleich zu 2016 deutlich zugenommen hat (vgl. Tabelle 146), ist eine Aufstockung von Personalgruppen zu erwarten, die vorrangig mit Pflege, Anleitung und Betreuung befasst sind.

Tabelle 171: Veränderung der Beschäftigten seit 1.1.2017 (Zeilenprozent)

	gleich geblieben		gestiegen		gesunken		fehlende Angaben	
	N	g%	N	g%	N	g%		
Gesamte Stichprobe	Pflegefachkräfte	189	67,5	80	28,6	11	3,9	9
	Pflegehilfskräfte	156	67,2	65	28,0	11	4,7	57
	Hauswirtsch. Kräfte	131	76,6	30	17,5	10	5,8	118
	Betreuungskräfte	150	58,4	104	40,5	3	1,2	32
	Administration <sup>1</sup>	169	89,4	18	9,5	2	1,1	100
	Andere <sup>2</sup>	103	88,8	10	8,6	3	2,6	173
	Auszubildende etc. <sup>3</sup>	125	72,7	32	18,6	15	8,7	117
mit ≥ 1 Personen dieser	Pflegehilfskräfte	151	68,0	61	27,5	10	4,5	53
	Hauswirtsch. Kräfte	96	75,6	24	18,9	7	5,5	78
	Betreuungskräfte	66	60,0	42	38,2	2	1,8	9
	Administration <sup>1</sup>	145	90,1	15	9,3	1	0,6	82
	Andere <sup>2</sup>	57	87,7	7	10,8	1	1,5	64
	Auszubildende etc. <sup>3</sup>	63	67,0	25	26,6	6	6,4	7

Quelle: IGES; Leitung, Item A.8

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben). <sup>1</sup>Geschäftsführung, Verwaltung, Qualitätsmanagement; <sup>2</sup>Personen mit anderem beruflichen Hintergrund oder besonderen Qualifikationen, z.B. im therapeutischen oder pädagogischen Bereich; <sup>3</sup>Auszubildende, Praktikanten, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst. Im oberen Tabellenteil sind die Angaben für die Gesamtstichprobe (N = 289) ausgewiesen, im unteren Tabellenteil sind nur die Einrichtungen berücksichtigt, die aktuell wenigstens eine Person in der betreffenden Teilgruppe beschäftigen.

Inwiefern das Geschlecht der Pflegekräfte und Gäste bei der Versorgung berücksichtigt wird, ist Tabelle 172 zu entnehmen. Demnach wird von den Gästen der

Wunsch, von einer Pflegekraft des eigenen Geschlechts versorgt zu werden, nur selten bzw. nie geäußert; wenn, dann kann diesem aber mehrheitlich entsprochen werden.

Tabelle 172: Berücksichtigung des Geschlechts bei der Versorgung

Wunsch der Tagespflegegäste nach Pflegekräften des eigenen Geschlechts:									
nie		selten		manchmal		häufig		fehlende Angabe	
N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
129	44,6	120	41,5	29	10,0	6	2,1	5	1,7
	45,4		42,3		10,2		2,1		-

Einrichtung ist in der Lage, diesem Wunsch zu entsprechen:									
nie		selten		meistens		immer		fehlende Angabe	
N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
37	12,8	36	12,5	78	27,1	62	21,5	75	26,0
	17,4		16,9		36,6		29,1		-

Quelle: IGES; Leitung, Item A.9

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

## 7.5 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung

### 7.5.1 Bedeutung zusätzlicher Betreuungs- und Aktivierungsangebote

Von den teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden in der Mehrheit der Fälle die Vereinbarungen zu den Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuungskräfte bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschlossen (Tabelle 173). Immerhin ein Viertel gibt jedoch an, die Vereinbarungen nach dem 01.01.2017 erstmals geschlossen zu haben – dies sind deutlich mehr als im vollstationären Bereich (vgl. Tabelle 117: 5,4 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Tabelle 173: Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für zusätzliche Betreuungskräfte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Wir haben bereits vor 2017 zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigt und Vergütungszuschläge nach dem damals geltenden § 87b SGB XI vereinbart.	204	70,6	74,5
Wir haben seit dem 1.1.2017 erstmals Vergütungszuschläge nach den aktuell geltenden § 84 Abs. 8 bzw. § 85 Abs. 8 SGB XI vereinbart.	70	24,2	25,5
fehlende Angaben	15	5,2	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 174 ist zu entnehmen, dass die Gäste i.d.R. ein ausgeprägtes Interesse an den Angeboten der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zeigen und die Einrichtungen ein breites Spektrum solcher Aktivitäten vorhalten und in ihr Qualitätsmanagement integrieren. Bezogen auf das Aktivitätsspektrum und die Integration in das Qualitätsmanagement zeigen sich etwas geringere Zustimmungswerte als im vollstationären Bereich (vgl. Tabelle 118).

Tabelle 174: Bedeutung zusätzlicher Betreuung und Aktivierung

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Gäste haben ein starkes Interesse an zusätzlicher Betreuung und Aktivierung	190	65,7	76	26,3	17	5,9	1	0,3	5	1,7
		66,9		26,8		6,0		0,4		-
Wir bieten ein breites Spektrum von zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen	199	68,9	80	27,7	5	1,7	1	0,3	4	1,4
		69,8		28,1		1,8		0,4		-
Unser Qualitätsmanagement enthält Verfahrensbeschreibungen ausschließlich für Betreuung und Aktivierung	165	57,1	79	27,3	30	10,4	9	3,1	6	2,1
		58,3		27,9		10,6		3,2		-

Quelle: IGES; Leitung, Item B.3; Zeilenprozent

### 7.5.2 Zusätzliche Betreuungskräfte

Die Suche nach zusätzlichen Betreuungskräften wird von den Leitungen der teilstationären Einrichtungen i.d.R. als problemlos erachtet (Tabelle 175) – ähnlich wie von den Leitungen der vollstationären Einrichtungen (vgl. Kapitel 6.5.2). Da sich Betreuungskräfte häufig aus Berufsgruppen ohne pflegfachliche Berufsausbildung rekrutieren, ist es plausibel, dass weniger Personalrekrutierungsprobleme wahrgenommen werden, als in Bezug auf Fachkräfte in der Altenpflege.

Tabelle 175: Suche nach geeigneten Betreuungskräften

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Wir haben keine Probleme, die erforderliche Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften zu finden.	237	82,0	84,6
Wir haben etwas Probleme, die erforderliche Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften zu finden (müssen z.B. längere Zeit suchen, als geplant)	35	12,1	12,5
Wir haben große Probleme, die erforderliche Zahl von zusätzlichen Betreuungskräften zu finden.	8	2,8	2,9
Fehlende Angabe	9	3,1	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item B.2

Anmerkung: Spaltenprozent

## 7.6 Neues Pflegeverständnis

### 7.6.1 Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses

Wie die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in den Befragungen operationalisiert wurde, wurde bereits im entsprechenden Kapitel zum ambulanten Bereich erläutert (siehe Kapitel 6.6). An dieser Stelle erfolgt nur die Darstellung der Ergebnisse für den teilstationären Bereich.

Tabelle 176 zeigt den Stand der Umsetzung der Aspekte, denen im Rahmen der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege im teilstationären Bereich (Tagespflege) eine wesentliche Bedeutung zukommt. Insgesamt wird für die meisten Aspekte mehrheitlich angegeben, dass die Umsetzung schon weit fortgeschritten ist (> 70 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Wie im vollstationären Bereich, werden auch im teilstationären Bereich Aspekte zur Berücksichtigung der Förderung bzw. des Erhalts der Selbständigkeit (Aspekt 2. in Tabelle 176) und Mobilität (Aspekt 5. in Tabelle 176) besonders häufig als in der Umsetzung bereits weit

fortgeschritten bewertet (85 % und 83 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Der geringste Umsetzungsgrad findet sich für die zielgerichtete Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen (Aspekt 3 in Tabelle 176: 60 % weit fortgeschritten, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Auch im vollstationären Bereich, wurde dieser Aspekt am seltensten als bereits „weit fortgeschritten“ bezeichnet (50 %; vgl. Tabelle 120). Im teilstationären Bereich bestätigt sich somit der für den vollstationären Sektor bereits konstatierte Befund, dass die Etablierung von edukativen Maßnahmen i.S. abgrenzbarer und zielgerichteter Programme von allen abgefragten Aspekten bisher am wenigsten fortgeschritten ist. Im ambulanten Bereich wurde dieser Aspekt noch seltener (45 %) als „weit fortgeschritten“ bewertet, wobei hier die anderen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind.

Tabelle 176: Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitungen

	ist aktuell noch gar nicht umgesetzt		Umsetzung steht noch am Anfang		Umsetzung ist schon weit fortgeschritten		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
1. Die Pflege soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	10	3,5 4,4	33	11,4 14,5	184	63,7 81,1	62	21,5 -
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	3	1,0 1,3	32	11,1 13,9	196	67,8 84,8	58	20,1 -
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	34	11,8 14,3	61	21,1 25,6	143	49,5 60,1	51	17,6 -
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Informationen an die Angehörigen oder andere Bezugspersonen weiterleiten, mit denen eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person ermöglicht wird.	6	2,1 2,6	39	13,5 17,0	184	63,7 80,3	60	20,8 -
5. Bei neuen Tagespflegegästen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	2	0,7 0,9	38	13,1 16,5	190	65,7 82,6	59	20,4 -
6. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	15	5,2 6,4	55	19,0 23,6	163	56,4 70,0	56	19,4 -

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne fehlende Angaben)

Tabelle 177 zeigt die Antworten auf die Frage, ob die entsprechende Situation bereits vor 2017 erreicht wurde bzw. ob seit 2017 diesbezüglich zusätzliche Maßnahmen ergriffen wurden. Diese Frage war nur zu beantworten, wenn zuvor angegeben worden war, dass mit der Umsetzung bereits begonnen wurde („steht am Anfang“ oder „ist schon weit fortgeschritten“). In Bezug auf sämtliche Aspekte wird mehrheitlich angegeben, dass mit der Umsetzung bereits vor 2017 begonnen wurde (> 74 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Wie bereits im ambulanten und vollstationären Bereich, zeigen auch hier die Aspekte mit dem höchsten Umsetzungsgrad (Aspekt 2 und 5; vgl. Tabelle 176) nicht unbedingt den früheren Zeitpunkt der Umsetzung.

Tabelle 177: Zeitpunkt der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Leitungen

	Umsetzung bereits vor 2017		seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt	
	N	g%	N	g%
1. Die Pflege soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	169	78,2	47	21,8
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	169	77,2	50	22,8
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	134	74,4	46	25,6
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Informationen an die Angehörigen oder andere Bezugspersonen weiterleiten, mit denen eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person ermöglicht wird.	168	77,4	49	22,6
5. Bei neuen Tagespflegegästen prüfen unsere Pflegefachkräfte, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	164	75,2	54	24,8
6. Wenn wir eine Schulung oder Anleitung durchgeführt haben, wird stets überprüft, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	149	74,9	50	25,1

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Frageteil war nur zu beantworten, wenn „Umsetzung am Anfang steht“ oder „schon weit fortgeschritten ist“.

Wie die Ergebnisse in Tabelle 178 zeigen, stimmen die Einschätzungen der Pflegefachkräfte zum Stand der Umsetzung der sechs erfragten Aspekte des neuen Pflegeverständnisses mit den Angaben der Leitungskräfte stark überein.

Tabelle 178: Umsetzung neues Pflegeverständnis aus Sicht der Pflegefachkräfte

	ist aktuell noch gar nicht umge- setzt		Umsetzung steht noch am Anfang		Umsetzung ist schon weit fort- geschritten		fehlende Anga- ben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
1. Die Pflege soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	30	5,5 7,1	75	13,7 17,7	319	58,2 75,2	124	22,6 -
2. Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	13	2,4 3,0	59	10,8 13,6	362	66,1 83,4	114	20,8 -
3. Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	79	14,4 17,9	105	19,2 23,8	257	46,9 58,3	107	19,5 -
4. Die Pflegeeinrichtung soll auch Informationen an die Angehörigen oder anderen Bezugspersonen weiterleiten, mit denen eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person ermöglicht wird.	28	5,1 6,5	61	11,1 14,1	344	62,8 79,4	115	21,0 -
5. Bei neuen Tagespflegegästen prüfe ich, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	14	2,6 3,2	60	10,9 13,5	370	67,5 83,3	104	19,0 -
6. Wenn ich eine Schulung oder Anleitung durchgeführt habe, dann überprüfe ich immer, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	41	7,5 9,2	83	15,1 18,5	324	59,1 72,3	100	18,2 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, B.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Mit Blick auf die Frage, wann mit Maßnahmen zur Umsetzung der Aspekte begonnen wurde, tendieren die Pflegefachkräfte in etwas größerer Zahl als die Leitungskräfte dazu, dass erst nach dem 1.1.2017 entsprechende Maßnahmen ergriffen wurden. Die Unterschiede sind auch hier jedoch kaum nennenswert.

Tabelle 179: Zeitpunkt der Umsetzung aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Umsetzung bereits vor 2017		seit 2017 neue Maßnahmen umgesetzt	
	N	%	N	%
Die Pflege soll nicht nur bei vorrangig körperbezogenen Verrichtungen des Alltags unterstützen, sondern Hilfen anbieten, die auch die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen gleichermaßen stabilisieren.	264	69,8	114	30,2
Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.	276	69,5	121	30,5
Die Pflegeeinrichtung soll zielgerichtete Anleitung und Schulung anbieten, mit denen die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen gestärkt werden kann.	209	69,0	94	31,0
Die Pflegeeinrichtung soll auch Informationen an die Angehörigen oder anderen Bezugspersonen weiterleiten, mit denen eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person ermöglicht wird.	261	70,7	108	29,3
Bei neuen Tagespflegegästen prüfe ich, ob zielgerichtete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der vorhandenen Mobilität für diesen pflegebedürftigen Menschen in Frage kommen.	261	68,3	121	31,7
Wenn ich eine Schulung oder Anleitung durchgeführt habe, dann überprüfe ich immer, ob die Maßnahme zum gewünschten Ergebnis geführt hat.	227	65,6	119	34,4

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, B.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent). Frageteil war nur zu beantworten, wenn „Umsetzung am Anfang steht“ oder „schon weit fortgeschritten ist“.

Die Fragen zu Aspekten des neuen Pflegeverständnisses, die den Tagespflegegästen vorgelegt wurden entsprachen denen im vollstationären Bereich. Zusätzlich wurde die auch im ambulanten Bereich gestellte Frage nach der Beratung über zusätzliche Hilfen, die seitens der Pflegekasse oder durch Verordnung eines Arztes erhältlich sind, vorgelegt.

Tabelle 180: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen

Die Pflegekräfte in meiner Tagespflege	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
... berücksichtigen Wünsche und Vorlieben.	1858	73,0	488	19,2	38	1,5	13	0,5	47	1,8	101	4,0
		76,0		20,0		1,6		0,5		1,9		-
... sind ansprechbar für Angehörige bei Fragen oder Problemen.	2057	80,8	311	12,2	17	0,7	10	0,4	64	2,5	86	3,4
		83,7		12,6		0,7		0,4		2,6		-
... helfen möglichst selbständig und mobil zu bleiben.	1775	69,7	530	20,8	45	1,8	11	0,4	79	3,1	105	4,1
		72,7		21,7		1,8		0,5		3,2		-
... beraten Angehörige, wie sie zum Wohlbefinden beitragen können.	1084	42,6	477	18,7	187	7,3	77	3,0	568	22,3	152	6,0
		45,3		19,9		7,8		3,2		23,7		-
... nehmen sich ausreichend Zeit für Pflege und Betreuung.	1823	71,6	492	19,3	52	2,0	7	0,3	70	2,8	101	4,0
		74,6		20,1		2,1		0,3		2,9		-
... machen Vorschläge, um Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten.	1375	54,0	572	22,5	148	5,8	35	1,4	279	11,0	136	5,3
		57,1		23,7		6,1		1,5		11,6		-
... machen Vorschläge, um Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu verbessern.	1455	57,2	570	22,4	141	5,5	35	1,4	212	8,3	132	5,2
		60,3		23,6		5,8		1,5		8,8		-
... ermuntern auf Hilfe von anderen zu verzichten.	1357	53,3	543	21,3	148	5,8	42	1,7	303	11,9	152	6,0
		56,7		22,7		6,2		1,8		12,7		-
... geben Ratschläge zum Tag-Nacht-Rhythmus.	608	23,9	373	14,7	309	12,1	164	6,4	902	35,4	189	7,4
		25,8		15,8		13,1		7,0		38,3		-
... unterstützen soziale Kontakte.	789	31,0	408	16,0	290	11,4	152	6,0	750	29,5	156	6,1
		33,0		17,1		12,1		6,4		31,4		-
... beraten mich, welche zusätzlichen Hilfen ich bekommen kann,	1233	48,4	465	18,3	204	8,0	114	4,5	392	15,4	137	5,4
		51,2		19,3		8,5		4,7		16,3		-

Quelle: IGES; Pflegebedürftige, Item 10

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent, d.h. ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Die Einschätzungen insbesondere zu den Aspekten der Selbstständigkeitsförderung (Aspekte 3., 6., 7., 8.) werden von den Befragten in den Tagespflegeeinrichtungen gegenüber den beiden anderen Stichproben – teilweise deutlich – am häufigsten bestätigt. Auch bei den Angaben zur allgemeinen Zufriedenheit ragen die Ergebnisse der Tagespflegegäste gegenüber den beiden anderen Stichproben durch besonders positive Ergebnisse hervor. Bei der Interpretation dieser Unterschiede sollten die oben dargestellten unterschiedlichen Anteile von den Pflegebedürftigen allein bzw. mit Unterstützung oder allein durch eine Vertrauensperson ausgefüllten Fragebögen berücksichtigt werden.

### 7.6.2 Fallbeispiele

In der Befragung der teilstationären Einrichtungen und Pflegefachkräfte hatte das erste Fallbeispiel folgenden Wortlaut:

Beispiel 1
<p><b>Situation:</b></p> <p>Frau S. ist an drei Tagen in der Woche Tagespflegegast und in Ihrer Mobilität beeinträchtigt: Für den Transfer aus der Wohnung zum Fahrdienst oder zum Toilettengang wird der Rollstuhl benutzt. In der Tagespflege kann Frau S. jedoch manchmal auch mit Unterstützung einer Pflegekraft ohne Rollstuhl die Toilette aufsuchen. Die Pflegefachkraft in der Tagespflege kommt zu der Einschätzung, dass Frau S. durch eine gezielte Förderung schrittweise wieder an ein eigenständiges Gehen ggf. mit Rollator herangeführt werden kann.</p>
<p><b>Was hat die Tagespflege gemacht?</b></p> <p>Die Pflegefachkraft hat ihre Einschätzung mit Frau S. besprochen und sich erkundigt, ob sie ihre Mobilität gern verbessern möchte und sich zutraut an einem mehrere Wochen dauernden Mobilitätstraining teilzunehmen. Dabei handelt es sich um ein individuell an Frau S. angepasstes Training, das von einer Fachkraft in der Tagespflege durchgeführt wird.</p> <p>Die Pflegefachkraft hat angeregt, dass zuvor ein weiteres Gespräch stattfindet, an dem neben Frau S. auch ihre Angehörigen teilnehmen. In diesem Gespräch wurde beschlossen, dass die Pflegefachkraft Kontakt zum Hausarzt von Frau S. aufnimmt, um zu klären, ob aus medizinischer Sicht etwas gegen die Teilnahme spricht. Zum anderen wurde vereinbart, dass die Angehörigen nach Start des Mobilitätstrainings von der Fachkraft der Tagespflege noch eine genauere Anleitung erhalten, wie sie das Mobilitätstraining an den Tagen fortführen können, an denen Frau S. nicht die Tagespflege aufsucht.</p> <p>Frau S. beginnt das Training. Zu festgelegten Zeitpunkten überprüft die Pflegefachkraft, ob die individuell vereinbarten Ziele erreicht werden. Gegebenenfalls wird das Programm daraufhin angepasst.</p>

In dem ersten Fallbeispiel wurden somit insbesondere folgende Aspekte des neuen Pflegeverständnisses illustriert:

- Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

- Anleitung von Angehörigen
- Angebot bzw. Durchführung von gezielten Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit (zeitlich begrenzt, mit definierten und auch überprüften Zielen).

Tabelle 181 zeigt im oberen Teil die Ergebnisse zu den Fragen, inwieweit die teilstationären Pflegeeinrichtung grundsätzlich – d.h. hinsichtlich der Personalausstattung und der Arbeitsorganisation – in der Lage wäre, so zu agieren, wie die Einrichtung im Beispiel. Im unteren Teil der Tabelle sind die Ergebnisse zur tatsächlichen Umsetzung des im Beispiel skizzierten Trainings- und Schulungsprogramms dargestellt.

Die Mehrheit der teilstationären Einrichtungen der Stichprobe hält das im Beispiel dargestellte Vorgehen mit dem gegenwärtigen Personal bereits für vollständig umsetzbar (71 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben). Das verbleibende Drittel bewertet das Szenario als maximal nur in Teilen umsetzbar. Insgesamt kommt die Angabe, dass das Vorgehen mit den vorhandenen personellen Ressourcen noch gar nicht umsetzbar sei nur selten vor (< 5 %). Auch die bestehende Arbeitsorganisation wird nur selten als vollständiges Hindernis gesehen, etwa zwei Drittel halten die Beispielmaßnahmen für vollumfänglich realisierbar.

Insgesamt liegen die Angaben der Tagespflegen zu ihren personellen und arbeitsorganisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung der in dem Fallbeispiel skizzierten Vorgehensweise damit größenordnungsmäßig um etwa 20 Prozentpunkte über den Angaben der Leitungskräfte zu den ähnlich gearteten Fallbeispielen im vollstationären Bereich (vgl. Tabelle 125 und Tabelle 129).

Bei der Frage nach der tatsächlichen bisherigen Umsetzung solcher Maßnahmen zeigen sich ähnlich hohe Zustimmungswerte (65 % bejahten die Frage). Schriftliche Konzepte sind jedoch nur in gut einem Viertel der Einrichtungen vorhanden. Im Mittel sind in den letzten 6 Monaten solche Programme mit 6 Tagespflegegästen umgesetzt worden.

Tabelle 181: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1 aus Sicht der Leitungen

Umsetzbarkeit	Ja, in Bezug auf alles		Teilweise ja, teilweise nein		Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Verfügt Ihre Tagespflege über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	200	69,2 70,9	71	24,6 25,2	11	3,8 3,9	7	2,4 -
Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihrer Tagespflege eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	184	63,7 65,2	85	29,4 30,1	13	4,5 4,6	7	2,4 -
Umsetzung	Ja				Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%			N	% g%	N	% g%
Führt Ihre Tagespflege solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	188	65,1 68,6			86	29,8 31,4	15	5,2 -
Gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung zu solchen oder ähnlichen Trainings- oder Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	80	27,7 28,9			197	68,2 71,1	12	4,2 -
Durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen mit Umsetzung								
M	SD	Min	Max	Gültige N		fehlende Angaben		
5,94	6,21	1	40	163		25		

Quelle: IGES; Leitung, Item D.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben); M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Min (Minimum), Max (Maximum). Fehlende Angaben zur durchschnittlichen Anzahl beziehen sich auf Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits durchführen, aber keine Personenzahl dazu nennen.

