

# 1. Quatro: Ergebnisse der Betriebsdatenerhebung

## 1.1 Ziel

Von März 1996 bis April 1996 wurden in den 10 Gelsenkirchener Pflegediensten, die an dem Projekt Quatro teilnehmen, Experteninterviews und eine Betriebsdatenerhebung durchgeführt. Anhand der daraus resultierenden Ergebnisse entsteht erstmals ein systematischer Überblick über die Betriebsstruktur der teilnehmenden Dienste. Die Analyse ermöglicht jetzt jedem Dienst, seine individuellen Firmendaten mit den anonymen Durchschnittsdaten der Betriebe zu vergleichen und daraus seine Schlüsse für den eigenen Betrieb zu ziehen. Weiterhin ist die folgende Zusammenfassung der Ergebnisse in Verbindung mit einer Kundenbefragung eine entscheidende Grundlage für die gemeinsam mit den Betrieben zu entwickelnden Qualifizierungsmodule.

## 1.2 Methode

Der standardisierte Interviewleitfaden und Betriebsdatenerfassungsbogen wurde vom Institut Arbeit und Technik mit Konkret Consult Ruhr abgestimmt. Die Betriebsdatenerhebung erfolgte noch direkt nach den mündlichen Experteninterviews in den Betrieben und wurde von den Interviewern in dem Erfassungsbogen schriftlich festgehalten. Bei der statistischen Auswertung sind insbesondere Merkmale herausgearbeitet, die für das Projekt bedeutsam sind. Aus Datenschutzgründen wird auf Datenmaterial verzichtet, das eine eindeutige Identifizierung einzelner Betriebe ermöglicht.

## 1.3 Ergebnisse

### 1.3.1 Betriebsdaten

Private Pflegedienste sind junge Unternehmen: Alle an dem Gelsenkirchener Projekt beteiligten Dienste wurden im Zeitraum von 1992 bis 1995 *gegründet* und sind durchschnittlich erst 3 Jahre alt. Als *Rechtsform* wählten 4 Unternehmen eine GmbH und 4 Betriebe die GbR. Ein Unternehmen wechselt demnächst von der GbR zur GmbH. Lediglich 1 Pflegedienst wird von einem Einzelunternehmer geführt.

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

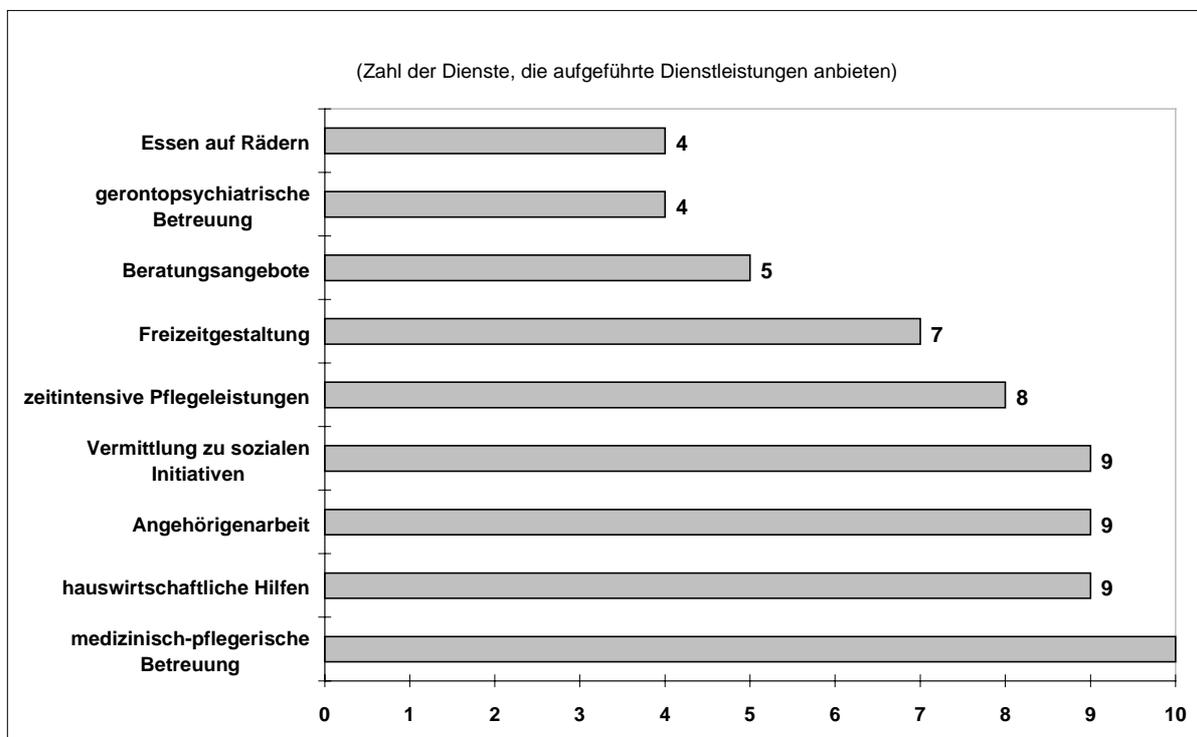
Von allen *Kunden* werden durchschnittlich 82% Senioren gepflegt. Im weitaus geringerem Umfang betreuen Pflegedienste 8,4% Behinderte. Weitere 9,2% der Kunden verteilen sich auf psychisch Kranke, Methadonisten und Alkoholiker. Nur bei 2,3% der insgesamt Betreuten handelt es sich um Kinder.

Das *Durchschnittsalter aller Kunden* liegt bei 70 Jahren. 7 Dienste betreuen Kunden im Alter von durchschnittlich 73 Jahren, 3 Dienste im durchschnittlichen Alter von nur 63 Jahren.

Folgende Zahlen verdeutlichen, daß das Alter der Kunden jedoch teilweise wesentlich höher liegt, als im Durchschnitt (70 Jahre) angegeben: So betreut z. B. ein Pflegedienst 5% seiner Kunden im Alter von 90 - 99 Jahren und 33% seiner Kunden im Alter von 80 - 89 Jahren.

Fast alle erbrachten *Dienstleistungen* werden von den Pflegediensten selbst angeboten und nur wenige weitervermittelt. Medizinisch-pflegerische Betreuung bieten alle 10 Dienste an. Hauswirtschaftliche Hilfen offeriert demnächst auch der letzte Dienst; damit ist diese Leistung bei allen Diensten im Programm. Desweiteren werden bei fast allen Betrieben Angehörigenarbeit, Vermittlung zu sozialen Initiativen und zeitintensive Pflegeleistungen als Dienstleistung vorgehalten (Abb. 1).

**Abb. 1: Angebotene Dienstleistungen**



© IAT 6/1996

Freizeitgestaltung wird zwar von 7 Diensten angeboten, nimmt aber eine ganz unterschiedliche Intensität ein: Mit Freizeitangeboten sind z. B. Spazierengehen, Kaffetrinken und Gespräche gemeint. Nur ein Dienst führt regelrechte Ausflüge in einem Kleinbus durch. Die Hälfte der Dienste hält Beratungsangebote wie soziale Beratung, psychiatrische Beratung sowie Angehörigenberatung (Pflegetechniken, Pflegeversicherung, Einweisung in technische Hilfsmittel) vor. Gerontopsychiatrische Betreuung und „Essen auf Rädern“ wird von 4 Pflegediensten angeboten. Von den Diensten, die „Essen auf Rädern“ anbieten, zählen 3 zu den größten Betrieben. 6 Pflegedienste bieten selbst noch unterschiedliche Spezialdienste an wie z. B. Pflege für Beatmungspatienten oder Methadonisten, aber auch Fußpflege und Frisieren. Ein Dienst hat weiterhin eine ambulante Tagespflege im Angebot, ein anderer Dienst plant eine Tagespflege sowie kleinere Wohnungsumbauten. Die *Vermittlung von Dienstleistungen* ande-