In den Freitexten wurden folgende Aspekte genannt, welche konkreten Maßnahmen aus dem Beispiel durch das aktuelle Personal nicht oder nicht vollständig umsetzbar sind: Die Einbeziehung der Angehörigen sowie die Kontaktaufnahme zum

Hausarzt werden mehrfach als schwierig bzw. unüblich bezeichnet. Teilweise wird auch darauf hingewiesen, dass die Zuständigkeit für entsprechende Trainings bei Physiotherapeuten gesehen wird bzw. dass man das eigene Personal nicht für hinreichend qualifiziert hält („PFK hat keine Schulung in Mobilitätstraining, arbeiten mit Physiotherapeut.“; „Wir können keine geriatrische Reha in Tagespflege leisten!“). Eine Reihe von Angaben weist darauf hin, dass solche individuellen Trainings nicht realisierbar sind („Einzeltraining ist schwierig zu regelmäßigen Zeiten.“; „Feste Zeiten und Einzelbetreuung ist nicht (zeitlich) immer möglich.“).

Als konkrete arbeitsorganisatorische Probleme bei der Umsetzung der Beispielmaßnahmen wurden in den Freitexten von den Einrichtungsleitungen vor allem Zeit- und Personalmangel genannt, die insbesondere einer individualisierten Vorgehensweise wie in dem Beispiel dargestellt entgegenstehen. Teilweise wird auch darauf hingewiesen, dass Angehörige ablehnend reagieren, wenn die Tagespflege anregt, bestimmte Maßnahmen in der Häuslichkeit fortzuführen.

Die Pflegefachkräfte wurden zu einzelnen Aspekten bzw. Teilmaßnahmen des Beispielfalls befragt. Am seltensten (51 %) wurde die Abklärung mit dem Hausarzt als Maßnahme bestätigt, die in allen Fällen erfolgte. Das erste Fallbeispiel im vollstationären Bereich umfasst ebenfalls eine Abklärung mit dem Hausarzt, die allerdings nach Angabe der dortigen Pflegefachkräfte zu fast 80 % immer erfolgen würde. Dieser Unterschied dürfte damit zusammenhängen, dass Kontakte mit den Hausärzten im vollstationären Bereich sehr viel regelmäßiger erfolgen als durch Tagespflegeeinrichtungen.

Wie auch bei den Fallbeispielen in den beiden anderen Sektoren wird ansonsten der Aspekt der „mehrwöchigen“ Durchführung eines Trainingsprogramms von den Pflegefachkräften zurückhaltender bewertet.

Tabelle 182: Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Würde (fast) nie gemacht		Würde manchmal gemacht		Würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Fachliche Einschätzung, ob durch eine besondere pflegerische Maßnahme die Mobilität verbessert werden könnte.	7	1,3 1,3	77	14,1 14,3	453	82,7 84,4	11	2,0 -
Ausführliches Gespräch mit den Angehörigen, um die Situation und die geplante Trainingsmaßnahme zu erklären	30	5,5 5,6	139	25,4 26,1	364	66,4 68,3	15	2,7 -
Abklärung mit dem Hausarzt	90	16,4 16,9	166	30,3 31,1	277	50,5 52,0	15	2,7 -
Durchführung des Trainingsprogramms über mehrere Wochen	58	10,6 10,8	118	21,5 22,1	359	65,5 67,1	13	2,4 -
Überprüfung, ob die Ziele des Trainingsprogramms bei Frau S. erreicht werden	43	7,8 8,1	102	18,6 19,1	389	71,0 72,8	14	2,6 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Fehlende Zeit bzw. andere Arbeitsaufgaben sind auch bei den Pflegefachkräften aus den Tagespflegen der wichtigste von den vier abgefragten Hinderungsgründen (Tabelle 183). Der Anteil von „trifft genau zu“-Angaben liegt mit etwa 15 % jedoch nur halb so hoch wie die Angaben der Pflegefachkräfte im vollstationären Bereich zu den Hinderungsgründen einer Durchführung von solchen Maßnahmen wie in den beiden Fallbeispielen (vgl. Tabelle 127 bzw. Tabelle 131).

Tabelle 183: Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Ich habe zu viele andere Arbeitsaufgaben, so dass mir die Zeit für ein solches Vorgehen fehlt.	67	12,2 14,7	138	25,2 30,2	126	23,0 27,6	126	23,0 27,6	91	16,6 -
Die meisten meiner Tagespflegegäste bzw. die Angehörigen wären mit einer Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden.	13	2,4 2,8	77	14,1 16,8	222	40,5 48,6	145	26,5 31,7	91	16,6 -
In meiner Tagespflegeeinrichtung gibt es solche Trainingsprogramme noch nicht.	58	10,6 12,6	93	17,0 20,2	132	24,1 28,7	177	32,3 38,5	88	16,1 -
Mir und meinen Kollegen/innen fehlen teilweise die Kenntnisse, um solche Maßnahmen durchzuführen.	21	3,8 4,6	84	15,3 18,3	167	30,5 36,4	187	34,1 40,7	89	16,2 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Die Pflegefachkräfte konnten weitere einer Umsetzung der Beispielmaßnahmen entgegenstehende Gründe als Freitext angeben. Häufig wurde angegeben, dass entsprechende Maßnahmen nicht von Pflegefachkräften übernommen, sondern dass andere Fachkräfte (Physio- oder Ergotherapeuten) hinzugezogen werden. Ferner werden Personalmangel bzw. Mangel an entsprechend qualifiziertem Personal, mangelndes Interesse von Angehörigen oder Überforderung der Tagespflegegäste genannt.

Die Arbeitsorganisation erscheint der großen Mehrheit der Pflegefachkräfte als auf jeden Fall oder eher geeignet, um eine entsprechende Vorgehensweise umzusetzen (Tabelle 184). Auch die Berücksichtigung von Aspekten der Selbstständigkeitsförderung bei der Aufnahme von neuen Tagespflegegästen sehen fast alle Befragten als gegeben an. In Bezug auf beide Fragen sind die Zustimmungswerte der Pflegefachkräfte in den Tagespflegen wieder deutlich höher als in der vollstationären Pflege.

Tabelle 184: Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 1 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Unsere Arbeitsorganisation ist darauf eingestellt, solche Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung zu erbringen.	209	38,1	196	35,8	92	16,8	34	6,2	17	3,1
		39,4		36,9		17,3		6,4		-
Bei neuen Tagespflegegästen schätzen unsere Fachkräfte in allen Fällen ein, inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt von Selbständigkeit erfolgen kann.	333	60,8	164	29,9	30	5,5	8	1,5	13	2,4
		62,2		30,7		5,6		1,5		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.1

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Das zweite Fallbeispiel hatte folgenden Wortlaut:

Beispiel 2
<p><b>Situation:</b></p> <p>Herr W. ist Gast der Tagespflege. Er lebt im Haushalt seiner Tochter und leidet an einer fortschreitenden Demenz. Die zunehmende Vergesslichkeit und ein immer stärker auftretendes problematisches Verhalten führen zu einer starken Belastung der Tochter und der übrigen Familienangehörigen. Dies wiederum belastet Herrn W., der die Spannungen spürt, aber diese Gefühle nicht kompensieren kann. Dadurch werden die problematischen Verhaltensweisen noch verstärkt. Eine Pflegefachkraft der Tagespflege kommt zu der Einschätzung, dass eine Überlastung vor allem der Tochter droht, die Familie von Herrn W. in der Bewältigung dieser Situation durch Informationen, Aufklärung und gezielte Anleitungen aber gestärkt werden könnte.</p>
<p><b>Was hat die Tagespflege gemacht?</b></p> <p>Die Pflegefachkraft der Tagespflege sucht das Gespräch mit der Tochter. Sie weist auf konkrete Hilfsangebote sowie die Möglichkeiten zur Beratung und Schulung zum Beispiel durch häusliche Beratungsbesuche (§ 37 Absatz 3 SGB XI) und Pflegekurse, auch in der häuslichen Umgebung, (§ 45 SGB XI) sowie ggf. der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans durch die Pflegeberater/innen der Pflegekasse (§ 7a SGB XI) hin. Sie schlägt der Tochter vor, dass zunächst ein Hausbesuch durch eine speziell geschulte Fachkraft (z. B. gerontopsychiatrische Pflegefachkraft oder speziell geschulte Sozialarbeiterin) erfolgen sollte und nennt der Tochter Stellen, die ihr hierbei helfen können.</p> <p>Während Herr W. in der Tagespflege ist, bemüht sich die Pflegefachkraft darum, mehr über die individuellen Belastungen von Herrn W. zu erfahren und Spannungen und negative Gefühle abzubauen. Gleichzeitig versucht sie Wege zu finden, wie mit den problematischen Verhaltensweisen von Herrn W. jeweils in einer Weise umgegangen werden kann, in der die Situation entschärft wird und Unsicherheiten auf beiden Seiten vermieden werden können. Ihre Erfahrungen gibt sie auch der Tochter weiter.</p> <p>Die Fachkraft schlägt vor, dass die Familie in den nächsten etwa 4 bis 6 Wochen die fachlichen Ratschläge zu einem veränderten Umgang mit Herrn W. und seiner Erkrankung schrittweise erprobt. Am Ende der 4 bis 6 Wochen erkundigt sich die Fachkraft der Tagespflege aktiv nach den erlebten Fortschritten oder auch aufgetretenen Problemen und reagiert ggf. bei der Tagespflege von Herrn W. darauf.</p>

In dem zweiten Fallbeispiel wurden somit insbesondere folgende Aspekte des neuen Pflegeverständnisses illustriert:

- Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.
- Anleitung von Angehörigen
- Angebot bzw. Durchführung von gezielten Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit (zeitlich begrenzt, mit definierten und auch überprüften Zielen).

In Tabelle 185 zeigt sich für Fallbeispiel 2 in Hinblick auf die Umsetzbarkeit ein ähnliches Muster wie für Fallbeispiel 1 (Tabelle 181). Allerdings fällt die Umsetzung in Fallbeispiel 2 (82 % der Einrichtungen setzen solche Maßnahmen bereits um; ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) höher aus als in Fallbeispiel 1 (69 %; vgl. Tabelle 181). Im Mittel sind in den letzten 6 Monaten solche Programme mit 5 Gästen umgesetzt worden. Wieder wird von der Mehrheit angegeben, dass kein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung dafür vorliege.

Dass bei Fallbeispiel 2 eine Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen häufiger bereits stattfindet als bei Fallbeispiel 1, könnte so erklärt werden, dass Fallbeispiel 2 eher auf Aspekte rekurriert, die einfacher im Kontext während der alltäglichen Pflege und Betreuung durch die Tagespflege umgesetzt werden können. Dagegen beschreibt Fallbeispiel 1 ein abgrenzbares Trainingsprogramm, das die Umsetzung von Maßnahmen auch außerhalb der unmittelbaren Pflegesituation erfordert.

---

Tabelle 185: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2 aus Sicht der Leitungen

Umsetzbarkeit	Ja, in Bezug auf alles		Teilweise ja, teilweise nein		Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Verfügt Ihre Tagespflege über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	208	72,0 73,0	69	23,9 24,2	8	2,8 2,8	4	1,4 -
Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihrer Tagespflege eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	195	67,5 68,2	75	26,0 26,2	16	5,5 5,6	3	1,0 -
Umsetzung	Ja				Nein		fehlende Angaben	
	N	% g%			% g%	%	N	% g%
Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	228	78,9 82,0			50	17,3 18,0	11	3,8 -
Gibt es in Ihrer Pflegeeinrichtung zu solchen Trainings- oder Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	92	31,8 33,1			186	64,4 66,9	11	3,8 -
Durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen mit Umsetzung								
M	SD	Min	Max	Gültige N		fehlende Angaben		
4,83	4,33	0	25	178		111		

Quelle: IGES; Leitung, Item D.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben); M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Min (Minimum), Max (Maximum). Fehlende Angaben zur durchschnittlichen Anzahl beziehen sich auf Einrichtungen, die solche Maßnahmen bereits durchführen, aber keine Personenzahl dazu nennen.

In den Freitexten haben die Einrichtungsleitungen vor allem die Beratung von Angehörigen häufig als nicht in der beschriebenen Weise umsetzbar genannt. Viel-

fach haben die Befragten das Beispiel offenbar so verstanden, dass der Hausbesuch durch eine in der Tagespflege arbeitende gerontopsychiatrische Fachkraft erfolgt und darauf hingewiesen, dass sie nicht über einen solche Fachkraft verfügen und dass keine Hausbesuche erfolgen können. Mit Blick auf arbeitsorganisatorische Hindernisse wurden vor allem Personal- und Zeitmangel, aber auch fehlende Fachkenntnisse genannt.

Aus Sicht der Pflegefachkräfte ist vor allem die Überprüfung, inwieweit sich die Situation des Pflegebedürftigen Herrn W. zu Hause als Konsequenz der Intervention verbessert seltener die Regel (57 %, Tabelle 186).

Tabelle 186: Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Würde (fast) nie gemacht		Würde manchmal gemacht		Würde immer gemacht, wenn es sinnvoll ist		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Fachliche Einschätzung, ob durch eine besondere pflegerische Maßnahme die Selbständigkeit verbessert werden könnte	15	2,7 2,9	110	20,1 20,9	401	73,2 76,2	22	4,0 -
Hinweis auf die Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten in der häuslichen Umgebung, ggf. auf andere Hilfsangebote und Stellen, die hierbei Hilfe zur Verfügung stellen	19	3,5 3,6	119	21,7 22,8	385	70,3 73,6	25	4,6 -
Entwicklung individueller Maßnahmen in der Tagespflege, um Belastungen, Spannungen und negative Gefühle des Pflegebedürftigen abzubauen	7	1,3 1,3	103	18,8 19,4	422	77,0 79,3	16	2,9 -
Mitteilung der entwickelten individuellen Maßnahmen an die Angehörigen, um sie in der häuslichen Umgebung zu erproben.	29 29	5,3 5,5	130	23,7 24,6	370	67,5 69,9	19	3,5 -
Überprüfung, ob sich die Situation des Pflegebedürftigen zu Hause nach den gezielten individuellen Maßnahmen verbessert hat	65	11,9 12,3	162	29,6 30,6	302	55,1 57,1	19	3,5 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

Die Angaben zu den Gründen, die die Pflegefachkräfte an einer Vorgehensweise, wie in dem Beispielfall hindern könnten ähneln denen in Bezug auf das erste Fallbeispiel. Zeitmangel oder Auslastung durch andere Aufgaben ist auch hier relativ der wichtigste Grund, es antworten jedoch nur 12 % mit „trifft genau zu“. In den

Freitexten wird mit Bezug sonstige Hinderungsgründe angesprochen, dass Angehörige eine solche Zusammenarbeit mit der Tagespflege bisweilen nicht wünschen.

Tabelle 187: Gründe für eine nicht vollumfängliche Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses durch die Pflegefachkräfte in Fallbeispiel 2

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Ich habe zu viele andere Arbeitsaufgaben, so dass mir die Zeit für ein solches Vorgehen fehlt.	52	9,5 12,0	123	22,4 28,3	117	21,4 26,9	143	26,1 32,9	113	20,6 -
Die meisten meiner Tagespflegegäste bzw. die Angehörigen wären mit einer Vorgehensweise wie in dem Beispiel nicht einverstanden.	18	3,3 4,1	104	19,0 23,9	187	34,1 43,0	126	23,0 29,0	113	20,6 -
In der Tagespflege fehlt uns die Kenntnis über die Gesamtpflegesituation und es bestehen aktuell keine entsprechenden Austauschmöglichkeiten	30	5,5 6,9	113	20,6 25,9	154	28,1 35,3	139	25,4 31,9	112	20,4 -
In meiner Tagespflege werden solche individuellen Maßnahmen, die auf die häusliche Umgebung übertragen werden können, noch nicht entwickelt.	32	5,8 7,3	118	21,5 26,9	166	30,3 37,8	123	22,4 28,0	109	19,9 -
Mir und meinen Kollegen/innen fehlen teilweise die Kenntnisse, um solche Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen.	22	4,0 5,0	95	17,3 21,5	153	27,9 34,7	171	31,2 38,8	107	19,5 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

In Bezug auf die Arbeitsorganisation der Tagespflege sowie die Vorgehensweise im Rahmender Informationssammlung bei neuen Tagespflegegästen sehen die Pflegefachkräfte ganz überwiegend keine Probleme, die im beispieldfall skizzierte Vorgehensweise zu realisieren (Tabelle 188).

Tabelle 188: Eignung der Arbeitsorganisation für die Arbeitsweise in Fallbeispiel 2 aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Trifft genau zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
Unsere Arbeitsorganisation ist darauf eingestellt, solche Leistungen einer gezielten Beratung, Anleitung oder Schulung zu erbringen.	193	35,2 36,9	201	36,7 38,4	102	18,6 19,5	27	4,9 5,2	25	4,6 -
Bei neuen Tagespflegegästen schätzen unsere Fachkräfte in allen Fällen ein, inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt von Selbständigkeit erfolgen kann.	306	55,8 58,3	183	33,4 34,9	26	4,7 5,0	10	1,8 1,9	23	4,2 -

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, C.2

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben).

## 7.7 Auswirkungen auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte

Der Zusammenhang zwischen dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den Anforderungen an die Fachlichkeit der Pflegekräfte wurde bereits im entsprechenden Kapitel zum ambulanten Bereich (siehe Kapitel 5.8) bzw. im Kontext des ersten Arbeitspakets (Kapitel 2) erläutert.

Auch in der Untersuchung im teilstationären Bereich wurden die drei Aussagen zu Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Fachlichkeit in der Pflege präsentiert (Aufgaben der Anleitung und Schulung, mit dem Ziel die Selbstpflegekompetenz zu steigern; Unterstützung bei kognitiven und psychischen Problemlagen; Aufgabe der Entwicklung von individuell passenden Lösungen für die Lebenssituation der pflegebedürftigen Person). Eine zusätzliche Frage zielte auch hier auf höhere Anforderungen, die in naher Zukunft zusätzlich auftreten können.

Tabelle 189 zeigt die Antworten der Leitungen der teilstationären Pflegeeinrichtungen zu den drei Aussagen. Die Verteilung der Antworten fällt für alle drei Aussagen sehr ähnlich aus: Die große Mehrheit der Einrichtungen (86-91 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) gibt an, dass vorhandene Fähigkeiten des Fachpersonals durch die Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besser genutzt werden können. Gleichzeitig sehen aber zwischen 69 und 73 % (ohne

Berücksichtigung fehlender Angaben) die Notwendigkeit, neue fachliche Fähigkeiten aufzubauen, um den Erforderlichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besser zu entsprechen.

Tabelle 189: Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Leitungen

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
<i>Die Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	129	44,6	123	42,6	21	7,3	3	1,0	13	4,5
		46,7		44,6		7,6		1,1		-
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	59	20,4	85	29,4	52	18,0	13	4,5	80	27,7
		28,2		40,7		24,9		6,2		-
<i>Die Unterstützung auch bei kognitiven und psychischen Problemlagen soll ein größeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	125	43,3	122	42,2	24	8,3	2	0,7	16	5,5
		45,8		44,7		8,8		0,7		-
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	78	27,0	82	28,4	48	16,6	12	4,2	69	23,9
		35,5		37,3		21,8		5,5		-
<i>Die Pflegefachkräfte sollen mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation entwickeln. Dadurch ...</i>										
... können die bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung gebracht werden.	124	42,9	110	38,1	36	12,5	2	0,7	17	5,9
		45,6		40,4		13,2		0,7		-
... müssen neue fachlichen Fähigkeiten aufgebaut werden.	77	26,6	77	26,6	58	20,1	9	3,1	68	23,5
		34,8		34,8		26,2		4,1		-

Quelle: IGES; Leitung, Items E.1-E.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben)

Von den Leitungen der teilstationären Pflegeeinrichtungen sieht die Mehrheit (58 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) weitere wichtige Entwicklungen, die zu höheren Anforderungen an die Fachkompetenz der Pflegekräfte führen werden.

Tabelle 190: Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Leitungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	146	50,5	57,5
Nein	108	37,4	42,5
Fehlende Angabe	35	12,1	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: IGES; Leitung, Item E.4

Anmerkung: Spaltenprozent

In den Freitexten wurden zur Art der künftig höheren Anforderungen an die Fachkompetenz stellenden Entwicklungen folgende Angaben gemacht:

- Expertenstandard Demenz
- Neue Qualitätsprüfungsrichtlinien (Indikatoren, Fachgespräch)
- Zunahme von schweren Demenzerkrankungen bzw. generell der Morbidität der Pflegebedürftigen; Zunahme von Pflegegästen mit herausforderndem Verhalten
- Wachsender Bedarf an Beratung von pflegenden Angehörigen bzw. Abnahme der Pflegekompetenzen in den Familien

Die Pflegefachkräfte sind zu einem noch etwas höheren Anteil als die Einrichtungsleitungen der Auffassung, dass durch das neue Pflegeverständnis vor allem die bereits vorhandenen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten stärker zur Geltung kommen können (Tabelle 191). Die Notwendigkeit zum Erwerb neuer Kompetenzen wird noch am ehesten in Bezug auf die Unterstützung bei kognitiven und psychischen Problemlagen gesehen.

Tabelle 191: Auswirkungen auf die Fachlichkeit und Kompetenzen aus Sicht der Pflegefachkräfte

	trifft genau zu		trifft eher zu		trifft eher nicht zu		trifft überhaupt nicht zu		fehlende Angaben	
	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%	N	% g%
<i>Die Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen mit dem Ziel, die Selbstpflegekompetenz zu steigern, sollen stärkeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen.	274	50,0	198	36,1	46	8,4	1	0,2	29	5,3
		52,8		38,2		8,9		0,2		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.	69	12,6	94	17,2	154	28,1	69	12,6	162	29,6
		17,9		24,4		39,9		17,9		-
<i>Die Unterstützung auch bei kognitiven und psychischen Problemlagen soll ein größeres Gewicht erhalten. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen.	241	44,0	208	38,0	56	10,2	2	0,4	41	7,5
		47,5		41,0		11,0		0,4		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.	81	14,8	118	21,5	139	25,4	62	11,3	148	27,0
		20,3		29,5		34,8		15,5		-
<i>Die Pflegefachkräfte sollen mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation entwickeln. Dadurch ...</i>										
... kann ich meine bereits vorhandenen fachlichen Fähigkeiten besser zur Geltung bringen.	237	43,2	212	38,7	55	10,0	7	1,3	37	6,8
		46,4		41,5		10,8		1,4		-
... müsste ich zusätzliche fachliche Fähigkeiten erwerben.	66	12,0	126	23,0	141	25,7	67	12,2	148	27,0
		16,5		31,5		35,3		16,8		-

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Items D.1-D.3

Anmerkung: Zeilenprozent; Abkürzungen: N (Häufigkeit), % (Zeilenprozent), g% (gültige Zeilenprozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben)

Tabelle 192: Zukünftige höhere Anforderungen an die Fachkompetenz aus Sicht der Pflegefachkräfte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Ja	220	40,1	46,2
Nein	256	46,7	53,8
fehlende Angaben	72	13,1	-
Gesamt	548	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item D.4

Anmerkung: Spaltenprozent

Mit weiteren neuen Herausforderungen an die Fachkompetenz durch künftige Entwicklung rechnet fast die Hälfte der Pflegefachkräfte (Tabelle 192). In den Freitexten werden – ähnlich wie von den Leitungskräften – am häufigsten wachsende Anforderungen aufgrund von komplexeren bzw. schwereren Erkrankungen (Demenz) genannt sowie neue formale Anforderungen (Qualitätsprüfungen).