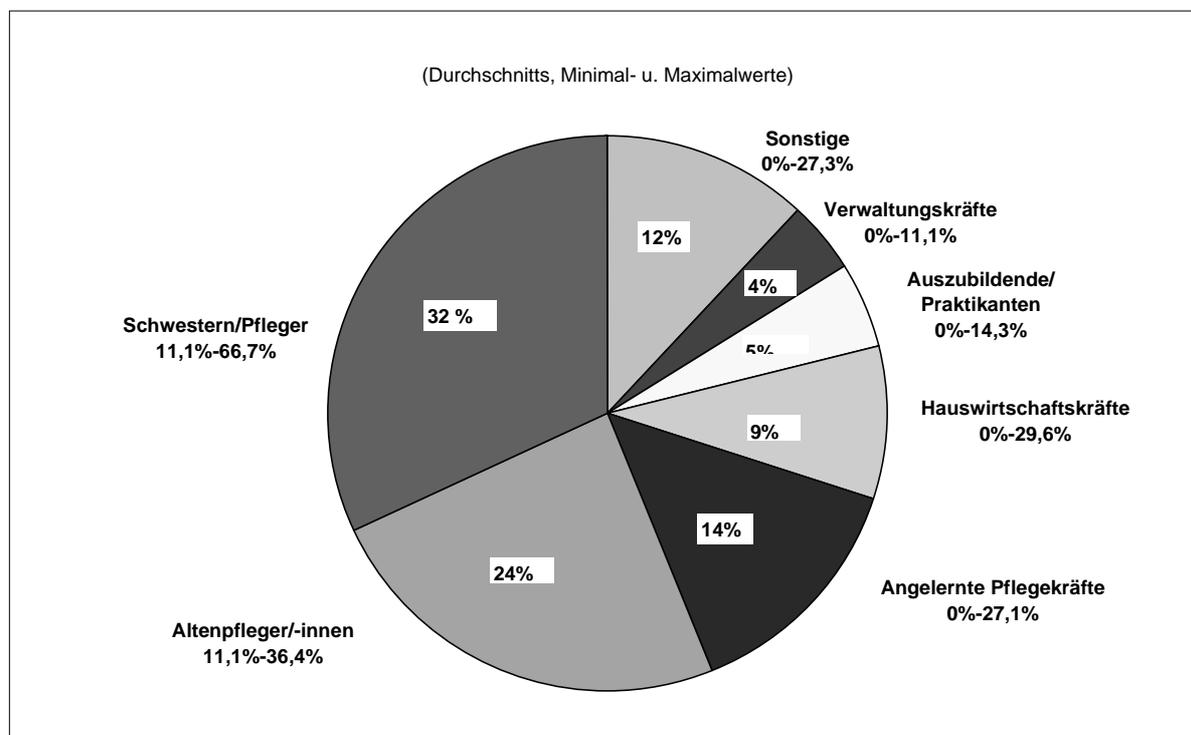
rer Anbieter reduziert sich auf 2 Dienstleistungen: Die Hälfte der Dienste vermittelt jeweils „Essen auf Rädern“ und therapeutische Maßnahmen.

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

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

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

**Abb. 2: Personalstruktur**



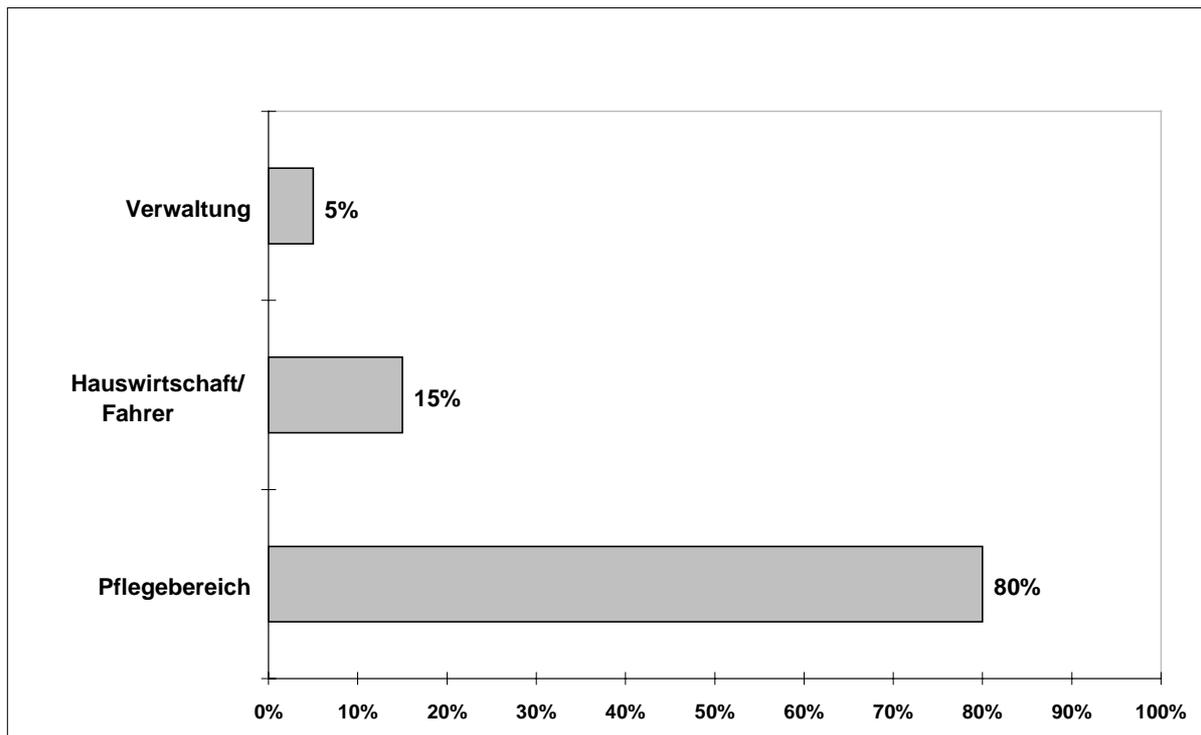
© IAT 6/1996

Zwischen den Betrieben gibt es jedoch große Abweichungen. So schwankt der Anteil der examinierten Krankenschwestern und Krankenpfleger in den einzelnen Betrieben zwischen

11,1% und 66,7%, der examinierten Altenpfleger/Innen zwischen 11,1% und 36,4% sowie der angeleiteten Pflegekräfte zwischen 0% und 27,1%.

Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten werden vor allem im *Pflegebereich* eingesetzt. So arbeiten 80% der Mitarbeiter/Innen im Pflegebereich, 15% in der Hauswirtschaft und als Fahrer sowie nur 5% in der Verwaltung (Abb. 3).

**Abb. 3: Einsatzbereiche der Mitarbeiter/Innen**

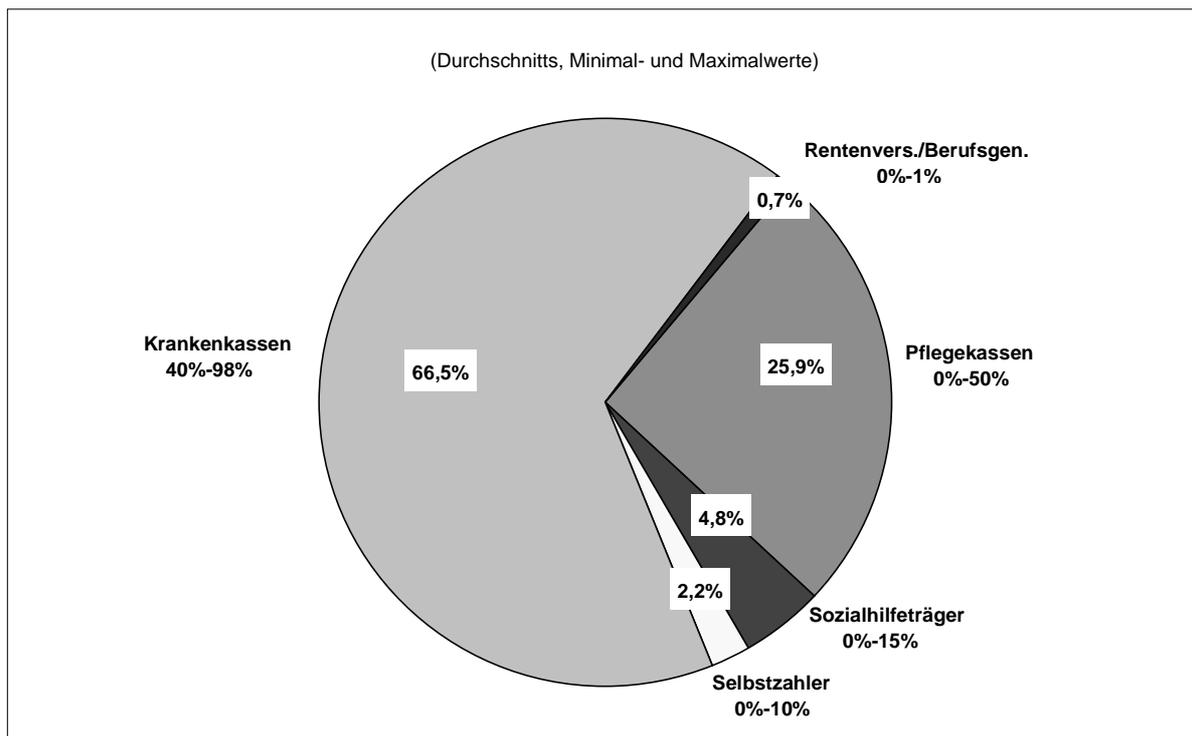


© IAT 6/1996

Krankenkassen sind mit 66,5% die größte *Finanzierungsquelle* der Pflegedienste. Pflegekassen finanzieren durchschnittlich nur 25,9% der erbrachten Leistungen. Desweiteren folgen Sozialhilfeträger (4,8%), Selbstzahler (2,2%), Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger (0,7%).