Tabelle 193 zeigt die Ergebnisse zur Frage, ob in den Einrichtungen anhand des Strukturmodells dokumentiert wird. Mehr als die Hälfte der Tagespflegen (60 %, ohne Berücksichtigung fehlender Angaben) dokumentiert auf der Grundlage des Strukturmodells, weitere 10 % sind zum Befragungszeitpunkt in der Phase der Umstellung. Immerhin knapp ein Drittel geben aber an, dass eine Umstellung auf das Strukturmodell nicht geplant ist. Es sollte aber im Auge behalten werden, dass die Stichprobe hinsichtlich der Größe der teilstationären Einrichtungen (Tagespflege) in Deutschland nicht vollständig repräsentativ ist.

Tabelle 193: Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Leitungen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	81	28,0	30,0
Ja	163	56,4	60,4
Die Dokumentation wird gerade umgestellt	26	9,0	9,6
Fehlende Angabe	19	6,6	-
Gesamt	289	100,0	100,0

Quelle: Quelle; Leitung, Item A.11

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Angaben der Pflegefachkräfte zu diesem Aspekt zeigen ein entsprechendes Bild.

Tabelle 194: Dokumentation nach dem Strukturmodell (Angaben der Pflegefachkräfte)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Nein	119	21,7	23,4
Ja	319	58,2	62,7
Die Dokumentation wird gerade umgestellt	71	13,0	13,9
Fehlende Angabe	39	7,1	-
Gesamt	548	100,0	100,0

Quelle: IGES; Pflegefachkräfte, Item A.7

Anmerkung: Spaltenprozent

## 7.8 Freitextangaben zu weiteren Aspekten

### 7.8.1 Leitungen der Tagespflegeeinrichtungen

Insgesamt wurden 85 Freitextangaben gemacht. Unter den Freitextangaben (Frage F. „[...] weitere wichtige Aspekte zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis?) werden von den Leitungen der teilstationären Pflegeeinrichtungen besonders häufig folgende Aspekte angesprochen:

- Die mangelnden Personalressourcen – insbesondere bei den Pflegefachkräften – erschweren die Umsetzung (14 Nennungen). („Erheblich mehr qualifiziertes Personal, die diesen Beruf auch mit Leidenschaft machen“; „Der Beratungs- und Förderungsauftrag ist sehr gut, ist mit der vorhandenen Personalmenge aber nicht leistbar“).
- Die aktuellen Personalschlüssel sind ein Hindernis für die Umsetzung (14 Nennungen). („So lange, wie die Pflegeschlüssel weiterhin so eng und die Fachkräftequote weiterhin so starr ist, bleibt wenig Raum für Beratungsleistungen und Förderung von Kompetenzen“; „fachliche Umsetzung nur mit mehr Fachpersonal möglich, mehr Fachpersonal nicht möglich, weil dann Wirtschaftlichkeit nicht erreicht werden kann, Steigerung der Kostensätze dringend erforderlich“; „Aktivierung, zusätzliche Betreuung nur möglich bei ausreichendem Personal -> fraglicher Personalschlüssel“)
- Positive Bewertungen der Neuausrichtung der Pflege (4 Nennungen). („Der Mensch wird endlich als Individuum gesehen. Er bekommt die Maßnahmen, die ihm nützen.“; „Das ‚neue‘ Verständnis geht zurück zum Ursprung, Sinnhaftigkeit des täglichen Tuns wird erlebbar.“)
- Forderung nach Verbesserungen im Bereich der Fort- und Weiterbildung, Hinweise auf Schulungsbedarf (18 Nennungen). („Fachkräfte müssen ent-

sprechend geschult werden“; „Im Umgang mit Demenz: Schulung für ‚heiltherapeutisches‘ Arbeiten auch für Azubis“; „höhere Fachlichkeit braucht Schulung“; „Schulungen, Begleitung in der Praxis, fachliches Coaching“; „Schulung der Pflegekräfte ‚Gesprächsführung mit Angehörigen‘; verschiedene Formen Demenz, neue Therapiemöglichkeiten bei Demenz“; „Der Beratungsbedarf und mögliche Entlastungsgespräche für Angehörige können Tagesbetreuungsplätze nicht leisten. Keine psychologische Schulung vorhanden. Zu hohe Erwartungen an das Personal.“; „Intensivierung der Schulungen der Mitarbeiter um vom bisherigen defizitären Begriff hin zur Ressourcen-Ansicht zu gelangen“)

- Notwendigkeit einer besseren Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten (8 Nennungen). („mehr und bessere Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Fachärzten, Neurologen“; „Es muss ein gut funktionierendes Netzwerk von Fachpersonal, Angehörigen, pflegebedürftigen Personen und Ärzten vorhanden sein“)

### 7.8.2 Pflegefachkräfte

Insgesamt wurden 144 Freitextangaben gemacht. Von den Pflegefachkräften werden in den Freitextangaben zu „weiteren wichtigen Aspekten zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses“ (Frage E.) häufig folgende Aspekte angesprochen:

- Notwendigkeit einer Verbesserung der Personalsituation bzw. der Stellenschlüssel (67 Nennungen). („Das Pflegeverständnis kann nur umgesetzt werden, wenn ausreichend Fachkräfte vor Ort sind. Die höchste Kompetenz und Fachlichkeit der Fachkräfte hat keinen Sinn, wenn man dazu nicht die Zeit hat.“; „Der Betreuungsschlüssel muss überarbeitet werden. Bei Demenzerkrankten ist eine Betreuungskraft auf 12 Tagespflegegäste zu wenig, da die Demenz unterschiedliche Auswirkungen und Bedürfnisse hervorruft. So kann es sein, dass ein Tagespflegegast ständiger Aufmerksamkeit bedarf und dadurch die anderen Gäste das Nachsehen haben.“; „Die Tagespflegegäste (ca. 90 %) leiden an einer fortgeschrittenen Demenz, dadurch brauchen (ca. 60 %) Einzelbetreuung, was der Gesetzgeber mit dem Personalfaktor nicht berücksichtigt hat!“)
- Wachsende Überforderung von Angehörigen, Forderung nach mehr Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Angehörige (19 Nennungen). („Meistens haben wir hochbetagte Demenzerkrankte, dessen Ehepartner ebenfalls alt, gebrechlich sind. Diese sind froh für die Stunde der Betreuung entlastet zu sein. Oft wollen diese nur ‚Ihre Ruhe‘. Sind total überfordert bei Mitarbeit! Wir müssen mehrmals nach Medikamenten oder aktuellen Medikationsplänen fragen. Diese vergessen Sie ständig. Angehörige überlassen uns zunehmend Aufgaben, weil sie nicht mehr können! Die Betreuung von Angehörigen wird umfangreicher und zeitaufwendiger!“; „Die Anzahl der kognitiv eingeschränkten Gäste nimmt stetig zu und gerade die nächtliche Versorgung für die Angehörigen ist eine starke Belastung. Hier

müssen dringend Maßnahmen zur Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege erweitert werden, wenn die Menschen tatsächlich bis zum Versterben zu Hause versorgt werden sollen.“; „Weitere Aufklärung der pflegenden Angehörigen um Überlastung zu Hause vorzubeugen und zu motivieren überhaupt zu Hause zu pflegen.“)

- Notwendigkeit einer besseren Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten (9 Nennungen). („Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt stetig, viele Angehörige stehen nahezu allein da. Es wird eine bessere Vernetzung von Ärzten (HA und Fachärzte), Kreisämtern und Pflegeeinrichtungen benötigt, um den Angehörigen eine Beratungs- und Hilfsmöglichkeit zu bieten, bevor es zur Überforderung kommt.“)
- Überlastung durch Dokumentationsaufgaben (16 Nennungen). („Viel zu viel Dokumentation. Dies müsste sich dringend ändern, damit die Zeit, die dafür erforderlich ist, den Pflegebedürftigen zu Gute kommt.“; „Zeit für Dokumentation müsste weiterhin reduziert werden. Ist immer noch nicht ausreichend entbürokratisiert.“; „Hoher Aufwand der Pflegeplanung (SIS), keine Entbürokratisierung. Mit der Zeit kommen immer wieder neue Punkte der SIS dazu, die zusätzlich ausgefüllt werden müssen.“)

### 7.8.3 Pflegebedürftige

Insgesamt wurden 630 Freitextangaben gemacht. Von den Pflegebedürftigen werden in den Freitexten (11. „Möchten Sie uns sonst noch etwas zu Ihrer pflegerischen Versorgung mitteilen?“) folgende Aspekte häufig oder zumindest mehrfach angesprochen:

- Die weitaus größte Zahl der Einträge sind positive Rückmeldungen zur Versorgung in der Tagespflege (357 Nennungen).
- Wünsche nach besserer personeller Ausstattung der Tagespflegeeinrichtung (44 Nennungen). („Es wäre oft notwendig, dass mehr Personal zur Verfügung stünde, denn es gibt Tagespflegegäste, die einen sehr hohen Pflegeaufwand brauchen und die anderen Gäste dadurch hinten anstehen müssen.“; „Alles wäre optimal, wenn genügend ausgebildetes Personal vorhanden wäre.“)
- Wünsche nach einer stärkeren Differenzierung der Angebote in der Tagespflege (11 Nennungen). („Es wäre schön wenn es bei der Tagespflege verschiedene Gruppen je nach Pflegegrad gäbe. Die Personen mit geringerem Pflegegrad würden gerne mehr machen, geht aber aufgrund der Schwere von Erkrankungen der anderen Tagespflegepersonen nicht.“)
- Wünsche nach mehr Mitteln, um die Tagespflege in Anspruch nehmen zu können (34 Nennungen). („Wenn eine pflegebedürftige Person (z.B. in Pflegegrad 3) viele Leistungen in Anspruch nehmen muss, dann ist der Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich sehr niedrig, heißt man bleibt auf vielen Kosten sitzen. Wäre besser, wenn er gestaffelt wäre nach Pflegegrad.“; „In dieser Pflegeeinrichtung, wo ich mich befinde, ist es sehr angenehm.“)

Ich gehe sehr gerne hin. Würde gerne jeden Tag gehen, aber meine finanzielle Lage erlaubt es mir nicht.“)

---

## **8. Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in den an Arbeitspaket 1 (Projekt TRANSFORM) beteiligten Pflegeeinrichtungen**

### **8.1 Ambulante Pflegedienste**

An der Befragung nahmen insgesamt sechs ambulante Pflegedienste teil, die auch an den Workshops des Arbeitspakets 1 (AP1) teilgenommen hatten. Die Teilnehmenden stammen jeweils aus einem anderen Bundesland.

Im Mittel werden durch die AP1-Teilnehmenden 87 Personen mit SGB XI-Leistungen versorgt (M = 86,67; SD = 59,64; Min = 35; Max = 200; gültiges N = 6). Damit handelt es sich bei den Einrichtungen um mittel- bis sehr große Pflegedienste.

Die meisten AP1-Teilnehmenden beschäftigen keine Berufsgruppen aus dem therapeutischen oder pädagogischen Bereich (N = 4; N = 1 ohne Angabe) – ähnlich wie auch für die Zufallsstichprobe zu beobachten war. Bei den meisten hat die Anzahl der Pflegefachkräfte (N = 5), der Kräfte in der hauswirtschaftlichen Versorgung (N = 5; N = 1 ohne Angabe) und des Personals in der Verwaltung und dem Qualitätsmanagement (N = 4) seit dem 01.01.2017 zugenommen, wohingegen die der Pflegehilfskräfte häufiger abgenommen hat (N = 3). Auch in der Stichprobe hatte zumindest die Anzahl der Pflegefachkräfte und der Kräfte in der Hauswirtschaft seit 2017 zugenommen, allerdings war dort keine Zunahme des Personals in der Verwaltung zu beobachten; stattdessen eine Zunahme der Pflegehilfskräfte.

Die Mehrheit der AP1-Teilnehmenden erbringt aktuell pflegerische Betreuungsmaßnahmen (N = 5; N = 1 ohne Angabe) und Leistungen, die mit dem Entlastungsbetrag finanziert werden (N = 4; N = 2 ohne Angabe) – wie auch für die meisten Pflegedienste der Stichprobe zu beobachten. Für das Jahr 2016 werden von der Mehrheit der Teilnehmenden sowohl bezüglich pflegerischer Betreuungsmaßnahmen als auch bezüglich Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags keine Angaben gemacht (N = 4); nur ein Pflegedienst aus AP1 gibt an, auch in 2016 bereits pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht zu haben; ein weiterer Pflegedienst verneint dies. Nur zwei Einrichtungen geben an, bereits in 2016 Leistungen im Rahmen des Entlastungsbetrags erbracht zu haben.

Drei AP1-Teilnehmenden geben an, dass pflegerische Betreuungsmaßnahmen aktuell weniger als 5 % der Sachleistungserlöse ausmachen, zwei geben an, dass sie 5 bis 10 % ausmachen; eine Person macht hierzu keine Angaben. Damit machen auch bei den AP1-Teilnehmenden pflegerische Betreuungsmaßnahmen einen nur geringen Anteil der Sachleistungen aus – von der Stichprobe war ebenfalls mehrheitlich angegeben worden, dass der Anteil an den Sachleistungserlösen maximal 10 % beträgt.

Die meisten AP1-Teilnehmenden können ein wachsendes Interesse ihrer Kunden/innen an pflegerischen Betreuungsmaßnahmen feststellen (N = 4), zwei Teilnehmende verneinen dies. Dennoch sehen die meisten nicht vor, das Personal für

pflegerische Betreuungsmaßnahmen aufzustocken (N = 4); nur ein Dienst hat aufgestockt und ein weiterer würde dies tun, wenn er geeignetes Personal finden würde. Hingegen haben die meisten Teilnehmenden das Personal für die Erbringung von Leistungen, die mit dem Entlastungsbetrag finanziert werden, aufgestockt (N = 5); nur eine Person gibt an, dass eine Aufstockung für diesen Bereich nicht geplant ist.

Tabelle 195 zeigt die Angaben zur Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses in den Pflegediensten der AP1-Workshops und stellt diesen die Angaben der Zufallsstichprobe (vgl. Tabelle 58) gegenüber. Genauso wie bei der Stichprobe werden die Berücksichtigung der Förderung bzw. des Erhalts der Selbständigkeit in der Pflege- bzw. Maßnahmenplanung (2. Aspekt: N = 4) und die Überprüfung bei neuen Pflegekunden/innen, ob gezielte Maßnahmen zur Förderung bzw. zum Erhalt der vorhandenen Mobilität in Frage kommen (5. Aspekt: N = 4) am häufigsten als in der Umsetzung bereits weit fortgeschritten genannt. Ebenso wie bei der Stichprobe, werden auch von den AP1-Teilnehmenden am häufigsten als „noch gar nicht umgesetzt“ die Aspekte „Training von pflegenden Angehörigen zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz (7. Aspekt: N = 4) und die regelmäßige Überprüfung des Ergebnisses von durchgeführten Anleitungen oder Schulungen (8. Aspekt: N = 4) genannt. Insgesamt ähneln sich die Muster der Antworten der AP1-Teilnehmenden und der Stichprobe. Was so die Umsetzung der allgemeinen Aspekte des neuen Pflegeverständnisses anbelangt, zeigt sich hier noch kein spezifischer Effekt der Workshop-Teilnahme.

Anders verhält es sich bei den Angaben zur Umsetzbarkeit des *konkreten* Vorgehens aus Fallbeispiel 1 (Tabelle 196). Hier zeigen sich für die AP1-Teilnehmenden insgesamt höhere Zustimmungswerte zur Umsetzbarkeit des beschriebenen Vorgehens als für die Stichprobe. Die Mehrheit der AP1-Teilnehmenden gibt an, dass das Vorgehen wie im Fallbeispiel 1 mit den geltenden (Rahmen- und) Versorgungsverträgen und dem gegenwärtigen Personal bereits vollständig umsetzbar ist; mit der derzeitigen Arbeitsorganisation ist das Vorgehen mindestens teilweise umsetzbar. Die Hälfte der AP1-Pflegedienste gibt an, solche Programme wie in Fallbeispiel 1 bereits umzusetzen; zwei geben an, dass dafür bereits schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen vorliegen.

Dass die AP1-Teilnehmenden und ambulanten Pflegedienste der Stichprobe die Umsetzung allgemeiner Aspekte des neuen Pflegeverständnisses ähnlich, die Umsetzbarkeit konkreter Maßnahmen aus dem Fallbeispiel 1 unterschiedlich beurteilen, deutet darauf hin, dass letztere wahrscheinlich eher geeignet sind, um den Umsetzungsgrad des neuen Pflegeverständnisses zu erheben. Die höheren Zustimmungswerte der AP1-Teilnehmenden zur Umsetzbarkeit des konkreten Vorgehens könnten darauf zurückzuführen sein, dass diese eher durch die AP1-Workshops initiierte konkrete Maßnahmen ergriffen haben, um dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis entsprechen zu können.

Tabelle 195: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (ambulante Dienste)

	Umsetzungsgrad	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Hilfen anbieten, die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen stabilisieren	noch gar nicht	2	33,3	74	21,7
	in Anfängen	1	16,7	81	23,8
	fortgeschritten	3	50,0	142	41,6
	Angabe fehlt	0	0,0	44	12,9
2. Pflege- oder Maßnahmenplanung darauf ausgerichtet, Selbständigkeit zu erhalten oder zu fördern	noch gar nicht	0	0,0	27	7,9
	in Anfängen	2	33,3	46	13,5
	fortgeschritten	4	66,7	206	60,4
	Angabe fehlt	0	0,0	62	18,2
3. Leistungen zur Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen (Selbstpflegekompetenz)	noch gar nicht	1	16,7	84	24,6
	in Anfängen	2	33,3	80	23,5
	fortgeschritten	3	50,0	132	38,7
	Angabe fehlt	0	0,0	45	13,2
4. Leistungen zur Anleitung pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen (Pflegekompetenz)	noch gar nicht	1	16,7	81	23,8
	in Anfängen	3	50,0	69	20,3
	fortgeschritten	2	33,3	142	41,8
	Angabe fehlt	0	0,0	48	14,1
5. Möglichkeit zielgerichteter Maßnahmen Förderung und zum Erhalt der Mobilität prüfen	noch gar nicht	0	0,0	33	9,7
	in Anfängen	2	33,3	63	18,5
	fortgeschritten	4	66,7	193	56,6
	Angabe fehlt	0	0,0	52	15,2
6. Anbieten gezielter Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgungssituation	noch gar nicht	1	16,7	43	12,6
	in Anfängen	2	33,3	59	17,3
	fortgeschritten	3	50,0	188	55,1
	Angabe fehlt	0	0,0	51	15,0
7. bei Bedarf gesondertes Training pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz	noch gar nicht	4	66,7	145	42,5
	in Anfängen	1	16,7	61	17,9
	fortgeschritten	1	16,7	86	25,2
	Angabe fehlt	0	0,0	49	14,4
8. Überprüfung des Ergebnisses von Schulung oder Anleitung	noch gar nicht	4	66,7	133	39,0
	in Anfängen	1	16,7	56	16,4
	fortgeschritten	1	16,7	104	30,5
	Angabe fehlt	0	0,0	48	14,1

Quelle: IGES; Leitung, C.1  
Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 196: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (ambulante Dienste)

	Umsetzbarkeit	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Lässt der für Ihren Dienst aktuell geltende Rahmen- bzw. Versorgungsvertrag eine solche Vorgehensweise des Pflegedienstes grundsätzlich zu?	Ja, alles	5	83,3	73	21,4
	Ja, teilweise	1	16,7	182	53,4
	Nein	0	0,0	71	20,8
	Angabe fehlt	0	0,0	15	4,4
2. Verfügt Ihr Pflegedienst über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	Ja, alles	4	66,7	142	41,6
	Ja, teilweise	2	33,3	116	34,0
	Nein	0	0,0	65	19,1
	Angabe fehlt	0	0,0	18	5,3
3. Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihres Pflegedienstes eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	Ja, alles	3	50,0	109	32,0
	Ja, teilweise	3	50,0	137	40,2
	Nein	0	0,0	81	23,8
	Angabe fehlt	0	0,0	14	4,1
4. Führt Ihr Pflegedienst solche Trainings-/Schulungsprogramme mit Pflegebedürftigen (ggf. Pflegepersonen) bereits durch?	Ja	3	50,0	89	26,1
	Nein	3	50,0	238	69,8
	Angabe fehlt	0	0,0	14	4,1
5. Gibt es zu solchen Trainings- oder Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	Ja	2	33,3	44	12,9
	Nein	4	66,7	279	81,8
	Angabe fehlt	0	0,0	18	5,3

Quelle: IGES; Leitung, D.1  
Anmerkung: Spaltenprozent

Für Fallbeispiel 2 ergibt sich ein etwas anderes Muster. Wie auch die Stichprobe, bewerten die AP1-Teilnehmenden die Umsetzbarkeit des Vorgehens in Fallbeispiel 2 zurückhaltender als in Fallbeispiel 1. Hier sehen die meisten Teilnehmenden noch Einschränkungen durch die (Rahmen- und) Versorgungsverträge (1 Frage: N = 4 mit „teilweise umsetzbar“, N = 2 mit „Nein“, d.h. nicht umsetzbar) und die derzeitige Arbeitsorganisation des Pflegedienstes (3. Aussage: N = 2 mit teilweise umsetzbar, N = 3 mit „Nein“, d.h. nicht umsetzbar). Keiner der Teilnehmenden führt solche Programme wie in Fallbeispiel 2 bereits durch. Es zeigt sich so, dass Maßnahmen, die auf die Förderung der Kompetenz der Pflegebedürftigen zielen (Fallbeispiel 1) mit den derzeitigen Bedingungen im ambulanten Bereich eher kom-

patibel scheinen, als Maßnahmen, die dem Aufbau der Kompetenz von Angehörigen dienen (Beispiel 2). Maßnahmen, die direkt auf pflegebedürftige Personen gerichtet sind, entsprechen vermutlich eher der jeweiligen regionalen Leistungskomplexsystematik.

Tabelle 197: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (ambulante Dienste)

	Umsetzbarkeit	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Lässt der für Ihren Dienst aktuell geltende Rahmen- bzw. Versorgungsvertrag eine solche Vorgehensweise des Pflegedienstes grundsätzlich zu?	Ja, alles	0	0,0	79	23,2
	Ja, teilweise	4	66,7	111	32,6
	Nein	2	33,3	133	39,0
	Angabe fehlt	0	0,0	18	5,3
2. Verfügt Ihr Pflegedienst über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	Ja, alles	3	50,0	119	34,9
	Ja, teilweise	1	16,7	102	29,9
	Nein	2	33,3	100	29,3
	Angabe fehlt	0	0,0	20	5,9
3. Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation Ihres Pflegedienstes eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	Ja, alles	1	16,7	93	27,3
	Ja, teilweise	2	33,3	96	28,2
	Nein	3	50,0	134	39,3
	Angabe fehlt	0	0,0	18	5,3
4. Führt Ihr Pflegedienst solche Trainings-/Schulungsprogramme mit Pflegebedürftigen (ggf. Pflegepersonen) bereits durch?	Ja	0	0,0	66	19,4
	Nein	6	100,0	257	75,4
	Angabe fehlt	0	0,0	18	5,3
5. Gibt es zu solchen Trainings- oder Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	Ja	1	16,7	43	12,6
	Nein	4	66,7	270	79,2
	Angabe fehlt	1	16,7	28	8,2

Quelle: IGES; Leitung, D.2

Anmerkung: Spaltenprozent

## 8.2 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

An der Befragung nahmen insgesamt sieben vollstationäre Pflegeeinrichtungen teil, die auch an den AP1-Workshops mitgewirkt hatten. Die Teilnehmenden stammen alle aus verschiedenen Bundesländern.

Im Mittel werden durch die AP1-Teilnehmer 92 Personen mit SGB XI-Leistungen versorgt ( $M = 91,9$ ;  $SD = 11,2$ ;  $Min = 79$ ;  $Max = 108$ ; gültiges  $N = 7$ ). Damit handelt es sich bei den Einrichtungen um mittel- bis große Pflegeeinrichtungen.