Auch hier sind hohe Abweichungen bei einzelnen Diensten zu verzeichnen. Die Finanzierung über Krankenkassen variiert zwischen 40% und 98%, über Pflegekassen 0% bis 50%, über Selbstzahler 0% bis 10% und über Sozialhilfeträger 0% bis 15% (Abb. 4).

**Abb. 4: Finanzierungsquellen**



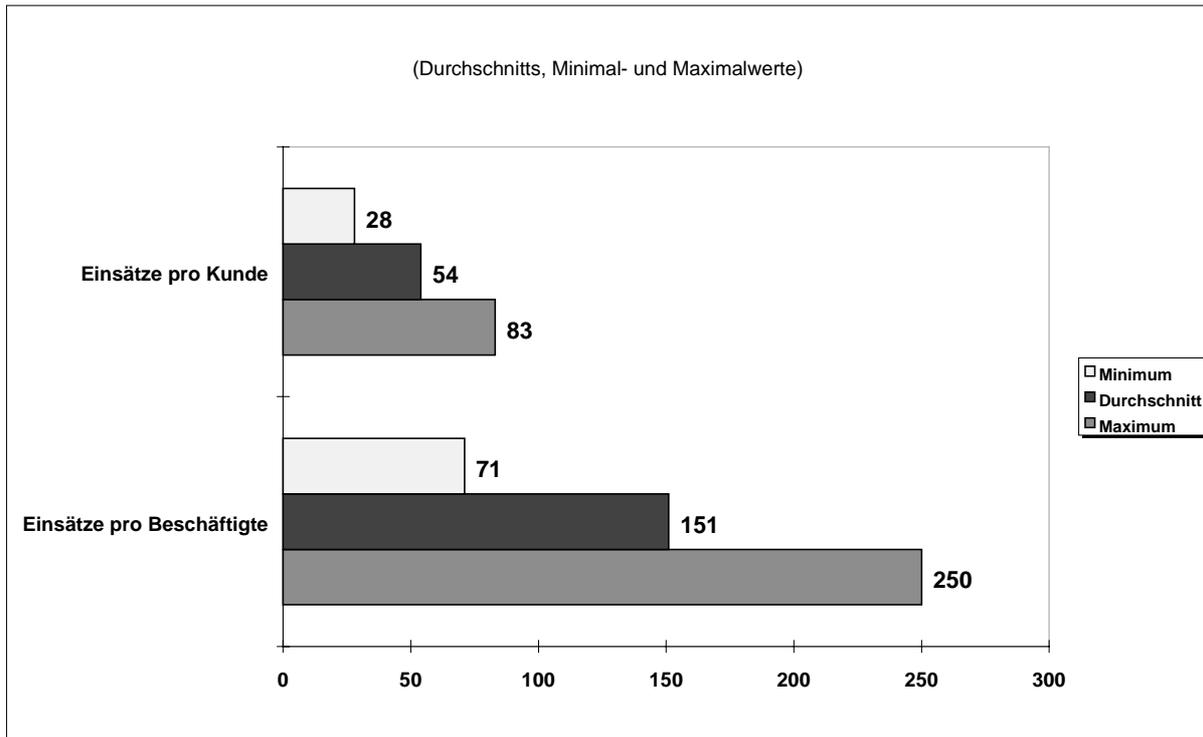
© IAT 6/1996

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

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

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

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



© IAT 6/1996

### 1.3.2 Betriebsabläufe

Der *Organisationsablauf* eines Tages im Betrieb der Pflegedienste ist je nach Dienst unterschiedlich. Bestimmte Merkmale lassen sich jedoch verallgemeinern. So sind die durchschnittlichen Dienstzeiten der Pflegekräfte in der Frühschicht von 6.30 bis 13.30 Uhr und in der Spätschicht von 14.30 bis 20.30 Uhr. Dienstbeginn ist meistens in den Räumen des Pflegedienstes. Zu Beginn der Frühschicht treffen sich die diensthabenden Pflegekräfte zum Austausch der neuesten und wichtigsten Informationen über Kunden und die geplante Pflgetour. Die Besprechung der Tagedtour wird unterschiedlich gehandhabt: Entweder über die Pflegedienstleitung persönlich, über das Übergangsbuch, in das jede diensthabende Kraft hineinschaut, oder eine Wandtafel, bzw. es wird eine Mischform dieser drei Wege gewählt. Die Mitarbeiter/Innen bringen sich so auf den aktuellen Stand der Dinge, erfahren ihre Tagedtour sowie besondere Informationen und können sich auf ihre Kunden vorbereiten.