Die meisten AP1-Teilnehmenden beschäftigen keine Berufsgruppen aus dem therapeutischen oder pädagogischen Bereich (N = 5) – ähnlich wie auch für die Stichprobe der vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beobachten war. Bei den meisten AP1-Teilnehmenden hat die Anzahl der Betreuungskräfte (N = 5) und der Pflegehilfskräfte (N = 4) seit dem 01.01.2017 zugenommen – wie auch in der Stichprobe – wohingegen die anderer Personalgruppen häufiger gleichgeblieben ist.

Die zusätzliche Betreuung und Aktivierung war i.d.R. bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im stationären Setting etabliert (dafür spricht, dass 92 % der Gesamtstichprobe, vgl. Tabelle 117, und die Mehrheit der AP1-Teilnehmenden, N = 6 [N = 1 mit fehlender Angabe], Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte i.d.R. bereits vor 2017 nach dem damals geltenden § 87b SGB XI vereinbart haben). Ein Vergleich der Angaben zum Angebot und zur Nachfrage der Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung zwischen den AP1-Teilnehmenden und der Stichprobe wird daher als wenig informativ erachtet. Es werden so nur die Angaben zur Umsetzung und Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses verglichen.

Tabelle 198 zeigt die Angaben zur Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses in den Pflegeeinrichtungen der AP1-Workshops und stellt diesen die Angaben der Zufallsstichprobe (vgl. Tabelle 120) gegenüber. Anders als bei dem analogen Vergleich für ambulante Pflegedienste – bei denen die Bewertungen der AP1-Teilnehmenden und Stichprobe relativ ähnlich ausfallen (vgl. Tabelle 195) – bewerten die AP1-Teilnehmenden aus dem vollstationären Bereich durchgängig deutlich zurückhaltender als die Einrichtungen der Stichprobe, d.h. die Angabe von „noch gar nicht“ und „in Anfängen“ findet sich dort anteilig häufiger, während sich in der Stichprobe häufiger die Angabe findet, dass die Umsetzung schon „weit fortgeschritten“ ist.

Tabelle 198: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzungsgrad	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Hilfen anbieten, die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen stabilisieren	noch gar nicht	2	28,6	19	4,0
	in Anfängen	3	42,9	91	19,2
	fortgeschritten	1	14,3	290	61,1
	Angabe fehlt	1	14,3	75	15,8
2. Pflege- oder Maßnahmenplanung darauf ausgerichtet, Selbstständigkeit zu erhalten oder zu fördern	noch gar nicht	0	0,0	7	1,5
	in Anfängen	3	42,9	57	12,0
	fortgeschritten	3	42,9	332	69,9
	Angabe fehlt	1	14,3	79	16,6
3. Leistungen zur Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen (Selbstpflegekompetenz)	noch gar nicht	3	42,9	54	11,4
	in Anfängen	1	14,3	122	25,7
	fortgeschritten	2	28,6	235	49,5
	Angabe fehlt	1	14,3	64	13,5
4. Einbezug pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen	noch gar nicht	1	14,3	38	8,0
	in Anfängen	3	42,9	121	25,5
	fortgeschritten	2	28,6	250	52,6
	Angabe fehlt	1	14,3	66	13,9
5. Möglichkeit zielgerichteter Maßnahmen Förderung und zum Erhalt der Mobilität prüfen	noch gar nicht	1	14,3	10	2,1
	in Anfängen	2	28,6	62	13,1
	fortgeschritten	3	42,9	332	69,9
	Angabe fehlt	1	14,3	71	14,9
6. Überprüfung des Ergebnisses von Schulung oder Anleitung	noch gar nicht	1	14,3	30	6,3
	in Anfängen	2	28,6	95	20,0
	fortgeschritten	3	42,9	285	60,0
	Angabe fehlt	1	14,3	65	13,7

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Die unterschiedlichen Bewertungen der AP1-Teilnehmenden und der Pflegeeinrichtungen der Stichprobe könnten mit unterschiedlichen Referenzrahmen zusammenhängen, mit denen die Umsetzung des „neuen“ Pflegeverständnisses bewertet wird. Die Förderung von Selbstständigkeitsressourcen während verrichtungsbezogener Hilfestellungen im Rahmen der „aktivierenden Pflege“; die Berücksichtigung psychischer und sozialer Bedürfnisse der Bewohner/innen im

Rahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung („soziale Betreuung“) sowie der darin enthaltene Einbezug von Angehörigen zur Abstimmung, welcher Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung der pflegebedürftigen Person durch Angehörige ausgeglichen werden kann – all diese Aspekte waren häufig auch vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits in die Pflegekonzepte im vollstationären Bereich integriert und sind von den Einrichtungen der Stichprobe wahrscheinlich als Maßstab der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses herangezogen worden. Werden die abgefragten Aspekte auf diese bereits länger etablierten Konzepte bezogen, überrascht es kaum, dass Einrichtungen die Umsetzung des vermeintlich „neuen“ Pflegeverständnisses bereits als „weit fortgeschritten“ bewerten.

Hingegen fokussierten die AP1-Workshops explizit auf Unterschiede zum bisherigen Pflegeverständnis, was bei den Teilnehmenden zu einer vertieften Auseinandersetzung mit den weitreichenden Implikationen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geführt haben sollte. Dies führte offenbar zu einer „kritischeren“ Bewertung der Umsetzung im Sinne des eigentlich neuen Pflegeverständnisses, das über die bisherigen pflegerischen Konzepte hinausgeht – statt nur einer Bewertung im Sinne der bereits länger etablierten Konzepte „aktivierende Pflege“ und „soziale Betreuung“. Dass identisch formulierte Aspekte im Fragebogen diese unterschiedlichen Lesarten zulassen, hängt damit zusammen, dass das neue Pflegeverständnis mit Konzepten verwandt ist, die im stationären Setting bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs etabliert waren. Die vollstationären Einrichtungen der Stichprobe orientierten sich bei der Bewertung wahrscheinlich häufiger an diesen länger etablierten Konzepten, während die AP1-Teilnehmenden sich häufiger an den in den Workshops vermittelten „neuen“ Konzepten orientierten.

Der unterschiedliche Bezugsrahmen wird auch durch die Angaben zum Zeitpunkt der Umsetzung der Maßnahmen zum „neuen“ Pflegeverständnis reflektiert (Tabelle 199). Während die Einrichtungen der Stichprobe die abgefragten Aspekte bereits frühzeitig, vor 2017 – d.h. vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – umgesetzt haben, haben AP1-Teilnehmende seit 2017 häufig neue Maßnahmen ergriffen. Dies würde zu der Interpretation passen, dass die Stichprobe auf die bereits vor 2017 umgesetzten Konzepte der aktivierenden Pflege und sozialen Betreuung rekurriert, während die AP1-Teilnehmenden sich auf die neuen Konzepte im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beziehen.

---

Tabelle 199: Zeitpunkt der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzungszeitpunkt	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Gültige Prozent	Anzahl	Gültige Prozent
1. Hilfen anbieten, die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen stabilisieren	vor 2017	1	25,0	299	84,0
	seit 2017	3	75,0	57	16,0
	Angabe fehlt	3	-	119	-
2. Pflege- oder Maßnahmenplanung darauf ausgerichtet, Selbstständigkeit zu erhalten oder zu fördern	vor 2017	2	40,0	294	80,8
	seit 2017	3	60,0	70	19,2
	Angabe fehlt	2	-	111	-
3. Leistungen zur Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen (Selbstpflegekompetenz)	vor 2017	2	50,0	237	75,7
	seit 2017	2	50,0	76	24,3
	Angabe fehlt	3	-	162	-
4. Einbezug pflegender Angehöriger oder anderer Pflegepersonen	vor 2017	1	20,0	258	76,8
	seit 2017	4	80,0	78	23,2
	Angabe fehlt	2	-	139	-
5. Möglichkeit zielgerichteter Maßnahmen Förderung und zum Erhalt der Mobilität prüfen	vor 2017	1	25,0	295	80,2
	seit 2017	3	75,0	73	19,8
	Angabe fehlt	3	-	107	-
6. Überprüfung des Ergebnisses von Schulung oder Anleitung	vor 2017	2	33,3	262	75,3
	seit 2017	4	66,7	86	24,7
	Angabe fehlt	1	-	127	-

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Spaltenprozent (gültige Prozent ohne Berücksichtigung fehlender Angaben)

Dass bei den ambulanten Pflegediensten kein solcher Unterschied zwischen AP1-Teilnehmenden und der Stichprobe in Bezug auf die Umsetzung der allgemein formulierten Aspekte des neuen Pflegeverständnisses zu beobachten war (vgl. Tabelle 195), könnte zum einen mit den bereits in Kapitel 6.6.2 angesprochenen strukturell verschiedenen Voraussetzungen zusammenhängen: Zwar ist das Konzept der aktivierenden Pflege auch im ambulanten Bereich bereits länger etabliert, allerdings sind diesem durch die i.d.R. leistungskomplexbezogene Vergütung stärkere Grenzen gesetzt als in der pauschal vergüteten stationären Versorgung. Ähnliche Einschränkungen würden dann erst recht für eine noch umfassendere Förderung von Selbstständigkeitsressourcen im Sinne des neuen Pflegeverständnisses gelten. Zum anderen fehlt im ambulanten Bereich ein bereits länger etabliertes, mit dem

neuen Pflegeverständnis verwandtes Konzept zur Berücksichtigung auch psychischer und sozialer Bedürfnisse – wie im Falle der sozialen Betreuung im stationären Setting – auf das sich, auch ohne den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Detail nachvollzogen zu haben, bezogen werden könnte. In der Tat sind Konzepte, die auch die (soziale) Betreuung als Inhalt pflegerischer Aufgaben begreifen, in der ambulanten Pflege noch vergleichsweise jung (sie wurden erstmals mit dem Pflegegeneausrichtungsgesetz, 2013, als dritte Säule des Sachleistungsanspruchs, neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, in die Regelversorgung eingeführt).

Die strukturell bedingte stärkere Limitierung bei der Gestaltung der ambulanten pflegerischen Versorgung einerseits, und der fehlende bereits etablierte Referenzrahmen – damit auch die fehlenden *unterschiedlichen* Referenzrahmen – andererseits, führen wahrscheinlich dazu, dass Pflegedienste aus AP1 und aus der Stichprobe die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses ähnlicher bewerten als Einrichtungen des stationären Bereichs.

Tabelle 200 zeigt die Angaben der Leitungen der vollstationären Einrichtungen zur Umsetzbarkeit des konkreten Vorgehens in Fallbeispiel 1. Hier zeigen sich – ähnlich wie bereits für den ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 195) – bei den AP1-Teilnehmenden höhere Zustimmungswerte zur Umsetzbarkeit in Bezug auf das vorhandene Personal (1. Frage) und die gegenwärtige Arbeitsorganisation (2. Frage), d.h. alle AP1-Teilnehmende geben an, dass das im Fallbeispiel 1 beschriebene Vorgehen mit dem derzeitigen Personal und der Arbeitsorganisation mindestens teilweise umsetzbar ist. Die höheren Zustimmungswerte lassen sich gut damit begründen, dass die AP1-Teilnehmenden häufig noch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Maßnahmen ergriffen haben, um dem damit verbundenen neuen Pflegeverständnis zu entsprechen. Dennoch gibt die knappe Mehrheit der AP1-Teilnehmenden an, solche Programme wie im Fallbeispiel 1 beschrieben, bislang nicht umzusetzen und, dass dafür keine schriftlichen Konzepte oder Verfahrensanweisungen vorliegen (jeweils N = 4). Zwar gibt die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen der Stichprobe an, solche Programme bereits durchzuführen, allerdings erscheint hier – v.a. auch aufgrund der häufig fehlenden schriftlichen Konzepte oder Verfahrensbeschreibungen für solche „Programme“ – wieder fraglich, ob damit wirklich ein abgrenzbares „Mobilitätstraining“ im Sinne des neuen Pflegeverständnisses oder nicht doch eher ein nur „beiläufiges“ Training im Sinne der aktivierenden Pflege gemeint ist.

Tabelle 200: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzbarkeit	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	Ja, alles	5	71,4	234	49,3
	Ja, teilweise	2	28,6	196	41,3
	Nein	0	0,0	34	7,2
	Angabe fehlt	0	0,0	11	2,3
2. Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	Ja, alles	3	42,9	196	41,3
	Ja, teilweise	4	57,1	220	46,3
	Nein	0	0,0	48	10,1
	Angabe fehlt	0	0,0	11	2,3
3. Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	Ja	3	42,9	298	62,7
	Nein	4	57,1	159	33,5
	Angabe fehlt	0	0,0	18	3,8
4. Gibt es zu solchen Trainings- / Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	Ja	3	42,9	133	28,0
	Nein	4	57,1	314	66,1
	Angabe fehlt	0	0,0	28	5,9

Quelle: IGES; Leitung, D.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 201 zeigt die Angaben der Leitungen der vollstationären Einrichtungen zur Umsetzbarkeit des Vorgehens in Fallbeispiel 2. Das Muster fällt sehr ähnlich wie für die Bewertungen in Fallbeispiel 1 aus, mit hohen Zustimmungswerten der AP1-Teilnehmenden zur Umsetzbarkeit des beschriebenen Vorgehens in Bezug auf das derzeitige Personal und die derzeitige Arbeitsorganisation, wobei solche Programme in der Hälfte der Fälle aber noch gar nicht umgesetzt werden (3. Frage: „Nein“ N = 3).

Tabelle 201: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (vollstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzbarkeit	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	Ja, alles	5	83,3	73	21,4
	Ja, teilweise	1	16,7	182	53,4
	Nein	0	0,0	71	20,8
	Angabe fehlt	0	0,0	15	4,4
2. Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	Ja, alles	4	66,7	142	41,6
	Ja, teilweise	2	33,3	116	34,0
	Nein	0	0,0	65	19,1
	Angabe fehlt	0	0,0	18	5,3
3. Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	Ja	3	50,0	109	32,0
	Nein	3	50,0	137	40,2
	Angabe fehlt	0	0,0	81	23,8
4. Gibt es zu solchen Trainings- / Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	Ja	0	0,0	14	4,1
	Nein	3	50,0	89	26,1
	Angabe fehlt	3	50,0	238	69,8

Quelle: IGES; Leitung, D.2

Anmerkung: Spaltenprozent

### 8.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen

An der Befragung nahmen insgesamt elf teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflegen) teil, die auch an den AP1-Workshops mitgewirkt hatten. Jeweils zwei und drei Einrichtungen entfallen auf dasselbe Bundesland, der Rest stammt aus jeweils anderen Bundesländern.

Im Mittel werden durch die AP1-Teilnehmenden 34 Personen mit SGB XI-Leistungen versorgt ( $M = 34,0$ ;  $SD = 19,0$ ;  $Min = 10$ ;  $Max = 78$ ; gültiges  $N = 11$ ). Damit rangieren die Einrichtungen von kleinen, über mittelgroße bis zu relativ großen Einrichtungen.

Die meisten AP1-Teilnehmenden beschäftigen keine Berufsgruppen aus dem therapeutischen oder pädagogischen Bereich ( $N = 9$ ) – ähnlich wie auch für die Stichprobe der Tagespflegen zu beobachten war. Die Anzahl der meisten Berufsgruppen ist seit dem 1.1.2017 unverändert geblieben; am häufigsten wird noch für Betreuungskräfte angegeben, dass deren Anzahl seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestiegen ist ( $N = 4$  der insg. 11 Teilnehmenden).

Tabelle 202 zeigt die Angaben zur Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses in den Tagespflegen der AP1-Workshops und stellt diesen die Angaben der Zufallsstichprobe (vgl. Tabelle 176) gegenüber. Ähnlich wie bei den ambulanten Pflegediensten – bei denen die Bewertungen der AP1-Teilnehmenden und der Stichprobe relativ ähnlich ausfielen (vgl. Tabelle 195) – bewerten auch die Tagespflegen aus den beiden Gruppen sehr ähnlich. Die meisten Einrichtungen sind der Ansicht bei der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses bereit weit fortgeschritten zu sein.

Der Grund für die ähnliche Bewertung der Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses in der Tagespflege könnte darin liegen, dass die soziale Betreuung in Gruppen einen integralen Bestandteil dieser Versorgungsform bildet<sup>41</sup>. Zudem wird dieser Einrichtungstyp verhältnismäßig häufig von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Anspruch genommen, während Personen mit einem hohen Grad an Immobilität und einem damit einhergehenden körperlich bedingten Pflegebedarf gar nicht oder nur sehr selten anzutreffen sind. Darüber hinaus finden Angehörige insofern besondere Berücksichtigung als ihre Entlastung als wichtigstes Motiv der Inanspruchnahme von Tagespflegen berichtet wird. Auch die aktivierende Pflege war konzeptuell bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die tagespflegerische Versorgung integriert<sup>42</sup>. Die Rahmenbedingungen entsprechen so per se einer Versorgungsform, die auf soziale Bedürfnisse, die Förderung von erhaltenen Fähigkeiten, die Hilfestellung bei psychischen und geistigen Einschränkungen und die Entlastung von Angehörigen fokussiert. Konzepte, auf denen auch das neue Pflegeverständnis aufbaut, bilden somit zumindest in Ansätzen schon länger einen Kern der Versorgungsform „Tagespflege“.

Gleichzeitig sind durch den Fokus auf Gruppenangebote aber die Möglichkeiten zur Durchführung von individuellen Maßnahmen zur Förderung der Selbstpflegekompetenzen in der Tagespflege eingeschränkt. Einzelangebote werden in Tagespflegeeinrichtungen nur selten – wenn dann nur in Ausnahmefällen – realisiert<sup>43</sup>. Damit fehlen – ähnlich wie im ambulanten Bereich (wenn auch aus verschiedenen Gründen) – bestimmte Voraussetzungen für Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Selbstpflegekompetenz.

---

<sup>41</sup> ARIS Umfrageforschung, GMS Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung (2015). Evaluation zu den Wechselwirkungen zwischen der Leistungserbringung in der (teil-) stationären Pflege und der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI.

<sup>42</sup> Gablenz R, Golletz H, Staerber K (2015). Praxis Tagespflege. Hannover, Deutschland: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

<sup>43</sup> Vgl. ARIS Umfrageforschung (Fußnote 41)

---

Tabelle 202: Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzungsgrad	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Hilfen anbieten, die psychische und soziale Situation der Pflegebedürftigen stabilisieren	noch gar nicht	0	0,0	10	3,5
	in Anfängen	3	27,3	33	11,4
	fortgeschritten	6	54,5	184	63,7
	Angabe fehlt	2	18,2	62	21,5
2. Pflege- oder Maßnahmenplanung darauf ausgerichtet, Selbständigkeit zu erhalten oder zu fördern	noch gar nicht	0	0,0	3	1,0
	in Anfängen	1	9,1	32	11,1
	fortgeschritten	8	72,7	196	67,8
	Angabe fehlt	2	18,2	58	20,1
3. Leistungen zur Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen (Selbstpflegekompetenz)	noch gar nicht	0	0,0	34	11,8
	in Anfängen	3	27,3	61	21,1
	fortgeschritten	6	54,5	143	49,5
	Angabe fehlt	2	18,2	51	17,6
4. Einbezug von Angehörigen oder anderen Pflegepersonen	noch gar nicht	1	9,1	6	2,1
	in Anfängen	1	9,1	39	13,5
	fortgeschritten	7	63,6	184	63,7
	Angabe fehlt	2	18,2	60	20,8
5. Möglichkeit zielgerichteter Maßnahmen Förderung und zum Erhalt der Mobilität prüfen	noch gar nicht	1	9,1	2	,7
	in Anfängen	1	9,1	38	13,1
	fortgeschritten	7	63,6	190	65,7
	Angabe fehlt	2	18,2	59	20,4
6. Überprüfung des Ergebnisses von Schulung oder Anleitung	noch gar nicht	3	27,3	15	5,2
	in Anfängen	1	9,1	55	19,0
	fortgeschritten	5	45,5	163	56,4
	Angabe fehlt	2	18,2	56	19,4

Quelle: IGES; Leitung, C.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Ähnliche Bewertungsmuster der AP1-Teilnehmenden und der Stichprobe zeigen sich auch bei den Angaben zur Umsetzbarkeit des Vorgehens in den beiden Fallbeispielen (Tabelle 203 und Tabelle 204). Während die Fallbeispiele im ambulanten und vollstationären Bereich mit höheren Zustimmungswerten aufseiten der AP1-Teilnehmenden einhergingen, findet sich diese Differenzierung bei den Tagespflegen nicht. Ebenso wie die Stichprobe, geben auch die Teilnehmenden aus den AP1-

Workshops sowohl für Fallbeispiel 1 als auch Fallbeispiel 2 mehrheitlich an, dass das beschriebene Vorgehen mit dem derzeit vorhandenen Personal und der derzeitigen Arbeitsorganisation bereits vollumfänglich umsetzbar ist.

Dabei fallen die Zustimmungswerte für Fallbeispiel 2 wieder höher aus (N = 8 bzw. 9 der insg. 11 AP1-Teilnehmenden) als für Fallbeispiel 1 (N = 7 der insg. 11 AP1-Teilnehmenden). Auch werden Maßnahmen, wie in Fallbeispiel 2 beschrieben, von den AP1-Teilnehmenden häufiger bereits umgesetzt (Fallbeispiel 1: N = 7; Fallbeispiel 2: N = 9). Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 7.6.2), könnte dies damit zusammenhängen, dass Fallbeispiel 2 eher auf Aspekte rekurriert, die einfacher im Kontext der alltäglichen Pflege und Betreuung durch die Tagespflege umgesetzt werden können. Dahingegen beschreibt Fallbeispiel 1 ein abgrenzbares Trainingsprogramm, das die Umsetzung von Maßnahmen auch außerhalb der unmittelbaren Pflegesituation erfordert. Zwar liegen in nur etwa der Hälfte der Fälle schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen vor (Fallbeispiel 1 und 2: jeweils N = 5), allerdings finden sich diese anteilig häufiger bei den AP1-Teilnehmenden als bei der Stichprobe.

Tabelle 203: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 1: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzbarkeit	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	Ja, alles	7	63,6	200	69,2
	Ja, teilweise	4	36,4	71	24,6
	Nein	0	0,0	11	3,8
	Angabe fehlt	0	0,0	7	2,4
2. Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	Ja, alles	7	63,6	184	63,7
	Ja, teilweise	3	27,3	85	29,4
	Nein	1	9,1	13	4,5
	Angabe fehlt	0	0,0	7	2,4
3. Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	Ja	7	63,6	188	65,1
	Nein	4	36,4	86	29,8
	Angabe fehlt	0	0,0	15	5,2
4. Gibt es zu solchen Trainings- / Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	Ja	5	45,5	80	27,7
	Nein	6	54,5	197	68,2
	Angabe fehlt	0	0,0	12	4,2

Quelle: IGES; Leitung, D.1

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 204: Umsetzbarkeit und Umsetzung des Fallbeispiels 2: Vergleich Teilnehmende an AP1 mit Zufallsstichprobe (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)

	Umsetzbarkeit	AP1		Stichprobe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1. Verfügt Ihre Pflegeeinrichtung über geeignetes Personal, um die im Beispiel beschriebene Vorgehensweise vollständig umzusetzen?	Ja, alles	9	81,8	208	72,0
	Ja, teilweise	2	18,2	69	23,9
	Nein	0	0,0	8	2,8
	Angabe fehlt	0	0,0	4	1,4
2. Lässt sich mit der gegenwärtigen Arbeitsorganisation eine Versorgung wie in dem Beispiel realisieren?	Ja, alles	8	72,7	195	67,5
	Ja, teilweise	3	27,3	75	26,0
	Nein	0	0,0	16	5,5
	Angabe fehlt	0	0,0	3	1,0
3. Führt Ihre Pflegeeinrichtung solche oder ähnliche Trainings- oder Schulungsprogramme aktuell bereits durch?	Ja	9	81,8	228	78,9
	Nein	2	18,2	50	17,3
	Angabe fehlt	0	0,0	11	3,8
4. Gibt es zu solchen Trainings- / Schulungsprogrammen ein schriftliches Konzept oder eine Verfahrensanweisung?	Ja	5	45,5	92	31,8
	Nein	6	54,5	186	64,4
	Angabe fehlt	0	0,0	11	3,8

Quelle: IGES; Leitung, D.2

Anmerkung: Spaltenprozent

Die Angaben zur Umsetzbarkeit des Vorgehens in den Fallbeispielen differenzieren nun erstmals nicht mehr zwischen AP1-Teilnehmenden und der Stichprobe. Eine fehlende Differenzierung bei der Umsetzung der allgemeinen Aspekte des neuen Pflegeverständnisses war bereits bei den ambulanten Pflegediensten aufgetreten (vgl. Tabelle 195) und dort so interpretiert worden, dass bestimmte strukturelle Voraussetzungen (Leistungskomplexsystematik), gepaart mit dem recht jungen Konzept der Betreuung, die Umsetzbarkeit im ambulanten Bereich limitieren. Strukturelle Voraussetzungen (Fokus auf Gruppenangebote) könnten auch in der Tagespflege die Umsetzbarkeit des neuen Pflegeverständnisses einschränken. Dieser Interpretation stehen aber die relativ hohen Zustimmungswerte sowohl in Bezug auf Umsetzung als auch Umsetzbarkeit in der Tagespflege entgegen (Tabelle 202, Tabelle 203, Tabelle 204). Nimmt man zudem an, dass sich die AP1-Teilnehmenden vertieft mit dem neuen Pflegeverständnis auseinandergesetzt haben und dessen Umsetzung kritischer hinterfragen sollten, sind ihre mit der Stichprobe sehr ähnlichen Angaben zur Umsetzung und Umsetzbarkeit entweder so zu interpretieren, dass der Umsetzungsgrad des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Tagespflegeeinrichtungen, aufgrund ihrer inhärenten Konzeption, tatsächlich bereits relativ

weit fortgeschritten ist – so dass die Workshops kaum mehr zu einer nennenswerten Differenzierung beitragen konnten (bis auf die Entwicklung schriftlicher Konzepte und Verfahrensanweisungen); oder die teilstationären Fallbeispiele waren in der Befragung nicht trennscharf genug formuliert, um den Umsetzungsgrad des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs präzise abzubilden.

## 8.4 Fazit

Leider haben sich die Teilnehmenden der Workshops nur teilweise an der Erhebung beteiligt, lediglich in der Gruppe der teilstationären Einrichtungen lag der Rücklauf bei immerhin 50 %. Dadurch sind die ohnehin kleinen Fallzahlen sehr gering, so dass Vergleiche zwischen den Workshop-Teilnehmenden und den Zufallsstichproben mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Bezüglich der Ergebnisse zum Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses ist festzuhalten, dass sich kein konsistentes Bild im Sinne eines rascheren Vorranschreitens der „AP1-Einrichtungen“ ergibt. Vielmehr haben sich eher Hinweise ergeben, dass die Teilnehmenden im Rahmen der Workshops ein vertieftes Verständnis des neuen Pflegeverständnisses und der mit der Neuausrichtung verbundenen Herausforderungen erworben haben, so dass sie bei der Einstufung ihres Umsetzungsstandes realistischer und zurückhaltender („Umsetzung steht noch am Anfang“) antworteten.

Bei der Bewertung ist in Rechnung zu stellen, dass durch die Workshop-Teilnahme in Bezug auf die in Abschnitt 2.7 angesprochenen Problemfelder – abgesehen von einem vertieften Verständnis der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung der Pflege („Verständnisproblem“) – in der relativ kurzen Zeit kaum nennenswerte Vorteile gegenüber den übrigen Pflegeeinrichtungen zu erzielen waren bzw. Änderungen gar nicht von den Einrichtungen selbst bewirkt werden können.

---

## **9. Diskussion und Fazit zu den empirischen Untersuchungen zu den Entwicklungen in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege (Arbeitspaket 2)**

### **9.1 Diskussion der Methodik**

Für die empirischen Untersuchungen wurde ein „geschachteltes“ Design gewählt, d.h. nur die befragten Pflegeeinrichtungen wurden als Zufallsstichproben aus der bundesweiten Gesamtheit der Einrichtungen gezogen. Die Stichproben der Pflegefachkräfte und der Pflegebedürftigen wurden dagegen aus diesen Einrichtungen gewonnen, indem die Einrichtungsleitungen aufgefordert wurden die Fragebögen an bis zu vier ihrer Pflegefachkräfte und diese gebeten wurden, Fragebögen an bis zu vier von ihnen versorgte Pflegebedürftige (bzw. Angehörige) weiterzuleiten. Damit sind die Stichproben der Pflegefachkräfte und der Pflegebedürftigen abhängig von der Stichprobe der Pflegeeinrichtungen. Verzerrungen auf der Ebene der antwortenden Pflegeeinrichtungen – z.B. die überproportionale Antwortbereitschaft von größeren Einrichtungen – ziehen damit entsprechende Verzerrungen bei den Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen nach sich (die in der Konsequenz ebenfalls überproportional aus größeren Einrichtungen stammen). Dieses Design wurde gewählt, weil es einen leichteren Zugang zu Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen ermöglicht.

Aus einem Gesamtverzeichnis bundesweit zugelassener ambulanter, voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen wurden Zufallsstichproben gezogen und zur Teilnahme an den schriftlichen Befragungen eingeladen. Von insgesamt 7.800 eingeladenen Einrichtungen beteiligten sich 341 ambulante Pflegedienste (Teilnahmequote 11 %), 475 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Teilnahmequote 16 %) und 289 teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflegen; Teilnahmequote 16 %). Obwohl eine repräsentative Auswahl von Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme eingeladen wurde, ergeben sich für die Stichproben der antwortenden Einrichtungen doch geringfügige Abweichungen in Bezug auf die Verteilung nach Bundesländern und deutliche Abweichungen in Bezug auf die Einrichtungsgröße. Während die Verteilung über die Bundesländer in der Stichprobe der Verteilung in der Pflegestatistik (2017) noch relativ gut entspricht, zeigt sich für alle Einrichtungstypen eine stärkere Beteiligung eher großer Einrichtungen.

Die überproportionale Beteiligung großer Einrichtungen könnte mit der besseren Verfügbarkeit von personellen Ressourcen für derartige Aufgaben in Zusammenhang stehen. In größeren Einrichtungen ist von einer stärker ausgeprägten Arbeitsteilung zwischen Leistungserbringung und administrativen Aufgaben auszugehen, wogegen in kleineren Einrichtungen beide Aufgabengebiete häufiger denselben Personen zufallen. So ist es gut möglich, dass die Integration der Beantwortung einer schriftlichen Befragung in das Tagesgeschäft in einer kleineren Einrichtung

---

deutlich schwieriger ist. Darüber hinaus ist aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme, mit einer Verzerrung der Stichproben hin zu besonders motivierten oder personell gut aufgestellten Einrichtungen zu rechnen.

Innerhalb der teilnehmenden Einrichtungen ergeben sich relativ hohe Teilnahmequoten für die Pflegefachkräfte (47-60 %) und pflegebedürftigen Personen (51-61 %). Vor dem Hintergrund des generell beklagten Personal- und Zeitmangels erscheinen die hohen Teilnahmequoten von Pflegefachkräften besonders bemerkenswert und sprechen dafür, dass in den Einrichtungen, die sich beteiligt haben ein großes Interesse an den Themen der Untersuchung besteht.

Dies bedeutet allerdings auch, dass von einem Selektionsbias dahingehend auszugehen ist, dass wahrscheinlich besonders motivierte Pflegefachkräfte an der Befragung teilgenommen und ihrerseits Fragebögen an durch sie versorgte pflegebedürftige Personen weitergeleitet haben. In Bezug auf die pflegebedürftigen Personen ist wiederum davon auszugehen, dass die Fragebögen an relativ zugängliche und belastbare Personen ausgegeben worden sind. Dem entspricht, dass Personen mit demenziellen Erkrankungen, höheren Alters oder mit höherer Pflegestufe in den Befragungen – mit Unterschieden zwischen den drei Sektoren – unterrepräsentiert sind.

Bei der Interpretation aller empirischen Ergebnisse sind die genannten Einschränkungen bezüglich der Repräsentativität – also der Abbildung der Verhältnisse in der Gesamtheit aller Pflegeeinrichtungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftigen – zu berücksichtigen.

Bei der Entwicklung der Fragebögen ist neben der Abstimmung mit dem Auftraggeber auch ein Abgleich mit der Untersuchung zur „Eingliederungshilfe“ (Los 3 im Rahmen der Begleitevaluation nach § 18c SGB XI) erfolgt, mit dem Ergebnis, dass Fragenblöcke mit Bezug zur Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Pflege in die Befragungen aufgenommen wurden. Die Ergebnisse zu diesen Fragen wurden in den Kapiteln 5 bis 7 berichtet, auf eine Diskussion bzw. Schlussfolgerungen wird in diesem Abschnitt 9 jedoch verzichtet, da die zugrundeliegenden Fragestellungen im Kontext der Untersuchung zu Los 3 diskutiert werden.

Wesentliche Herausforderungen der Fragebogengestaltung waren zum einen die Erfassung von Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 und zum anderen die Operationalisierung des neuen Pflegeverständnisses, d.h. der Konsequenzen aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für die qualitativ-inhaltliche Neuausrichtung der Pflege.

Die Erfassung von Veränderungen erforderte teilweise, dass die Pflegeeinrichtungen Angaben nicht nur zur gegenwärtigen, sondern auch zur jeweiligen Situation im Jahr 2016 machten. Hier sind viele Antwortausfälle aufgetreten, so dass die Vergleiche auf entsprechend schmalere Datengrundlagen beruhen.

Im Hinblick auf den Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses wurden in den Erhebungen bei den Einrichtungsleitungen und den Pflegefachkräften zwei parallele Wege beschritten: Zum einen wurden sechs (voll- und teilstationär) bzw. acht (ambulant) Aspekte präsentiert, die das neue Pflegeverständnis charakterisieren und jeweils gefragt, ob der betreffende Aspekt noch gar nicht umgesetzt ist, ob die Umsetzung noch am Anfang steht oder bereits weit fortgeschritten ist. Falls die Umsetzung zumindest schon begonnen wurde, sollte ferner angegeben werden, inwieweit die Umsetzung bereits vor 2017 stattgefunden hat oder ob seit 2017 diesbezüglich neue Maßnahmen umgesetzt wurden.

Bezüglich dieser Operationalisierung anhand von „Aspekten“ (z.B. „Die individuelle Pflege- oder Maßnahmenplanung soll verstärkt darauf ausgerichtet werden, die verbliebene Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person zu erhalten oder zu fördern.“) wurde die Gefahr gesehen, dass der Umsetzungsstand überschätzt wird, weil die Befragten bei der Beantwortung z.B. auf die etablierten Vorgehensweisen im Rahmen der „aktivierenden Pflege“ Bezug nehmen und die darüber hinaus gehenden Neuakzentuierungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht ausreichend berücksichtigen bzw. auch gar nicht kennen. Die Rückmeldungen von Teilnehmenden der Workshops im Rahmen von Arbeitspaket 1 zu dem Fragebogenentwurf bestärkten die Einschätzung, dass eine Erhebung allein aufgrund der „Aspekte“ zu einer Überschätzung führen könnte.

Daher wurden zusätzlich zwei auf den betreffenden Sektor abgestimmte Fallbeispiele präsentiert, die jeweils eine für das neue Pflegeverständnis besonders akzentuierte Vorgehensweise beschreiben. Die Fallbeispiele sollen anschaulich machen, wie pflegerische Aufgaben unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verstanden werden können und welche Handlungsspielräume im Hinblick auf die Gestaltung pflegerischer Hilfen grundsätzlich bestehen.

Die Einrichtungsleitungen sollten angeben, inwieweit ihre Einrichtung hinsichtlich der personellen Voraussetzungen und der Arbeitsorganisation aktuell in der Lage sei, die im Beispiel illustrierte Vorgehensweise umzusetzen, ferner ob und ggf. wie häufig die Einrichtung entsprechende Maßnahmen bereits durchführt und wenn ja, ob es zu diesen Maßnahmen schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen gibt. Die Pflegefachkräfte wurden noch detaillierter zur Realisierung einzelner Elemente des Beispielfalls und zu den Hintergründen gefragt, warum das betreffende Element ggf. noch nicht realisiert wird.

Im Hinblick auf die Fallbeispiele für den ambulanten Bereich ist zu berücksichtigen, dass die jeweils skizzierten Maßnahmen der Anleitung und Schulung nicht nur im Rahmen der Sachleistungen gemäß § 36 SGB XI, sondern auch und insbesondere im Kontext der Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 sowie der Pflegeschulungen gemäß § 45 SGB XI erbracht werden können. Diese beiden Leistungen waren jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Wie die Ergebnisse zeigen, ergeben die beiden Wege der Operationalisierung wie erwartet abweichende Bilder des Umsetzungsstandes, insofern aus den Antworten zur Umsetzbarkeit und zur tatsächlichen Umsetzung der Vorgehensweisen in den

Beispielfällen jeweils ein geringerer Umsetzungsstand abzuleiten ist, als es bei alleiniger Betrachtung der abgefragten „Aspekte“ der Fall wäre.

## 9.2 Ergebnisse zur Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen

In allen drei Sektoren weisen nach Angabe der Einrichtungsleitungen über ein Fünftel der Einrichtungen (ambulant 21 %, vollstationär 33 %, teilstationär 24 %) eine Spezialisierung auf bestimmte Teilgruppen von Pflegebedürftigen auf. Am häufigsten werden Menschen mit schwersten demenziellen Erkrankungen genannt. Die Pflegefachkräfte waren zu höheren Anteilen als die Leitungskräfte der Auffassung, dass ihre Einrichtung eine Spezialisierung aufweise.

Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund wurden als besonderer Versorgungsschwerpunkt von 2,3 % der ambulanten Dienste, 2,3 % der vollstationären und 3,8 % der teilstationären Einrichtungen angegeben (jeweils Angabe der Leitungen). Eine Bewertung dieser Häufigkeiten ist schwierig, da weder eine klare Definition von solchen Spezialisierungen existiert, noch Anhaltspunkte existieren, welche Häufigkeit bedarfsgerecht oder wünschenswert wäre.

Den Pflegeeinrichtungen ist angeboten worden, die Fragebögen für Pflegebedürftige auch in polnischer, russischer oder türkischer Sprache bei IGES anzufordern. Auf eine generelle Mitsendung fremdsprachiger Fragebögen an alle Einrichtungen ist wegen des damit verbundenen erheblichen zusätzlichen Aufwands für Druck, Verpackung usw. verzichtet worden. Von der Möglichkeit der Anforderung ist nur von einer einzigen Pflegeeinrichtung Gebrauch gemacht worden.

Spezialisierungen auf Menschen mit bestimmten sexuellen Orientierungen wurden in den Freitextangaben nicht genannt.

Bezogen auf das Geschlecht wurden die Einrichtungsleitungen gefragt, wie oft es vorkommt, dass ihre Klienten den Wunsch äußern, nur von Pflegekräften des eigenen Geschlechts versorgt zu werden und inwieweit die Einrichtung in der Lage ist, diesem Wunsch zu entsprechen.

Im ambulanten Bereich haben 19 % der Leitungen geantwortet, der Wunsch werde „häufig“ und 39 % „manchmal“ geäußert. Im vollstationären Bereich liegen die entsprechenden Werte mit 3 % und 32 % bereits deutlich niedriger, im teilstationären Sektor sind es mit 2 % und 10 % noch weniger.

Im ambulanten Bereich sehen sich 27 % „immer“ und 60 % der Einrichtungsleitungen „meistens“ in der Lage, dem Wunsch zu entsprechen. Im vollstationären Bereich betragen die entsprechenden Werte 39 % bzw. 56 %, im teilstationären Bereich 29 % und 37 %.

Der Wunsch nach einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson scheint somit vor allem im ambulanten Sektor häufiger vorgetragen zu werden. Dabei kann diesem Wunsch in einer Vielzahl der Fälle nachgekommen werden.

### 9.3 Ergebnisse zu Personalausstattung und Veränderungen seit dem 01.01.2017

Die Personalstände zum Zeitpunkt der Erhebung spiegeln die eingangs berichtete Besonderheit wider, dass sich überproportional viele größere Einrichtungen an der Studie beteiligt haben.

In den ambulanten und vollstationären Einrichtungen wurde in Bezug auf die Pflegefachkräfte am häufigsten ein Anstieg seit dem 01.01.2017 angegeben (ambulant 40 %, vollstationär 39 %). Im teilstationären Sektor gaben 68 % der Einrichtungsleitungen an, dass die Zahl gleichgeblieben ist. Ein Sinken der Zahl der Pflegefachkräfte wurde im teilstationären Bereich selten (4 %), im vollstationären (30 %) und ambulanten (25 %) Bereich dagegen häufig angegeben.

Im ambulanten Bereich hat ein Beschäftigungsaufbau vor allem bei den Hauswirtschaftskräften (64 % der Dienste) und den Pflegehilfskräften (52 % der Dienste) stattgefunden. Die Zahl der Betreuungskräfte haben 39 % der Dienste erhöht. Der häufige Personalaufbau bei den Hauswirtschafts- und Pflegehilfskräften könnte im Zusammenhang mit den gesetzlichen Regelungen zum Entlastungsbetrag stehen, die zu einer starken Nachfrage vor allem im Bereich der Hauswirtschaft geführt haben. Insgesamt passen diese Veränderungen auch zu der wachsenden Bedeutung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (vgl. Abschnitt 9.4).

Im vollstationären Bereich wurde eine Zunahme der beschäftigten Pflegehilfskräfte am häufigsten genannt (42 % der Einrichtungsleitungen), eine Zunahme bei den Betreuungskräften wurde von 34 % angegeben.

Im teilstationären Bereich wurde Beschäftigungsaufbau vor allem in Bezug auf Betreuungskräfte genannt (41 % der Einrichtungsleitungen).

Eine Zunahme der Zahl der Auszubildenden wird von 36 % der ambulanten Dienste, 34 % der vollstationären und 19 % der teilstationären Einrichtungen angegeben. Sinkende Auszubildendenzahlen hatten 17 % der ambulanten, 25 % der vollstationären und 9 % der teilstationären Einrichtungen.

Eine eindeutige kausale Zuordnung der personellen Veränderungen zu den gesetzlichen Änderungen der Pflegestärkungsgesetze ist nicht möglich. In Bezug auf die Veränderungen im ambulanten Sektor bei den Kräften im Bereich der Hauswirtschaft ist ein Zusammenhang mit den Neuregelungen zum Entlastungsbetrag jedoch sehr wahrscheinlich. Bei der Interpretation der Ergebnisse – insbesondere was die Zahl der Einrichtungen betrifft, die eine Zunahme der Zahl der Pflegefachkräfte angegeben haben – ist zu berücksichtigen, dass diese Zunahmen möglicherweise hinter dem angesichts der Steigerung der Zahlen von versorgten Pflegebedürftigen (eigentlich) erforderlichen Personalaufwuchs zurückbleiben.

Mit den durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff veränderten Akzenten – wie etwa dem stärkeren Fokus auf der zielgerichteten Ressourcenförderung – kann es u.U. sinnvoll sein, auch verstärkt Fachkräfte aus anderen, insbesondere therapeu-

tischen oder pädagogischen Berufsgruppen einzubeziehen. Im ambulanten Bereich gaben knapp 9 % der Einrichtungsleitungen an, dass sie entsprechendes Personal beschäftigen, im teilstationären 14 % und in den vollstationären Einrichtungen sogar 45 %. Insbesondere in den Pflegeheimen ist somit offenbar vielfach bereits ein stärker ausdifferenzierter Personalmix unter Einbezug von therapeutischen und pädagogischen Berufsgruppen realisiert.

#### **9.4 Ergebnisse zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Betreuungs- und Entlastungsleistungen**

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen wurden durch das PSG II zum regulären Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe. Zuvor konnten Betreuungsleistungen als Sachleistung im Rahmen des § 124 SGB XI (mit dem PSG II gestrichen) in Anspruch genommen werden, der 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführt worden war. Die ambulanten Dienste wurden gefragt, ob sich die Zahl ihrer Kunden mit Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen im Anschluss an die Gesetzesänderung verändert hat.

Die Ergebnisse zeigen eindeutig eine wachsende Bedeutung von Betreuungsmaßnahmen seit 2017: Sowohl der Anteil von Diensten, die mindestens einen Pflegekunden mit den entsprechenden Leistungen haben (2016: 52 %; aktuell 81 %), als auch die durchschnittliche Kundenzahl (2016: ca. 6; aktuell: ca. 17) haben deutlich zugenommen. Der Anteil von Kunden mit pflegerischen Betreuungsmaßnahmen liegt aktuell durchschnittlich bei 21 %, im Jahr 2016 lag er in Bezug auf die analogen Leistungen unter dem damaligen § 124 SGB XI bei 11 %.

In der Konsequenz ist auch die wirtschaftliche Bedeutung dieser Leistungspositionen für die Erlöse der Pflegedienste gewachsen: Bezogen auf den Befragungszeitpunkt geben 13 % an, dass mehr als 25 % ihrer Erlöse aus Pflegesachleistungen auf Leistungen dieses Typs entfallen (2016: 4 %), bei 11 % sind es zwischen 10 und 25 % der Erlöse (2016: 8 %).

Die berichteten Ergebnisse sind insofern in eingeschränkterem Maße belastbar, als bei den Angaben zur Situation in 2016 zahlreiche Antwortausfälle aufgetreten sind. Ferner ist nicht völlig auszuschließen, dass die Antwortenden nicht immer fehlerfrei zwischen pflegerischen Betreuungsmaßnahmen – also Leistungen gem. § 36 SGB XI bzw. (vor 2017) gem. § 124 SGB XI i.d. bis 31.12.16 geltenden Fassung – und den Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI sowie Leistungen, die mit dem Entlastungsbetrag oder (vor 2017) im Rahmen der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen finanziert werden, unterschieden haben – obwohl in den Fragebogenformulierungen explizit auf den Unterschied abgehoben wurde.

Von den Pflegefachkräften gaben fast zwei Drittel an, dass sie selbst pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbringen. 74 % bestätigten ferner, dass der Umfang, in dem sie pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbringen seit Januar 2017 zugenommen hat.

Die weiteren Ergebnisse zur Einschätzung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen – inwieweit die Kunden ein wachsendes Interesse daran zeigen, ob die Vergütungen leistungsgerecht sind, ob den Kunden die Kosten dafür zu hoch sind und ob diese Leistungen im Qualitätsmanagement eigenständig berücksichtigt werden – lassen keine klaren Aussagen zu. Jeweils etwa die Hälfte der befragten Einrichtungsleitungen stimmt zu bzw. lehnt die Aussage ab. Dies könnte auch auf die je nach Bundesland unterschiedlichen vertraglichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Erbringung dieser Leistungen zurückzuführen sein.

Die Pflegefachkräfte sehen jedoch zu etwa 75 % ein wachsendes Kundeninteresse an pflegerischen Betreuungsmaßnahmen.