Vor Tourbeginn werden notwendige Medikamente, Pflegehilfsmittel und der im Dienst deponierte Patientenschlüssel mitgenommen. In den meisten Diensten ist die Pflegedienstleitung für die Bestellung und Organisation der Rezepte verantwortlich; in einigen Diensten besorgen diensthabende Pflegekräfte die Pflegehilfsmittel und Medikamente selbst. Spätestens mittags, nach Beendigung der Frühschicht, treffen sich alle Mitarbeiter/Innen wieder in der Einrichtung. Dort werden neueste Informationen über Kunden ausgetauscht sowie Medikamente, Schlüssel und Pflegehilfsmittelbestellungen weitergeleitet. Die diensthabende Spätschicht informiert sich anschließend wiederum über neueste Patientendaten vom Tage und beginnt nachmittags gegen 14.30 Uhr die zweite Tour. Bei Bedarf werden spätabends noch ein drittes Mal Kunden besucht.

Neben der täglichen *internen Pflegeübergabe* haben 5 Pflegedienste wöchentlich einen zusätzlichen Termin für circa 2 Stunden eingerichtet, an dem alle Kunden ausführlich durchgesprochen werden. Dabei kommen auch noch andere Themen zur Sprache wie Dienstanweisungen, Verbesserungsvorschläge und anstehende Probleme oder Konflikte, die gelöst werden müssen. In der anderen Hälfte der Dienste findet eine Kundenbesprechung jede 3. Woche oder 1 mal im Monat statt. Nur in einem Dienst werden überhaupt keine außerordentlichen Kundenbesprechungen durchgeführt.

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

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

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

Die *Erfassung* der erbrachten Pflegeleistung erfolgt 1 mal täglich durch die Pflegekraft. Am Monatsende werden alle Leistungserfassungen für die Gesamtabrechnung zentral in der Verwaltung zusammengestellt. Während der Gründungsphase *rechnet* ein großer Teil der Pflegedienste die erbrachten Leistungen noch direkt mit den Kassen ab. Viele Kassen haben nach

Erfahrung der Pflegedienste jedoch eine „schlechte Zahlungsmoral“, d. h., das Geld für die Pflegeleistung wird erst bis zu 8 Wochen später von den Kassen erstattet. Daher sind 2/3 der Dienste dazu übergegangen, die erbrachten Leistungen über ein Abrechnungszentrum abzurechnen; dies hat den Vorteil, daß die Liquidität der Betriebe verbessert und Verwaltungskosten gespart werden können. 1/3 der Pflegedienste rechnet jedoch weiterhin direkt mit den Kassen ab und sieht keine Schwierigkeit mit dieser Abrechnungspraxis. Mit Privatzählern rechnen fast alle Dienste direkt ab. Außerdem geben alle Dienste ihre *Buchführung* (u. a. Lohn- und Gehaltsabrechnungen) zu einem professionellen Steuerberater.

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

*EDV* hat auch in Pflegediensten Fuß gefaßt. Bis auf Ausnahmen wird der Schriftverkehr durchweg über ein Textverarbeitungsprogramm abgewickelt. Zum Teil sind EDV-Programme, z. B. in der Kundenstammdatenverwaltung eigenhändig von den Inhabern produziert. Es gibt aber auch schon Pflegedienste, die mit professionellen Pflegeplanungs- und Pflegeabrechnungsprogrammen arbeiten oder dies in Planung haben.

### 1.3.3 Personalführung

*Personalentwicklung* wird von den meisten Betrieben nicht systematisch betrieben. Es gibt Betriebe, die nicht weiter wachsen wollen, und deshalb kein weiteres Personal einstellen. Wenn neues Personal eingestellt wird, dann nur nach aktuellem Bedarf. 4 Dienste setzen sich bewußt mit Personalentwicklung auseinander und planen nach bestimmten Richtgrößen, z. B. Einsatz von Mitarbeiter/Innen pro Kunde.