Aus den Antworten der Pflegebedürftigen ergibt sich ein geschätzter Anteil von 15 %, der Betreuungsleistungen im Rahmen der Sachleistungen nach § 36 in Anspruch nimmt. Hier war explizit nach Leistungen gefragt worden, die nicht aus Mitteln des Entlastungsbetrags finanziert werden. Trotzdem ist bei der Interpretation der Antworten von Pflegebedürftigen zu solchen Fragen eine gewisse Vorsicht geboten.

Seit dem 01.01.2017 haben alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege Anspruch auf den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro pro Monat (§ 45b SGB XI). Damit wurden die zuvor bestehenden Regelungen zu „zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“, die bis zu Beträgen von 104 Euro (Grundbetrag) bzw. 208 Euro (erhöhter Betrag) erstattet wurden, abgelöst. Im Vergleich zwischen 2016 und dem Befragungszeitpunkt hat der durchschnittliche Anteil von Kunden, die entsprechende Leistungen bei dem ambulanten Dienst in Anspruch nehmen von 26 % auf 45 % zugenommen. Der Anteil von Diensten, die überhaupt solche Leistungen erbringen, hat sich dagegen kaum geändert, er lag bereits bezogen auf 2016 bei 92 %.

Von den Pflegebedürftigen gaben 44 % an, dass sie Leistungen ihres Pflegedienstes auch aus Mitteln des Entlastungsbetrags finanzieren.

Die Ergebnisse zur Bedeutung des Entlastungsbetrags stehen im Einklang mit den zahlreichen Rückmeldungen (u.a. in den Freitexten dieser Untersuchung), dass die Nachfrage nach – insbesondere hauswirtschaftlichen – Leistungen, für die der Entlastungsbetrag eingesetzt werden kann, sehr stark ist bzw. mit den vorhandenen personellen Kapazitäten vielfach nicht befriedigt werden kann.

Bezogen auf die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie auf die Leistungen, die von den Pflegebedürftigen über den Entlastungsbetrag finanziert werden, wurden die Einrichtungsleitungen nach den Auswirkungen auf den Personalmix gefragt: Speziell für die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen haben 24 % der Dienste seit dem 01.01.2017 ihr Personal aufgestockt, weitere 26 % würden dies tun, wenn es geeignete Bewerber/innen gäbe. In Bezug auf die Erbringung von Leistungen, die mit dem Entlastungsbetrag finanziert werden können, haben sogar 54 % Personal aufgestockt und 18 % würden es tun, wenn der Arbeitsmarkt es zuließe.

Resümierend ist festzuhalten, dass sowohl die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als auch Leistungen, die über den Entlastungsbetrag finanziert werden, für die Mehrzahl der ambulanten Dienste merklich an Bedeutung gewonnen haben und auch bei vielen Diensten zu entsprechenden Veränderungen im Personalbestand (Einstellung speziell für die Erbringung dieser Leistungen) geführt haben.

## **9.5 Ergebnisse zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung**

Mit dem PSG II erfolgte eine Verpflichtung der voll- und teilstationären Einrichtungen, zusätzliche Angebote der Betreuung und Aktivierung vorzuhalten und dementsprechend Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte zu vereinbaren. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass von den allermeisten Einrichtungen – im vollstationären Bereich 95 %, im teilstationären 75 % – Vergütungszuschläge bereits vor dem PSG II vereinbart worden waren.

In beiden Sektoren geben große Mehrheiten der befragten Einrichtungsleitungen an, dass die Pflegebedürftigen starkes Interesse an diesen Leistungen haben, und die Einrichtung ein breites Spektrum solcher Maßnahmen anbietet. Ferner werden in der Mehrheit der Einrichtungen solche Leistungen auch durch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement erfasst.

Die Suche nach zusätzlichen Betreuungskräften wird im vollstationären Bereich von 76 % und in den Tagespflegeeinrichtungen von 85 % als problemlos eingestuft, „große Probleme“ werden nur von 2 bis 3 % genannt.

Im Hinblick auf die zusätzliche Betreuung und Aktivierung zeigen sich in den vollstationären Einrichtungen seit 01.01.2017 kaum Änderungen, in den teilstationären Einrichtungen hat ein Viertel erst seitdem Vergütungszuschläge vereinbart. Die Anpassung des Personals im Bereich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung an den jeweiligen Bedarf stellt in beiden Sektoren nur für sehr kleine Minderheiten ein „großes“ Problem dar.

## **9.6 Ergebnisse zum neuen Pflegeverständnis (Antworten der Einrichtungsleitungen und Pflegefachkräfte)**

In allen drei Sektoren wurden den Einrichtungsleitungen und den Pflegefachkräften fünf identische Fragen zur Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses gestellt (Aspekte 1, 2, 3, 5 und 8 in Tabelle 58). Eine Frage zur Aufklärung und Beratung bzw. pflegfachlichen Anleitung von Angehörigen unterschied sich sektorenspezifisch (Aspekt 4 in Tabelle 58 bzw. Tabelle 120 bzw. Tabelle 176). Bezogen auf die identischen Fragen zeigt sich zwischen ambulanten Diensten einerseits und den stationären Einrichtungen andererseits ein deutlicher Unterschied im Anteil der Einrichtungsleitungen, die angeben, dass die Umsetzung schon weit fortgeschritten ist:

Angebote von Hilfen zur Stabilisierung der psychischen und sozialen Situation der Pflegebedürftigen (Aspekt 1) sind demnach in 73 % der voll- und 81 % der teilstationären Einrichtungen weit fortgeschritten, aber nur in 48 % der ambulanten

Dienste. Geringer ausgeprägt ist der Unterschied in Bezug auf die Ausrichtung der Pflege- bzw. Maßnahmenplanung auf Erhalt und Förderung der Selbständigkeit (Aspekt 2), die auch im ambulanten Bereich von 74 % als weit fortgeschritten bezeichnet wird (vollstationär: 84 %, teilstationär: 85 %). Ähnliche Zahlen ergeben sich für Aspekt 5 (Prüfung ob gezielte Maßnahmen zur Mobilitätsprüfung in Frage kommen), der in 67 % der ambulanten Dienste und 82 bis 83 % der stationären Einrichtungen weit fortgeschritten ist. Die Überprüfung der Ergebnisse von Schulungen oder Anleitungen wird von den stationären Einrichtungen zu 70 %, im ambulanten Bereich dagegen nur von 35 % als weit fortgeschritten gesehen.

Geringere Umsetzungsstände werden zu Aspekt 3, der zielgerichteten Anleitung und Schulung zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen, gemeldet: ambulant 45 %, vollstationär 57 % und teilstationär 60 %.

Im Hinblick auf die Angehörigen (Aspekt 4) geben 49 % der ambulanten Dienste an, dass sie hinsichtlich der Erbringung von Leistungen zur pflegfachlichen Anleitung weit fortgeschritten sind. Die Tagespflegen geben zu 80 % an, dass sie „Informationen an Angehörige weiterleiten, mit denen eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Person ermöglicht wird.“ Die vollstationären Einrichtungen wurden gefragt, ob sie Angehörige beraten und ggf. anleiten, wie sie die pflegebedürftige Person besser unterstützen können. 61 % sehen sich diesbezüglich weit fortgeschritten.

Den ambulanten Diensten wurden zwei weitere Aspekte vorgelegt: 65 % sehen sich als „weit fortgeschritten“, wenn es darum geht, gezielte Maßnahmen zur Stabilisierung anzubieten, wenn Angehörige den Belastungen im Pflegealltag nicht gewachsen sind. Nur 30 % – der niedrigste Wert aller erhobenen Aspekte – sehen sich jedoch weit fortgeschritten, mit pflegenden Angehörigen bei Bedarf ein gezieltes Training zur Verbesserung der Pflegekompetenz durchzuführen (hier war im Fragebogen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Maßnahmen im Rahmen des § 36 SGB XI, aber nicht die Pflegekurse nach § 45 SGB XI gemeint sind).

Nach diesen Ergebnissen sind im voll- und teilstationären Sektor wesentliche Aspekte des neuen Pflegeverständnisses in der Mehrheit der Einrichtungen, die an der Untersuchung teilgenommen haben bereits umgesetzt. Jeweils 75 bis 85 % der Einrichtungsleitungen geben dementsprechend auch an, dass diese Aspekte bereits vor 2017 umgesetzt waren. Die entsprechenden Einschätzungen der Pflegefachkräfte stimmen mit denen der Einrichtungsleitungen weitgehend überein. Im ambulanten Bereich liegt der Umsetzungsgrad nach diesen Daten zwar niedriger, aber ebenfalls relativ hoch.

Die niedrigsten Anteile fortgeschrittener Umsetzung ergeben sich bei den Aspekten, die nach konkreten Maßnahmen fragen – Aspekt 3 „gezielte Anleitung und Schulung zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz“ bzw. im ambulanten Bereich zusätzlich Aspekt 7 „gesondertes Training zur Verbesserung der Pflegekompetenz von Angehörigen“.

Charakteristisch für das parallel verfolgte Untersuchungskonzept anhand von Fallbeispielen ist gerade die Bezugnahme auf konkrete Maßnahmen und Vorgehensweisen anstelle eher abstrakter Handlungsorientierungen.

Im ambulanten Bereich stand ein gezieltes Training zur Verbesserung der Mobilität und zur Rückgewinnung von Selbstvertrauen einschließlich der damit verknüpften Beratung und Aufklärung der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen im Mittelpunkt. In dem zweiten Fallbeispiel ging es um die Verbesserung der Pflegekompetenz einer pflegenden Angehörigen durch ein „Coaching“ angesichts der zunehmenden demenziellen Veränderung der pflegebedürftigen Person.

Die Antworten der Leitungskräfte unterscheiden sich zwischen den Beispielen: In Bezug auf das „Mobilitätstraining“ sind 22 % der Meinung, eine solche Maßnahme sei im Rahmen der für den Dienst geltenden Rahmen- und Versorgungsverträge gar nicht umsetzbar, in Bezug auf das „Angehörigen-Coaching“ sind es 41 %. Die gleiche Tendenz gilt auch hinsichtlich des Personals: 20 % geben an, dass sie nicht über geeignetes Personal für das „Mobilitätstraining“ verfügen, bezogen auf das Coaching sind es 31 %. Die Arbeitsorganisation ist für die Durchführung des Mobilitätstrainings für 25 % nicht geeignet, beim Coaching sind es 42 %.

Dementsprechend unterscheiden sich auch die Antworten, inwieweit entsprechende Angebote aktuell bereits durchgeführt werden: 27 % der Leitungskräfte von ambulanten Diensten bejahten dies für das Mobilitätstraining, 20 % für das „Angehörigen-Coaching“. Schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen sind in Bezug auf beide Maßnahmen bisher wenig verbreitet (14 %).

Die Antworten der Pflegefachkräfte zu den einzelnen Komponenten beider Fallbeispiele zeigen einen hohen Umsetzungsgrad in Bezug auf die Beratung, Information und Aufklärung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (jeweils mindestens 70 % antworten, dass diese Elemente in den Fallbeispielen „immer gemacht werden, wenn es sinnvoll ist“). Niedrigere Umsetzungsstände werden vor allem in Bezug auf die Elemente einer kontinuierlichen Anleitung über mehrere Wochen (35 bis 45 %) angegeben.

Bezogen auf beide Fallbeispiele tendieren fast 70 % der Pflegefachkräfte zu der Aussage, dass es Trainings- oder Schulungsprogramme für Pflegebedürftige bzw. Angehörige, wie in dem Beispielfall, in ihrem Pflegedienst noch nicht gibt. Mangelnde fachliche Kenntnisse bei sich selbst bzw. den Kollegen/innen, um solche Maßnahmen umzusetzen sehen 38 bis 42 % der Pflegefachkräfte (Antworten trifft genau/trifft eher zu).

Die Arbeitsorganisation ihres Dienstes halten etwa 60 % der Pflegefachkräfte bereits auf Maßnahmen wie in den beiden Beispielfällen eingestellt. Sehr hohe Zustimmung – jeweils knapp 90 % - erreicht die Aussage, dass bei neuen Pflegekunden in allen Fällen eingeschätzt wird, „inwieweit eine gezielte Förderung zum Erhalt oder der Wiederherstellung von Selbstständigkeit erfolgen kann.“

Insgesamt ergeben die Auswertungen zu den Beispielfällen im ambulanten Bereich folgendes Bild: Die Themen der Ressourcenförderung sowie der Unterstützung von

Pflegebedürftigen und Angehörigen zur Verbesserung der (Selbst-)Pflegekompetenz werden wahrgenommen und im Rahmen der Informationssammlung berücksichtigt. Als konkrete Maßnahmen werden am ehesten Aufklärung und Beratungen durchgeführt. Systematische und abgrenzbare Maßnahmenprogramme wie in den beiden Beispielen skizziert, sind jedoch bisher wenig verbreitet. Nimmt man das Vorhandensein von schriftlichen Konzepten oder Verfahrensanweisungen für entsprechende Angebote zum Maßstab, dann weist nur eine Minderheit von unter 15 % der Pflegedienste einen fortgeschrittenen Umsetzungsstand auf. Bei der Interpretation ist ferner zu berücksichtigen, dass kleinere Pflegedienste in der Stichprobe unterrepräsentiert sind.

In den Freitexten wurde dieses Ergebnis vielfach unterstrichen, indem vor allem der Aspekt einer kontinuierlich über mehrere Termine sich erstreckenden Anleitung oder Beratung als nicht realisierbar bezeichnet wurde.

Im vollstationären Sektor bezog sich das erste Fallbeispiel ebenfalls auf ein individuelles Mobilitätstraining, mit dem eine Bewohnerin wieder in die Lage versetzt werden sollte, statt des Rollstuhls einen Rollator zu benutzen. Das zweite Fallbeispiel betraf die Durchführung eines die Feinmotorik verbessernden Trainings, das unter aktiver Beteiligung der nahezu täglich zu Besuch erscheinenden Angehörigen durchgeführt werden sollte.

Aus Sicht von jeweils etwa 50 % der Leitungskräfte verfügen die Einrichtungen über geeignetes Personal und zu 42 bis 43 % auch über eine adäquate Arbeitsorganisation für eine vollumfängliche Umsetzung der Vorgehensweisen beider Beispielfälle. 65 % geben an, dass ihr Pflegeheim solche Mobilitätstrainings (Beispiel 1) bereits durchführt, 54 % auch die auf die Feinmotorik zielenden Maßnahmen wie in Beispiel 2. Schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen liegen in 26 bzw. 30 % (Beispiel 1) der Einrichtungen vor.

Die Pflegefachkräfte bestätigen zu einem hohen Anteil, dass die in beiden Beispielen skizzierten Elemente in allen Fällen durchgeführt würden, sofern es sinnvoll wäre. Dies gilt insbesondere für die fachliche Einschätzung, ob durch eine pflegerische Maßnahme eine Verbesserung der Selbstständigkeit sowie die Gespräche mit den Angehörigen (72 bis 81 %). Geringere Zustimmung findet die mehrwöchige Durchführung der jeweiligen Maßnahmen (62 bis 51 %) sowie die in Beispiel 2 vorgesehene Anleitung der Angehörigen, damit sie sich beteiligen können (43 %).

Bezogen auf das Mobilitätstraining in Beispiel 1 sind 39 % und hinsichtlich der Maßnahme zur Verbesserung der Feinmotorik sind 45 % der Pflegefachkräfte der Auffassung, dass es solche Maßnahmen in ihren Einrichtungen aktuell nicht gibt. Mangelnde fachliche Voraussetzungen für deren Durchführung bei sich selbst und den Kollegen/innen sehen knapp 30 % hinsichtlich des Mobilitätstrainings und 37 % bezogen auf das Feinmotorik-Training. Als wichtigster Hinderungsgrund bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen wird von jeweils über zwei Drittel eine Überlastung durch andere Arbeitsaufgaben und daraus resultierend Zeitmangel angegeben.

In den vollstationären Einrichtungen liegt der Umsetzungsgrad mit Blick auf die als Beispiel präsentierten Maßnahmen somit höher als in den ambulanten Diensten: Nimmt man das Vorhandensein von schriftlichen Konzepten oder Verfahrensanweisungen für die entsprechenden Maßnahmen zum Maßstab für den Umsetzungsstand, dann wären etwa 30 % der vollstationären Einrichtungen als weit fortgeschritten einzustufen.

Das erste Fallbeispiel in dem Fragebogen für Tagespflegen betraf wiederum die Durchführung eines Mobilitätstrainings, im zweiten Beispiel bezog sich – ähnlich wie bei den ambulanten Diensten – auf die Unterstützung der Familie einer demenzkranken Person zur Stärkung der Pflegekompetenz.

Nach Einschätzung von über 70 % der Leitungen ist für beide Beispielmaßnahmen das geeignete Personal vorhanden und 65 bis 68 % halten auch die Arbeitsorganisation ihrer Tagespflege für geeignet. 69 % geben an, dass sie solche Mobilitätstrainings bereits durchführen, die umfassende Beratung und Anleitung der Angehörigen von demenziell Erkrankten führen nach Angaben der Leitungskräfte sogar 82 % bereits durch. Schriftliche Konzepte oder Verfahrensanweisungen liegen bei etwa 30 % vor.

Mindestens die Hälfte der Pflegefachkräfte bestätigt bezüglich aller Elemente beider Beispiele, dass die entsprechenden Vorgehensweisen aktuell in allen Fällen durchgeführt würden, wo es sinnvoll sei. Dabei erreicht die „Abklärung mit dem Hausarzt“ (vor Durchführung des Mobilitätstrainings) mit 52 % die geringste Zustimmung, wogegen fachliche Einschätzungen, Ergebnisüberprüfungen und Beratungsgespräche zu über 70 % angegeben werden.

Bezogen auf das Mobilitätstraining geben etwa 33 % der Pflegefachkräfte an, dass es solche gezielten Programme in ihrer Tagespflege noch nicht gibt. Die besondere Charakteristik des zweiten Fallbeispiels betrifft die Tatsache, dass die Tagespflege eine Intervention durchführt, die auf die Verbesserung der häuslichen Pflegesituation des Tagespflégegastes zielt. Etwa 33 % der Pflegefachkräfte sind der Meinung, dass in der Tagespflege die für ein solches Vorgehen erforderliche Kenntnis der Gesamtpflegesituation ihrer Gäste fehlt. 28 % geben an, dass auch die Angehörigen ihrer Gäste mit einer so weitreichenden Intervention nicht einverstanden wären und 34 % meinen, dass in ihrer Einrichtung noch keine individuellen Maßnahmen entwickelt wurden, die auf die häusliche Umgebung übertragen werden können. Kompetenzprobleme auf Seiten der Pflegefachkräfte sehen 23 bis 27 %.

In Bezug auf das Fallbeispiel, bei dem die Tagespflege eine Beratung und Anleitung von Angehörigen zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation des Tagespflégegastes durchführt fallen die Bewertungen von Leitungskräften und Pflegefachkräften etwas auseinander, insofern die Pflegefachkräfte in nennenswertem Umfang Umsetzungshürden erkennen, wogegen die Leitungen zu über 80 % angeben, dass entsprechende Vorgehensweisen bereits umgesetzt werden. Die Freitextangaben zeichnen vielfach auch ein weniger optimistisches Bild, insofern über den Mangel an Personalressourcen für die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses geklagt wird.

In der Tagespflege ist der von den Befragten angegebene Grad der Umsetzung der beispielhaft präsentierten Maßnahmen am höchsten. Nimmt man wieder das Vorhandensein von schriftlichen Konzepten oder Verfahrensanweisungen für die betreffenden Aktivitäten der Schulung und Anleitung zum Maßstab, dann wäre auch in den teilstationären Einrichtungen auf einen Anteil von etwa 30 % in der Umsetzung weit fortgeschrittener Einrichtungen zu schließen.

Resümierend ist festzuhalten, dass sich aus den Daten zur Umsetzung verschiedener Aspekte des neuen Pflegeverständnisses sowie den Angaben zur Häufigkeit der Durchführung von Maßnahmen, die mit den Beispielfällen vergleichbar sind, im voll- und teilstationären Bereich ein relativ großer Anteil von Einrichtungen mit fortgeschrittenem Umsetzungsstand ergäbe (von etwa 50 bis 60 % im vollstationären und 70 bis 80 % im teilstationären Bereich). Im ambulanten Sektor werden entsprechende Vorgehensweisen aufgrund der Rahmenbedingungen (Rahmenverträge, Vergütungsmöglichkeiten) noch am seltensten realisiert (von etwa 20 bis 30 %). Nach dem besser geeigneten Kriterium des Vorhandenseins von schriftlichen Konzepten oder Verfahrensanweisungen für die betreffenden Maßnahmen, sind jedoch deutlich weniger Einrichtungen als weit fortgeschritten einzustufen (15 % im ambulanten und jeweils 30 % im voll- und teilstationären Bereich).

Auffällig ist eine gewisse Divergenz in den Antworten der Pflegefachkräfte zwischen den Angaben zur Umsetzung einzelner Elemente der Fallbeispiele sowie in Bezug auf die Aspekte des neuen Pflegeverständnisses und des relativ großen Anteils von Einschätzungen, dass es die in den Beispielen skizzierten Maßnahmen und Programme in der eigenen Einrichtung noch nicht gäbe. Dies ist u.E. darauf zurückzuführen, dass viele Befragte noch kein klares Bild haben, welche Auswirkungen die Neuakzentuierung der Pflege infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Vorgehensweisen in ihrem konkreten Arbeitsalltag haben sollte bzw. inwieweit z.B. Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit oder zur Beratung und Anleitung über die bisher bereits etablierten Aktivitäten hinausgehen sollen.

Bei der Bewertung dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass sich an den Erhebungen überproportional größere Einrichtungen beteiligt haben und dass bei Rücklaufquoten von 11 bis 16 % damit zu rechnen ist, dass die Antwortenden eine Auswahl von besonders an der Thematik interessierten und ggf. auch engagierten Einrichtungen und Pflegefachkräften darstellen.

## **9.7 Ergebnisse zur Umsetzung von Aspekten des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen**

Den Pflegebedürftigen in allen drei Sektoren wurden vier Fragen gestellt, die insbesondere auf den Aspekt der Förderung und des Erhalts der Selbständigkeit zielen. Die Ergebnisse dazu sind in Tabelle 205 gesammelt dargestellt. Demnach bestätigen die Pflegebedürftigen ganz überwiegend, dass ihnen Vorschläge gemacht werden, um ihre Selbständigkeit bzw. die Beweglichkeit im Alltag zu erhalten, dass

---

sie entsprechende Hilfen erhalten, und dass sie ermuntert werden, auf Fremdhilfe zu verzichten. Am stärksten ist die Zustimmung bei den Befragten im teilstationären Bereich, am geringsten im ambulanten Sektor.

Nach diesen Daten ist das Ziel der Förderung der Selbständigkeit somit in der Praxis der Pflege sehr präsent.

Tabelle 205: Vergleich der in den drei Sektoren identisch gestellten Fragen zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses aus Sicht der Pflegebedürftigen (nur gültige Prozent, d.h. ohne Berücksichtigung von fehlenden Angaben)

Die Pflegekräfte in meiner [Einrichtung] ...		Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht oder kommt für mich nicht in Frage
... helfen möglichst selbständig und mobil zu bleiben.	amb	58,4	24,6	5,5	2,7	8,9
	vstat	63,1	26,7	4,9	1,2	7,7
	tstat	72,7	21,7	1,8	0,5	3,2
... machen Vorschläge, um Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten.	amb	46,9	27,7	9,3	3,0	13,1
	vstat	50,8	29,2	8,6	2,9	8,5
	tstat	57,1	23,7	6,1	1,5	11,6
... machen Vorschläge, um Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu verbessern.	amb	33,9	25,9	14,9	8,4	16,9
	vstat	47,1	27,5	11,8	4,5	9,2
	tstat	60,3	23,6	5,8	1,5	8,8
... ermuntern auf Hilfe von anderen zu verzichten.	amb	37,0	26,4	11,2	6,1	19,1
	vstat	56,8	31,3	8,6	3,3	0,0
	tstat	56,7	22,7	6,2	1,8	12,7

Quelle: IGES, Pflegebedürftige

Anmerkung: Zeilenprozente; nur gültige Prozente, d.h. berechnet ohne Berücksichtigung von fehlenden Angaben

Drei Fragen wurden in allen drei Sektoren gestellt, die wichtige Aspekte der generellen Zufriedenheit mit der Versorgung messen. Nimmt man die Antworten „trifft genau zu“ als Indikator, so bestätigten im teilstationären Bereich 76 %, dass die Pflegekräfte die Wünsche und Vorlieben der pflegebedürftigen Person berücksichtigen, ambulant sind es 64 % und vollstationär 56 %. Die Zahl der Verneinungen (trifft eher/gar nicht zu) lag in allen drei Sektoren unter 10 %.

Im teilstationären Sektor sagten 75 %, dass sich die Pflegekräfte ausreichend Zeit für Pflege und Betreuung nehmen („trifft genau zu“), im ambulanten sind es 57 %, im vollstationären 49 %. Verneint wurde diese Aussage im vollstationären Bereich von 13 % (ambulant 9 %, teilstationär 2 %).

Die Pflegekräfte sind für die Angehörigen bei Fragen oder Problemen in der Regel ansprechbar. Der Anteil „trifft genau zu“-Antworten beträgt teilstationär 84 %, vollstationär 68 % und ambulant 66 %. Der Anteil von Verneinungen liegt stets unter 5 %.

Aus den Antworten der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Vertrauenspersonen ergibt sich somit zum einen das Bild einer relativ hohen Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung durch die jeweiligen Pflegekräfte, wobei der teilstationäre Bereich hervorsticht. Zum anderen deuten die Antworten darauf hin, dass Aspekten der Förderung und des Erhalts der Selbständigkeit – besonders ausgeprägt in den stationären Kontexten, aber auch im ambulanten Bereich – bereits große Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Auch bezüglich dieser Ergebnisse sind die methodischen Einschränkungen zu beachten: Zum einen sind die Fragebögen in der – teilweise großen – Mehrzahl der Fälle nicht von den Pflegebedürftigen allein ausgefüllt worden (ambulant: 34 %, vollstationär 26 %, teilstationär 15 %), sondern mit Unterstützung durch Vertrauenspersonen bzw. allein durch eine Vertrauensperson (ambulant: 18 %, vollstationär 9 %, teilstationär 20 %). Ferner wurden die Fragebögen durch die Pflegekräfte bzw. die Einrichtungen an die Pflegebedürftigen und Familien weitergeleitet.

## 9.8 Ergebnisse zur Stärkung der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte

Einrichtungsleitungen und Pflegefachkräfte wurden gebeten in Bezug auf drei Aussagen einzustufen, inwieweit die jeweils beschriebene Anforderung einerseits die Möglichkeit bietet, bereits vorhandene fachliche Fähigkeiten besser zur Geltung zu bringen und andererseits damit die Notwendigkeit verbunden ist, neue fachliche Fähigkeiten aufzubauen.

Bezogen auf die stärkere Gewichtung von Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen zur Steigerung von deren Selbstpflegekompetenz sehen die Leitungskräfte in allen drei Sektoren zu 85 % (ambulant, vollstationär) bis 92 % die Chance, vorhandene Fähigkeiten stärker zur Geltung bringen. Im ambulanten und vollstationären Bereich sehen etwa 80 % jedoch diesbezüglich auch einen Bedarf, zusätzliche fachliche Fähigkeiten aufzubauen, im teilstationären sind es nur etwa 70 %. Die Ergebnisse der Leitungskräfte in Bezug auf die stärkere Gewichtung der Unterstützung bei kognitiven und psychischen Problemlagen sind sehr ähnlich. Bei der Anforderung, künftig individuell passende Lösungen für die jeweilige Lebenssituation zu entwickeln, wird der Bedarf an zusätzlichem Kompetenzaufbau von den Leitungskräften der ambulanten Dienste etwas niedriger eingestuft.

Die Pflegefachkräfte unterscheiden sich von den Einschätzungen der Leitungskräfte, insofern sie die drei Anforderungen durchgängig und in allen drei Sektoren

zu etwa 90 % als Chance einstufen, vorhandene Fähigkeiten besser zur Geltung zu bringen. Gleichzeitig werden die Bedarfe, neue fachliche Fähigkeiten aufzubauen deutlich niedriger – im Bereich zwischen 41 % und 66 % – eingestuft. Die Pflegefachkräfte sehen ihre Profession also besser auf die neuen Herausforderungen vorbereitet, als die befragten Führungskräfte.

Für die Zukunft sehen vor allem die Führungskräfte aus den vollstationären Einrichtungen weitere Entwicklungen, die zu höheren Anforderungen an die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte führen werden, 75 % bejahten diese Frage, im ambulanten Bereich waren es 56 %, im teilstationären 58 %. Die Antworten der Pflegefachkräfte zu dieser Frage liegen etwas niedriger, wobei auch hier die Befragten im vollstationären Bereich (55 %) am häufigsten weitere Anforderungen erkennen (ambulant 48 %, teilstationär 46 %).

In den Freitextangaben werden vor allem die Herausforderungen im Zusammenhang mit den neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien bzw. den damit verbundenen Verfahrensinnovationen (Indikatoren, Fachgespräch) genannt. Da der vollstationäre Sektor in dieser Hinsicht bereits weiter fortgeschritten ist, ist auch der höhere Anteil von Antworten erklärlich, die hier weitere Qualifizierungsbedarfe sehen. Als weitere Anforderungen werden die zunehmende Morbidität bzw. die höheren Pflegegrade, die Auswirkungen des Fachkräftemangels, wachsende Anforderungen aus den Expertenstandards, wachsende Bedeutung von Beratung und Anleitung und die Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung mit allen an der Versorgung Beteiligten (Ärzte, Familien) genannt.

Im Rahmen des Strukturmodells erfolgt die fachliche Beurteilung zur Einschätzung der Pflege- und Betreuungssituation anhand von Themenfeldern, die unmittelbar auf die Module des geltenden Begutachtungsinstruments Bezug nehmen, um die Orientierung der Pflegeeinrichtungen auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu unterstützen. Die Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells wird in der Stichprobe der Einrichtungen, die sich an der Untersuchung beteiligt haben, in allen drei Sektoren von über der Hälfte eingesetzt: Nimmt man die Angaben der Einrichtungsleitungen zum Maßstab, dann dokumentieren zwischen 55 % (ambulant) und 65 % (vollstationär) der Einrichtungen auf Basis des Strukturmodells, weitere etwa 10 % befinden sich im Prozess der Umstellung.

---

## 10. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

### 10.1 Schlussfolgerungen zu den Fragestellungen der Leistungsbeschreibung

Die Darstellung der Schlussfolgerungen orientiert sich an den in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Fragestellungen. Bei der Bewertung der Ergebnisse sind die in Abschnitt 9.1 dargestellten Anmerkungen zu methodischen Einschränkungen der Aussagekraft zu berücksichtigen.

- Wie haben sich die Personalausstattung und der Personalmix in den Einrichtungen verändert (quantitativ und qualitativ)?

In Bezug auf die Pflegefachkräfte zeigt sich ein gemischtes Bild: Im ambulanten und vollstationären Bereich geben etwa 40 % der Leitungen an, dass die Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte seit dem 01.01.2017 zugenommen hat, 30 % (vollstationär) bzw. 25 % (ambulant) berichten über eine niedrigere Zahl. Im teilstationären Bereich ist die Zahl überwiegend konstant geblieben oder hat zugenommen.

In den ambulanten Diensten hat vor allem bei den Hauswirtschaftskräften und den Pflegehilfskräften ein Beschäftigungsaufbau stattgefunden, was plausibel erscheint, insbesondere angesichts der hohen Nachfrage nach Leistungen zur Unterstützung im Haushalt im Rahmen des Entlastungsbetrags. Von den vollstationären Einrichtungen wurde am häufigsten eine Zunahme der Pflegehilfskräfte berichtet.

Im ambulanten und teilstationären Sektor haben etwa 40 % der Einrichtungen die Zahl der Kräfte, die überwiegend oder ausschließlich im Bereich der Betreuung arbeiten erhöht, im vollstationären Bereich waren es etwas weniger.

In Bezug auf die Auszubildendenzahlen überwiegt das Wachstum: Im ambulanten und vollstationären Bereich weisen etwa 35 % der Einrichtungen mehr Auszubildende auf, über sinkende Zahlen berichten 17 % (ambulant) bzw. 25 % (vollstationär).

Die Beschäftigung von Fachkräften aus therapeutischen und pädagogischen Berufen ist im vollstationären Bereich bereits weit verbreitet (45 % der Einrichtungen haben Beschäftigte aus diesen Berufsgruppen), in der teilstationären (14 %) bzw. ambulanten (9 %) Versorgung ist es eher die Ausnahme. Seit dem 01.01.2017 haben sich die Beschäftigtenzahlen in diesem Bereich im ambulanten Sektor kaum verändert, im voll- und teilstationären Bereich ergibt sich ein leichtes Überwiegen der Zunahmen gegenüber den Abnahmen.

Inwieweit die Veränderungen der Personalstände bzw. des Personalmix als Anpassungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu interpretieren sind, lässt sich aus den Daten nicht ableiten. In Bezug auf den verbreiteten Personalaufbau im Bereich der Hauswirtschaftskräfte in den ambulanten Diensten liegt es jedoch nahe, einen Zusammenhang mit den gesetzlichen Änderungen des PSG I und PSG II zum Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) zu vermuten.

Ansonsten ist der Mangel an Pflegefach-, aber teilweise auch an Hilfskräften, das beherrschende Thema in den meisten Freitextangaben. Lediglich in Bezug auf die zusätzlichen Betreuungskräfte im stationären Sektor berichten die Einrichtungen, dass sie keine nennenswerten Probleme haben, geeignetes Personal zu gewinnen.

Darüber hinaus hat die empirische Untersuchung zwar gezeigt, dass in vielen Einrichtungen personelle Anpassungen erfolgt sind. Aus den Daten lässt sich aber nicht ableiten, inwieweit die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in qualitativ-inhaltlicher Hinsicht dafür ursächlich ist. Vielmehr dürfte nicht zuletzt auch die durch die Pflegereform gewachsene Zahl von Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, eine wichtige Rolle gespielt haben. Sowohl im Rahmen der Workshops in Arbeitspaket 1 als auch in einer Reihe von Freitextkommentaren wurde vor allem eine stärkere Zusammenarbeit mit anderen, vor allem therapeutischen und pädagogischen Berufsgruppen, als mögliche Konsequenz der stärkeren Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses ins Spiel gebracht.

- Wie hat sich die Arbeitsorganisation in den Pflegeeinrichtungen verändert?

Aus den Ergebnissen zum Umsetzungsstand in Bezug auf typische Aspekte des neuen Pflegeverständnisses ergibt sich das Bild, dass die Mehrheit der Einrichtungen bereits vor dem 01.01.2017 diese Aspekte in der pflegerischen Konzeption berücksichtigt hatte oder Änderungen vorgenommen hat, die man als Vorbereitung auf eine stärkere Gewichtung der Selbstständigkeitsförderung, der Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen und Angehörigen oder von Maßnahmen zur psychischen und sozialen Stabilisierung verstehen kann. Nur ein Viertel bis ein Drittel der Einrichtungen, die in Bezug auf die untersuchten Aspekte bereits Fortschritte erzielt haben, hat erst seit Januar 2017 entsprechende Maßnahmen ergriffen.

Ferner sollten Pflegefachkräfte und Leitungskräfte in Bezug auf zwei auf den jeweiligen Sektor abgestimmte Fallbeispiele beurteilen, ob die dargestellte Vorgehensweise im Rahmen ihrer bestehenden Arbeitsorganisation umsetzbar sei bzw. welche Hindernisse ggf. gesehen werden. Da es in den Fallbeispielen um pflegerische Aufgaben ging, die einen engen Zusammenhang mit dem neuen Pflegeverständnis aufweisen, können die Antworten auf diese Fragen im Sinne einer Einschätzung des organisatorischen Anpassungsbedarfs vor dem Hintergrund der pflegefachlichen Kompetenzverteilung in der jeweiligen Einrichtung gewertet werden.

Die niedrigsten Anteile von Antworten, die angaben, dass die skizzierten Vorgehensweisen in vollem Umfang mit der bestehenden Arbeitsorganisation umsetzbar seien, ergaben sich im ambulanten Bereich, wo die Leitungen zu etwa 70 % die Organisation für nicht oder nur teilweise geeignet erachteten. Im vollstationären Bereich liegt der Anteil mit etwa 67 % etwas und im teilstationären Bereich mit ca. 33 % deutlich niedriger. Interessanterweise sind die Pflegefachkräfte nahezu durchgängig weniger optimistisch als die Leitungskräfte im Hinblick auf die arbeitsorganisatorische Umsetzbarkeit der in den Beispielfällen geschilderten Vorgehensweisen.

Als besonders wichtiges organisatorisches Hindernis wird in allen drei Sektoren der in den Beispielen hervorgehobene „Programmcharakter“ der Maßnahmen genannt, d.h. die über einen Zeitraum von mehreren Wochen bzw. Terminen kontinuierlich durchzuführenden Aktivitäten zur Förderung der Selbständigkeit bzw. der Pflegekompetenzen einschließlich der Überprüfung der Zielerreichung. In den stationären Einrichtungen wurde ferner die Durchführung individueller Maßnahmen (im Gegensatz zu Gruppenaktivitäten) teilweise als Herausforderung genannt.

Resümierend ist festzuhalten, dass zwar ein relativ großer Teil der Führungskräfte und Pflegefachkräfte ihre Einrichtungen in Bezug auf eher übergeordnete Vorgehensweisen (z.B. Einstufung des Potenzials für selbständigkeitsfördernde Maßnahmen, Überprüfung der Fortschritte) oder Maßnahmen der Aufklärung, Beratung und Anleitung für gut vorbereitet hält. In Bezug auf die beispielhaft präsentierten Maßnahmen einer zielgerichteten Ressourcenförderung werden jedoch mehrheitlich organisatorische Hürden gesehen, die aktuell noch nicht gelöst sind.

- Welche Erkenntnisse können hieraus für die Entwicklung eines neuen Personalbemessungsverfahrens gezogen werden?

Aus den Ergebnissen der Untersuchung lassen sich allenfalls eher allgemeine Hinweise für die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens (§ 113c SGB XI) ableiten. Inwieweit diese Hinweise im Rahmen des noch nicht vorliegenden Gutachtens zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung bereits berücksichtigt sind, lässt sich nicht beurteilen.

Ziel eines Personalbemessungsverfahrens ist es, die für eine bedarfsgerechte Versorgung – unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – erforderlichen personellen Ressourcen verlässlich zu ermitteln (§ 113c Absatz 1 Satz 3 SGB XI). Dabei wären somit auch Ressourcen zu berücksichtigen, die für aktuell in der Versorgungspraxis eventuell noch wenig entwickelte, aber im Sinne des neuen Pflegeverständnisses als sinnvoll erachtete Vorgehensweisen erforderlich sein werden.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass es gegenwärtig noch viele Unklarheiten gibt, inwieweit sich Prozesse und Maßnahmen, die in spezifischem Zusammenhang mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stehen, von den bisher etablierten Vorgehensweisen der Pflegeeinrichtungen unterscheiden. Dies liegt offensichtlich auch daran, dass es teilweise noch an den entsprechenden Handlungskonzepten z.B. in Bezug auf Anleitung und Beratung sowie gezielte Ressourcenförderung fehlt (vgl. dazu auch Wingenfeld/Büscher 2017, S. 11). Bei der Formulierung von pflegfachlich begründeten Soll-Versorgungskonzepten als Grundlage für eine Personalbemessung wäre dies u.E. zu berücksichtigen.

Ferner wurde sowohl in den empirischen Erhebungen als auch in den Diskussionen im Rahmen der Workshops die Frage einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen der professionellen Pflege und anderen Berufsgruppen mit spezifischer Expertise in Bezug auf das Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit (z.B. Physio- bzw. Ergotherapeuten) aufgeworfen. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass

die Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachkräften und anderen Berufsgruppen im Kontext der zielgerichteten Ressourcenförderung künftig noch eingehender geklärt werden sollte.

- Inwieweit werden Pflegekräfte durch neue konzeptionelle Ansätze in ihrer Fachlichkeit gestärkt (z.B. durch die Anwendung des Strukturmodells)?

Die Untersuchungsergebnisse zeigen sehr eindrücklich, dass die Pflegefachkräfte, aber auch die Leitungskräfte in den fachlichen Anforderungen, die mit dem neuen Pflegeverständnis verknüpft sind, eine Chance erblicken, ihre professionellen Kompetenzen stärker zur Geltung bringen zu können. Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang auch ein erheblicher Bedarf an fachlicher Weiterentwicklung gesehen.

Das Strukturmodell findet zumindest in den meist größeren Diensten und Pflegeeinrichtungen, die sich an der Untersuchung beteiligt haben, immer stärkere Verbreitung. Nach den Ergebnissen einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation des Strukturmodells „[...] fördert und fordert das Strukturmodell die Pflegefachlichkeit, verdeutlicht jedoch auch Unterschiede in den Fähigkeiten von Pflegefachkräften mit formal gleicher Qualifikation“ (Wolf-Ostermann et al. 2017, S. VII). Vor dem Hintergrund dieser Evaluationsergebnisse wurde die Frage nach der Verbreitung des Strukturmodells in die Untersuchung aufgenommen.

- Inwieweit werden Pflegebedürftige und pflegende Angehörige durch neue konzeptionelle Ansätze in ihrer Selbständigkeit gestärkt?

In der Wahrnehmung der Pflegebedürftigen – in allen drei Sektoren wurden die Fragebögen zu großen Anteilen nicht allein von den pflegebedürftigen Personen, sondern mit Unterstützung durch Vertrauenspersonen ausgefüllt – nehmen Erhalt und Stärkung der Selbständigkeit eine wichtige Rolle in der pflegerischen Versorgung ein. Die vier Fragen, die speziell zu Aspekten der Selbstständigkeitsförderung gestellt wurden, fanden vor allem im teilstationären und vollstationären Bereich große Zustimmung, aber auch die ambulanten Dienste bieten ihren Klienten nach deren eigener Wahrnehmung zum größten Teil entsprechende Hilfen an. Inwieweit es sich dabei im Sinne der Fragestellung um „neue konzeptionelle Ansätze“ handelt wurde nicht vertiefend untersucht, da Pflegebedürftige bzw. Angehörige in Bezug auf pflegefachliche Konzepte in den meisten Fällen nicht auskunftsfähig sind.

- Wie hat sich die Versorgung einzelner Gruppen von Pflegebedürftigen (z.B. im Hinblick auf Geschlecht, sexuelle Identität oder Migrationshintergrund) entwickelt?

Ein Fünftel (ambulant) bis ein Drittel (vollstationär) der befragten Pflegeeinrichtungen geben an, dass sie über Konzepte oder besondere Leistungsangebote im Sinne einer Spezialisierung auf die Versorgung einer bestimmten Teilgruppe von pflegebedürftigen Menschen verfügen. Dabei sind Spezialisierungen auf Menschen mit (schwersten) demenziellen Erkrankungen am häufigsten.

---

Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund als ein Schwerpunkt ist selten (2 bis 4 % der Einrichtungen). Dabei ist nicht auszuschließen, dass sich Pflegeeinrichtungen mit einer solchen Spezialisierung nur unterproportional an der Untersuchung beteiligt haben. Darauf deutet die Tatsache hin, dass von dem Angebot, fremdsprachige Fragebögen für die Befragung der Pflegebedürftigen anzufordern, praktisch kein Gebrauch gemacht wurde.

Vor allem Pflegebedürftige in häuslicher Pflege äußern häufiger den Wunsch, durch eine Pflegekraft des gleichen Geschlechts versorgt zu werden. Nach Angaben der Leitungen der Pflegedienste kann diesem Wunsch von 27 % der Einrichtungen „immer“ und von weiteren 60 % „meistens“ entsprochen werden. Im voll- und teilstationären Sektor stellt sich die Situation ähnlich dar. Bezogen auf das Bedürfnis nach einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson ist somit zwar keine vollständige Befriedigung möglich, angesichts der personellen Ressourcenprobleme in der Pflege sind die berichteten Anteile jedoch relativ hoch. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe der antwortenden Pflegeeinrichtungen überproportional viele größere Einrichtungen umfasst, d.h. die Feststellung kann unter Umständen für kleinere Einrichtungen nicht in gleichem Maße zutreffen.

- Wie haben sich die Angebotsstrukturen durch die Einbeziehung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert?

Im Vergleich zur Situation vor 2017 hat die Bedeutung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Leistungsportfolio der ambulanten Dienste deutlich zugenommen. Dies zeigt sich sowohl an der Zahl der Menschen, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, als auch an einem gewachsenen Anteil der entsprechenden Vergütungspositionen an den Erlösen, die mit Sachleistungen gem. § 36 SGB XI erzielt werden.

Wie oben bereits erwähnt, haben etwa 40 % der ambulanten Dienste das überwiegend oder ausschließlich mit Betreuungsmaßnahmen befasste Personal aufgestockt.

Die befragten Pflegefachkräfte gaben zu mehr als zwei Dritteln an, dass sie persönlich an der Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen beteiligt sind. Etwa 42 % stellen eine Zunahme des Umfangs der Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen seit Anfang 2017 fest.

Etwa zwei Drittel der Leitungskräfte und mehr als drei Viertel der Pflegefachkräfte sind der Meinung, dass ihr Pflegedienst ein breites Spektrum von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen anbietet.

- Gab es konzeptionelle Veränderungen bei der Betreuung mit Auswirkungen auf die Finanzierungsstruktur der Einrichtungen?

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen haben für einen Teil der Dienste auch hinsichtlich der Finanzierungsstruktur an Bedeutung gewonnen. Im Jahr 2016 erzielten 32 % der Dienste mit den entsprechenden Leistungen (Betreuungsleistungen)

gem. § 124 SGB XI in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) mindestens 5 % ihrer Erlöse aus Sachleistungen, zum Befragungszeitpunkt war der Anteil der Dienste auf 49 % gewachsen.

## 10.2 Empfehlungen

Ziel des ersten Arbeitspakets war es, ein Konzept zur Unterstützung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bei der Anpassung ihrer fachlichen Konzepte und Prozesse im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Pflege innerhalb des durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgespannten Rahmens zu entwickeln. Im Hinblick auf dieses Ziel sind folgende Schlussfolgerungen zu ziehen bzw. Empfehlungen für eine Fortführung der Projektintentionen zu formulieren:

- Das im TRANSFORM-Projekt (AP 1) realisierte Workshop-Konzept hat sich bewährt und auch die teilnehmenden Einrichtungen haben dazu positive Rückmeldungen gegeben. Im Hinblick auf weitere Maßnahmen zur Unterstützung der Implementierung des neuen Pflegeverständnisses sollte auf diesem Konzept und den erarbeiteten Materialien aufgebaut werden.
- Im Hinblick auf den schriftlichen Leitfaden liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch keine Rückmeldungen der Zielgruppe vor, da der Leitfaden noch nicht publiziert ist. Mit Blick auf den potenziellen Stellenwert eines solchen Leitfadens ist zu empfehlen, Rückmeldungen zur Nutzbarkeit des Leitfadens aus der Pflegepraxis zu sammeln und die Ergebnisse bei künftigen Überarbeitungen zu berücksichtigen.
- Eine grundlegende Überarbeitung bzw. Ergänzung des Leitfadens ist zu empfehlen, wenn wichtige parallele Entwicklungen, wie die Instrumente der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich, das Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI) sowie die Anpassung der vertraglichen Grundlagen weiter fortgeschritten sind.