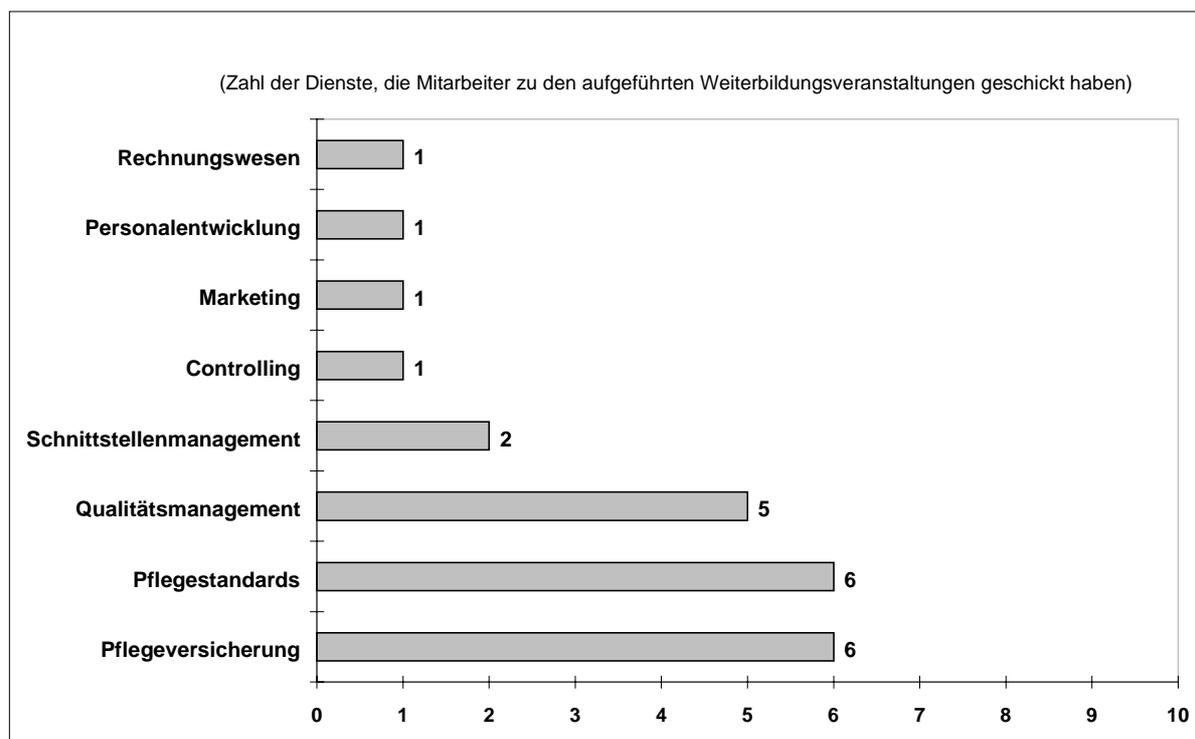
Bei *Einstellungsgesprächen* sind Zeugnisse die Grundlage des Gesprächs. Wichtiger als Noten und Referenzen ist jedoch der persönliche Eindruck und das Gefühl, daß die „Chemie“ zwischen den Personen stimmt. Persönliches Auftreten, soziale Eignung und ein Gesamtverständnis für die Pflege werden als weitere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

Die Hälfte der Betriebe ermöglicht seinen Mitarbeiter/Innen die Teilnahme an internen und externen *Fort- und Weiterbildungen*. In 3 dieser Betriebe finden vorrangig interne Fortbildungen statt: entweder 1 mal monatlich oder in unterschiedlichen Abständen, oft auch in Kombination mit Dienstbesprechungen. Zum Teil bereiten die Beschäftigten eine Fortbildung selbst vor, oder die Fortbildung wird von einer dafür verantwortlichen Mitarbeiterin organisiert. Das

Themenspektrum der internen Fortbildungsveranstaltungen kommt vorrangig aus dem Pflegebereich und kann Dekubitusprophylaxe, Thrombosepflege, Pflegeethik oder Einweisungen von Geräteherstellern betreffen.