Der Prozess der Anpassung der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI steht zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des PSG II noch am Anfang. Dabei ist festzustellen, dass in mehreren bereits angepassten Verträgen – sowohl in Bezug auf die Formulierungen zu den Zielen und Inhalten pflegerischer Hilfen, als auch in der Ausgestaltung in Form der Vergütungssystematiken – vielversprechende Ansätze zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses zu erkennen sind.

- Grundsätzlich erscheint es wünschenswert, die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen „aktivierender Pflege“ und „gezielter Ressourcenförderung“, als dem in der Expertise von Wingenfeld/Büscher empfohlenen Weg zur Realisierung des Ziels der Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit, aus pflegewissenschaftlicher und ggf. auch aus vertragsrechtlicher Perspektive weiter zu klären und den Vertragspartnern in den Bundesländern entsprechende Orientierungshilfen zu geben.

Aus den empirischen Untersuchungen ergeben sich ähnliche Empfehlungen, wie aus den beiden anderen Untersuchungsteilen:

- Die mit dem neuen Pflegeverständnis erforderlichen Anpassungen pflegerischer Konzepte und Aufgaben in inhaltlich-qualitativer Hinsicht sollten den Pflegeeinrichtungen und den Beschäftigten im Rahmen eines strukturierten Prozesses vermittelt und die Implementierung in der Praxis unterstützt werden.
- Die Entwicklung von konkreten Handlungskonzepten, mit denen Aufklärung, Beratung und Anleitung sowie gezielte Ressourcenförderung von den Pflegenden umgesetzt werden können, sollte gefördert werden.

Die Arbeitsgruppe 3 der Konzierten Aktion Pflege (KAP) hat bereits Vereinbarungen zur Entwicklung einer Implementierungsstrategie getroffen<sup>44</sup>, mit der die Pflegeeinrichtungen bei der konzeptionellen und praktischen Umsetzung u.a. der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterstützt werden sollen. Damit sind wesentliche Empfehlungen dieser Studie bereits durch die KAP adressiert.

Auch in Bezug auf weitere oben genannte „Problemfelder“, wie die Schaffung der vertraglichen Grundlagen, die Verbesserung der Aus- und Fortbildungsangebote sowie die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit sind durch die KAP bereits Maßnahmen vereinbart worden, die auch aus Sicht dieser Untersuchung zu empfehlen sind.

---

<sup>44</sup> Vgl. Die Bundesregierung (2019): Konzierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, S. 98f. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/KAP\\_Vereinbarungen\\_AG\\_1-5.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Vereinbarungen_AG_1-5.pdf) (Auf-ruf 31.07.2019)

---

# 11. Anhang

---

- A1 Fragebogen für einrichtungsinternes „Audit“ zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis („Hausaufgabe“ aus Workshop I)**
- A2 Unterlagen zur Hausaufgabe Workshop II**
- A3 Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis**
- A4 Fragebögen**

## A1 Fragebogen für einrichtungsinternes „Audit“ zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis („Hausaufgabe“ aus Workshop I)

### Projekt TRANSFORM: Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis



IGES Institut ♦ Friedrichstraße 180 ♦ 10117 Berlin ♦ Kontakt: transform@iges.com

#### Fragen für einrichtungsinternes „Audit“ (bis zum Workshop II)

1. Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit stellt den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit in der pflegerischen Versorgung in den Mittelpunkt.
  - Entspricht Ihr einrichtungsbezogenes Verständnis von Pflege und Betreuung (Leitbild) dieser neuen Ausrichtung? Bitte benennen Sie konkrete Formulierungen, die diese Haltung unterstützen bzw. eher angepasst werden müssten.
2. Das neue Pflegeverständnis setzt voraus, dass der Erhalt der Selbständigkeit als Handlungsorientierung in den Pflegeprozess einfließt. Hierbei sind die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person einzubeziehen.
  - Inwieweit wurde diese Handlungsorientierung bereits mit den MitarbeiterInnen thematisiert und reflektiert?
  - Wie wird diese Neuorientierung erkennbar im Alltag umgesetzt?
  - Welche Hilfestellungen erhalten die MitarbeiterInnen dazu im pflegerischen Alltag?
  - Sehen Sie Schulungsbedarfe bei Ihren MitarbeiterInnen und wenn ja, welche qualifikationsbezogenen Unterschiede gibt es?
3. Ein weiterer Grundgedanke bei der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die zielgerichtete Ressourcenförderung. Büscher und Wingenfeld definieren diese als „zielgerichtetes, in der Pflegeplanung fixiertes Vorgehen, bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert und aus dem engen Rahmen der Alltagsverrichtungen herausgelöst werden“.
  - Verfügt Ihre Einrichtung in diesem Sinne über abgrenzbare Leistungen, die sich im Rahmen Ihrer einrichtungsbezogenen Pflege-/Maßnahmenplanung wiederfinden?
  - Welche konkreten Maßnahmen sind das?
4. Weiterhin ist der Ausbau von pflegerischer Aufklärung, Beratung und Anleitung eine wichtige Aufgabe für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Beratung und Anleitung sind demnach abgrenzbare und auf längere Zeit angelegte Hilfen für Pflegebedürftige und Angehörige mit dem Ziel, deren (Selbst-)Pflegekompetenz zu verbessern und pflegebedingte Belastungen zu reduzieren. (Hiermit nicht gemeint ist die Beratung zu sozialrechtlichen Ansprüchen.)
  - Bieten Sie solche abgrenzbaren Leistungen zur Aufklärung, Beratung und Anleitung bereits an?
  - Sind diese Leistungen konzeptionell hinterlegt?
  - Finden die Leistungen Eingang in die Pflege-/Maßnahmenplanung?
5. Pflege-/Maßnahmenplanung: Die neue Herangehensweise impliziert, dass bei der Auswahl von Maßnahmen zunächst geprüft wird, inwieweit durch gezielte Aufklärung, Beratung und Anleitung bzw. zielgerichtete Ressourcenförderung die Selbständigkeit so weit wie möglich erhalten bleiben und gefördert werden kann oder ob eine Übernahme von pflegerischen Hilfen notwendig ist.
  - Ist die Steuerung des Pflegeprozesses in Ihrer Einrichtung auf diese Maßgabe ausgerichtet?

**Anregung:** Prüfen Sie anhand von zwei bis drei Pflegedokumentationen, ob sich diese einige der Grundgedanken des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in Ihrem pflegerischen Alltag wiederfinden. Bitte bringen Sie konkrete Beispiele zum nächsten Workshop mit.

## A2 Unterlagen zur Hausaufgabe Workshop II

### Anleitung und beispielhafte pflegerische Hilfen

#### Projekt TRANSFORM Ambulante Einrichtungen

IGES Institut ♦ Friedrichstraße 180 ♦ 10117 Berlin

Sehr geehrte Pflegefachkraft

Ihre Hilfe ist gefragt! Im Rahmen des Projektes TRANSFORM arbeitet das IGES Institut aus Berlin zusammen mit Ihrer Einrichtung an der Umsetzung von Maßnahmenkonzepten im Bereich der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen.

Sie erhalten heute ein Fragebogenpaket. Bitte bearbeiten Sie die enthaltenden Unterlagen und gehen Sie dabei wie in der unten aufgeführten Anleitung vor.

Nach Abschluss geben Sie die ausgefüllten Dokumente bitte wieder der zuständigen Ansprechpartnerin oder dem Ansprechpartner für das Projekt innerhalb Ihrer Einrichtung. Bitte zögern Sie nicht, diese Person auch bei auftretenden Fragen zur Bearbeitung zu kontaktieren.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

#### ANLEITUNG

In dem vorliegenden Fragebogenpaket sind folgende Unterlagen für Sie enthalten:

- Eine Liste mit pflegerischen Maßnahmen für pflegebedürftige Personen (Maßnahmen A) und pflegerische Maßnahmen für Personen aus deren sozialen Umfeld (Angehörige und weitere Personen; Maßnahmen B)
- Fünf Fragebögen zur Beurteilung der pflegerischen Maßnahmen
- Ein abschließender Bewertungsbogen

**Schritt 1:** Die Liste mit pflegerischen Maßnahmen enthält fünf Schilderungen von Lebenslagen und pflegerischen Aufgaben, die einer bestimmten Zielgruppe zugeordnet wurden sowie die Beschreibung von Maßnahmen und Übungsprogrammen, die zur Bewältigung der Situation beitragen oder individuelle Ressourcen fördern. Bitte lesen Sie sich diese zunächst in Ruhe durch.

**Schritt 2:** Nehmen Sie anschließend die Fragebögen zur Hand und wählen Sie aus Ihrer Tour die fünf Kunden aus, die als nächstes Geburtstag haben (auf diese Weise ist sichergestellt, dass eine Zufallsauswahl erfolgt).

**Schritt 3:** Gehen Sie nun pro Kunde jede Maßnahme gedanklich durch und beurteilen Sie diese im Fragebogen entlang der Fragestellungen. Sollten Ihnen für den jeweiligen Kunden dabei weitere Ideen zu anderen geeigneten Maßnahmen einfallen, nutzen Sie bitte die Freifelder auf der zweiten Seite des Fragebogens.

**Schritt 4:** Wenn Sie die Fragebögen für Ihre ausgewählten Kunden beantwortet haben, füllen Sie bitte am Ende noch den abschließenden Bewertungsbogen aus.

## A. Maßnahmen mit der pflegebedürftigen Person

### A.1 Mobilitätstraining

*Lebenssituation und pflegerische Aufgabe:* Die pflegebedürftige Person ist in der Mobilität beeinträchtigt. Nach Ihrer pflegfachlichen Einschätzung könnte bei einer gezielten und regelmäßigen Aktivierung oder einer Trainingsmaßnahme jedoch eine Verbesserung der Mobilität erreicht werden (bzw. man könnte es zumindest versuchen). Beispiel 1: Für den Transfer wird in der Regel der Rollstuhl benutzt. Möglicherweise könnte die Person jedoch schrittweise wieder an ein eigenständiges Gehen gegebenenfalls mit Rollator herangeführt werden. Beispiel 2: Die Person nutzt aus einem Unsicherheitsgefühl stets einen Rollator. Möglicherweise könnte die Gangsicherheit so verbessert werden, dass ein Gehen mit Gehstock möglich wird.

*Zielgruppe der Maßnahme:* Pflegebedürftige Person gegebenenfalls unter Beteiligung von Angehörigen

*Beschreibung der Maßnahme:* Je nach konkreter Situation wird ein zeitlich befristetes, individuelles Mobilitätstraining durch geeignete und geschulte Fachkräfte (Krankenpfleger/Altenpfleger/Physiotherapeut etc.) durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein von Ihrem Pflegedienst festgelegtes Trainingsprogramm. Die pflegebedürftige Person und gegebenenfalls die Angehörigen stimmen der Maßnahme zu und mit dem Hausarzt wird über eventuelle gegenläufige Aspekte gesprochen. Das individuell festgelegte Programm wird regelmäßig hinsichtlich der Zielerreichung überprüft und im Hinblick auf die Fortführung evaluiert. Eventuell werden Angehörige der pflegebedürftigen Person in die Umsetzung des Trainings einbezogen, informiert und beraten.

### A.2 Ergotherapeutisches Training zur Verbesserung der Feinmotorik

*Lebenssituation und pflegerische Aufgabe:* Die pflegebedürftige Person hat Einschränkungen in der Beweglichkeit ihrer Finger und mit der Kraft in ihren Händen sowie gelegentlich auftretende Schmerzen. Diese Einschränkungen führen dazu, dass ihr bei den Mahlzeiten mitunter das Besteck entgleitet und sie bei dem Toilettengang ihre Kleidung nicht rechtzeitig öffnen kann. Nach Ihrer Einschätzung kann bei der pflegebedürftigen Person durch ein gezieltes individuelles Übungs- und Trainingsprogramm, eventuell sogar mit einer abgestimmten Schmerztherapie, eine Verbesserung der Feinmotorik erreicht werden.

*Zielgruppe der Maßnahme:* Die pflegebedürftige Person gegebenenfalls unter Einbezug der Angehörigen

*Beschreibung der Maßnahme:* Es handelt sich um ein ergotherapeutisches Übungsprogramm, das mit der pflegebedürftigen Person vereinbart wird. Das Programm wird von einer Ergotherapeutin oder einer entsprechend geschulten Pflegefachkraft durchgeführt. Das Programm umfasst eine festgelegte Zahl von Übungseinheiten, der Erfolg wird im Verlauf überprüft. Eventuell werden die Angehörigen einbezogen, um tägliche Übungen zu unterstützen und deren Wirkung zu beobachten.

### A.3 Begleitung zur Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten

*Lebenssituation und pflegerische Aufgabe:* Für die pflegebedürftige Person haben bestimmte Aktivitäten außerhalb der Wohnung lange Zeit eine wichtige Rolle gespielt (z. B. Friedhofsbesuche, Einkäufe, Kirchgang usw.). Seit sie pflegebedürftig geworden ist, übt sie diese Aktivitäten zunehmend seltener oder gar nicht mehr aus. Sie als Pflegefachkraft haben die Einschätzung, dass sich durch die Aufgabe dieser Aktivitäten die Gesamtsituation der pflegebedürftigen Person verschlechtert hat (äußeres Erscheinungsbild, Tagesstruktur, Stimmungslage usw.). Die Wiederaufnahme dieser Aktivitäten erscheint bei Begleitung möglich.

*Zielgruppe der Maßnahme:* Pflegebedürftige Person

*Beschreibung der Maßnahme:* Ihr ambulanter Pflegedienst vereinbart mit der pflegebedürftigen Person, dass sie regelmäßig zu den entsprechenden Aktivitäten ermutigt und dabei begleitet wird. Diese pflegerische Betreuungsmaßnahme kann zusätzlich dazu beitragen, dass Alltagsfähigkeiten (Haushaltsführung, Kontaktpersonen usw.) erhalten bleiben.

... weiter geht es auf der nächsten Seite

---

## **B. Maßnahmen mit Personen aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Nachbarn) oder anderen beteiligten Berufsgruppen**

### **B.1 Schulung Mobilisierungstechniken**

*Lebenssituation und pflegerische Aufgabe:* Die pflegebedürftige Person ist in der Mobilität beeinträchtigt. Eine regelmäßige und fachgerechte Mobilisierung würde die noch erhaltene Mobilität stabilisieren oder sogar verbessern. Im sozialen Umfeld ist mindestens eine Person vorhanden, die eine solche regelmäßige Mobilisierung durchführen könnte – der aber die erforderlichen Kenntnisse fehlen, die sich das nicht traut, die unsicher ist usw.

*Zielgruppe der Maßnahme:* Angehörige, Freunde, Nachbarn der pflegebedürftigen Person

*Beschreibung der Maßnahme:* Ein Trainingsprogramm, das die Fähigkeiten vermittelt, die für Mobilisierung dieser konkreten pflegebedürftigen Person geeignet und angemessen sind. Dabei handelt es sich nicht nur um eine kurze Anleitung oder Wissensvermittlung, sondern eher um ein „Coaching“, d.h. Sie üben mit der Zielperson. Für die Schulung legt Ihr Pflegedienst eine Art „Lehrplan“ fest, der die Anzahl der Übungseinheiten, die Gesamtdauer usw. enthält. Die Zielperson wird vor Beginn über die Einzelheiten des Schulungsprogramms informiert.

### **B.2 Anleitung und Beratung zum Zusammenleben mit demenziell erkrankten Menschen**

*Lebenssituation und pflegerische Aufgabe:* Die pflegebedürftige Person leidet an einer fortschreitenden Demenz und lebt im Haushalt eines ihrer Kinder. Die zunehmende Vergesslichkeit und ein immer stärker auftretendes problematisches Verhalten führen zu einer starken Belastung der pflegenden Angehörigen. Sie als Pflegefachkraft sind der Auffassung, dass die Hauptpflegeperson und die übrige Familie in der Bewältigung dieser Situation durch Informationen, Aufklärung und gezielte Anleitungen gestärkt werden können.

*Zielgruppe der Maßnahme:* Hauptpflegeperson und weitere Angehörige

*Beschreibung der Maßnahme:* Nach einem klärenden Gespräch mit der Hauptpflegeperson wird folgendes vereinbart: Es erfolgt ein Hausbesuch durch eine speziell geschulte Fachkraft (z. B. gerontopsychiatrische Pflegefachkraft/speziell geschulte Sozialarbeiterin). Im Rahmen einer Familienkonferenz wird die Situation aus der jeweiligen Sicht geschildert. Es werden Fragen beantwortet, Informationen zum Krankheitsbild gegeben und typische Reaktionsmuster der pflegebedürftigen Person erläutert sowie Hinweise zu einem veränderten Umgang damit besprochen. Mit der Familie wird eine schrittweise Erprobung verabredet. Dieses Beratungs- und Interventionsprogramm wird für einen festen Zeitraum (z. B. 4 Wochen) verabredet. Bei Bedarf leistet Ihr Pflegedienst gezielte zusätzliche Unterstützung. Danach erfolgt eine Evaluation durch eine erneute Familienkonferenz.

## Fragebogen/Checkliste (für bis zu fünf Pflegebedürftige zu bearbeiten)

TRANSFORM

FRAGEBOGEN AMBULANT

Einrichtung Nr.: 1	Pflegefachkraft Nr.: 1	Fragebogen Nr.: 1					
Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Wie lange wird der Kunde bzw. die Kundin bereits durch Ihre Einrichtung versorgt? weniger als drei Monate <input type="checkbox"/> drei bis sechs Monate <input type="checkbox"/> länger als sechs Monate <input type="checkbox"/>							
Bitte beurteilen Sie, ob die folgenden vier pflegerischen Maßnahmen für diesen Kunden bzw. diese Kundin in Frage kommen, weil sie ... <ul style="list-style-type: none"> <li>... die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen bei der Bewältigung der Lebenssituation unterstützen oder</li> <li>... zur individuellen Förderung der Selbständigkeit beitragen können</li> </ul>							
	Kommt diese Maßnahme für den Kunden bzw. die Kundin/den Angehörigen aus Ihrer fachlichen Sicht in Frage?  <i>falls nein: Bitte weiter mit der nächsten Maßnahme</i>	Wurde diese (oder eine ähnliche) Maßnahme bereits mit dem Kunden bzw. der Kundin/dem Angehörigen durchgeführt?	Wie groß wäre aus Ihrer Sicht der Nutzen dieser Maßnahme für den Kunden bzw. die Kundin/den Angehörigen?		Würde der Kunde bzw. die Kundin/der Angehörige das Angebot annehmen?		
<b>Pflegerische Maßnahmen für Bewohner/Bewohnerin</b>	ja    nein	ja    nein	eher groß	eher klein	eher ja	eher nein	
A1. Mobilitätstraining	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A2. Ergotherapeutisches Training zur Verbesserung der Feinmotorik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
A3. Begleitung zur Teilnahme an außerhäuslichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Pflegerische Maßnahmen für Angehörige</b>	ja    nein	ja    nein	eher groß	eher klein	eher ja	eher nein	
B1. Schulung Mobilisierungstechniken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B2. Anleitung und Beratung zum Zusammenleben mit demenziell erkrankten Menschen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
...weiter geht es auf der nächsten Seite							

Kontakt: transform@iges.com

TRANSFORM

FRAGEBOGEN AMBULANT

**Ideen für weitere neue Maßnahmen und Übungsprogramme, die es bisher noch nicht gibt oder die Sie nicht einsetzen können**

Unabhängig von den vier Maßnahmen auf der vorigen Seite:  
Gibt es aus Ihrer Sicht andere Programme oder Maßnahmen (Schulung, Beratung, Anleitung, Information), die bei diesem Kunden bzw. dieser Kundin oder den Angehörigen zu einer besseren Bewältigung der Lebenssituation oder zu einer Förderung der Selbständigkeit beitragen könnten?

Vorschlag 1:

Vorschlag 2:

Vorschlag 3:

**Haben Sie zusätzliche Anmerkungen zu dieser pflegebedürftigen Person?**

## Abschlussfragebogen

TRANSFORM

ABSCHLUSSFRAGEBOGEN AMBULANT

Einrichtung Nr.: 16	Pflegefachkraft Nr.: 5				
<b>Zum Abschluss noch ein paar übergreifende Fragen</b>					
Wir haben Sie gebeten, für bis zu fünf Ihrer Kunden zu prüfen, ob die im Fragebogen aufgelisteten pflegerischen Maßnahmen für diese Person in Frage kommen. Dabei sollten Sie vor allem berücksichtigen, ob die Maßnahme, <ul style="list-style-type: none"> <li>• ... die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen bei der <b>Bewältigung der Lebenssituation</b> unterstützen oder</li> <li>• ... zur <b>individuellen Förderung der Selbständigkeit</b> beitragen könnte.</li> </ul>					
<b>Welche Erfahrungen haben Sie bei der Bearbeitung dieser Fragen gemacht?</b>					
Bitte kreuzen Sie an, wie stark die folgenden Aussagen auf Ihre persönlichen Erfahrungen bei der Bearbeitung des Fragebogens zutreffen. Falls möglich, möchten wir Sie bitten uns kurz zu erläutern, weshalb Sie zu der jeweiligen Einschätzung kommen.					
	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Teils, teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich fand es ungewohnt zu beurteilen, ob eine abgefragte Maßnahme zur „Bewältigung der Lebenssituation“ einer pflegebedürftigen Person beitragen kann.	<input type="checkbox"/>				
Nähere Erläuterungen zu Ihrer Antwort: _____					
Ich fand es ungewohnt zu beurteilen, ob die Maßnahmen für die Angehörigen oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld in Frage kommen.	<input type="checkbox"/>				
Nähere Erläuterungen zu Ihrer Antwort: _____					
Die abgefragten Maßnahmen sind für uns nichts Neues, wir setzen so etwas bereits regelmäßig um.	<input type="checkbox"/>				
Nähere Erläuterungen zu Ihrer Antwort: _____					



**A3 Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis****A4 Fragebögen**

---

### Literaturverzeichnis

- Beikirch E, Nolting H-D, Wipp M (Hrsg.) (2017). Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Hannover: Vincentz
- Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2017): Präambel zum Fachbericht Pflege. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege\\_Praeambel.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege_Praeambel.pdf) (Aufruf: 30.06.2019)
- Geerdes S, Schwinger A (2012). Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 9. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Hoffer H (2017). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2017. S. 13-23. Stuttgart: Schattauer.
- Wingenfeld K, Büscher A (2017). Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht\\_Pflege.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf) (Aufruf: 30.06.2019)
- Wolf-Ostermann K, Langer G, Bratan T, Seibert K, Hanf M, Richter C, Aichinger H, Peschke D (2017). Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (EVASIS). Abschlussbericht. Berlin: GKV-Spitzenverband. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/evasis/2017-09\\_EvaSIS\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf) (Aufruf: 30.06.2019)
- Yura M, Walsh H (1973). The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. 2<sup>nd</sup> Ed., New York: Appleton-Century-Crofts.
-