Wenn ein wichtiges und nutzbringendes Weiterbildungsthema angeboten wird, ermöglichen zwei Pflegedienste den Mitarbeiter/Innen an externen (Tages)kursen während der Dienstzeit teilzunehmen; diese werden dann auch häufig vom Dienst finanziert. Themen, externer Weiterbildungsveranstaltungen behandeln am häufigsten die Pflegeversicherung und Pflegestandards. Betriebswirtschaftlich orientierte Weiterbildungen wie Rechnungswesen oder Controlling werden nur marginal besucht. In den anderen fünf Betrieben finden zum Teil nur sporadisch oder überhaupt keine Fortbildungen statt. Die Gründe liegen u. a. darin, daß weder Finanzmittel, Räumlichkeiten noch Zeit dafür vorhanden wäre, Fortbildungen durchzuführen oder zu besuchen (Abb. 6).

**Abb. 6: Weiterbildung**



© IAT 6/1996

2/3 aller Betriebe fragt ihre Mitarbeiter/Innen systematisch und regelmäßig nach Verbesserungsvorschlägen im Pflegebereich. Dies geschieht entweder in den Dienstbesprechungen oder während der Pflegeübergabe. Bei 1/3 der Betriebe ergeben sich Verbesserungsvorschläge aus den täglichen Gesprächen. Verbesserungsvorschläge werden vor allem in die Pflegedokumentation mitaufgenommen, zum Teil auch in die Arbeitszeitgestaltung des Betriebes.

Regelrechte *Betriebsversammlungen*, die über die in vielen Diensten üblichen wöchentlichen Besprechungen hinaus gehen, finden in keinem Betrieb statt. In zwei Betrieben gibt es eine

*Personalvertretung* oder Vertrauensperson, die als Ansprechpartnerin für die Beschäftigten fungiert.

### 1.3.4 Qualitätsmanagement

Für die Gewährleistung einer guten *Pflegequalität* setzen Pflegedienste unterschiedliche Instrumente ein. Ein Instrument ist die Pflegedokumentation, die in allen Pflegediensten organisatorisch ähnlich gehandhabt wird. Allerdings arbeitet jeder Pflegedienst mit einer eigenen Version der Pflegedokumentation, die aber auf den gesetzlichen Vorschriften basiert.

Die *Pflegeunterlagen* bestehen häufig aus drei Teilen: Einer Hauptakte, die im Pflegedienst verwaltet wird, einem Übergabebuch oder Übergabetafel mit aktuellen Daten für die Pflegekraft und einer Dokumentation, die beim Kunden liegt. Die Kundendokumentation wird jeden Tag von der zuständigen Pflegekraft abgezeichnet, so daß von dem Versicherungsträger, dem Pflegedienst und dem Arzt nachgehalten werden kann, was durchgeführt worden ist. Weiterhin wird für die folgende Pflegekraft vermerkt, was als nächstes getan werden muß.

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

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

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

Als denkbar beste Voraussetzung für gute Pflegequalität wird auch von einigen Diensten *qualifiziertes Pflegepersonal* genannt.

### 1.3.5 Kundenorientierung

Beim *Aufnahmegespräch mit dem Kunden*, sei es zu Hause oder noch im Krankenhaus, wird der Kunde von allen Pflegediensten ausführlich beraten. Der Erstkontakt läuft meistens über die Pflegedienstleitung. Sie stellt den Dienst vor und bringt bei Bedarf die Pflegeanträge mit. Anschließend klärt die Pflegedienstleistung den Kostenträger, die zu erwartenden Leistungen, die Pflegedokumentation und die individuellen Wünsche zusammen mit dem Kunden ab.

Auf *Angebote anderer Anbieter* weisen bei Bedarf fast alle Dienste hin, es sei denn, der angesprochene Dienst bietet die Leistungen selbst an. Diese Angebote umfassen z. B. Pflegehilfsmittel, Fußpflege, Friseure, Therapeuten, Hausnotrufsysteme, Essen auf Rädern, Haus-

haltshilfen, Kurzzeit- und Tagespflege sowie Heimplätze. Regelrechte Vermittlungen von Dienstleistungen finden jedoch nur bei Essen auf Rädern und Therapeuten statt (siehe Betriebsdaten).

Insbesondere während des Aufnahmegespräches werden Kunden ermuntert, sich zu *beschwe- ren*, wenn sie mit der Pflege des Dienstes nicht zufrieden sein sollten. Die *Zufriedenheit* der Kunden wird von 2/3 der Dienste regelmäßig überprüft: entweder gezielt oder regelmäßig bei jedem Kontakt der Pflegedienstleitung mit dem Kunden. Dabei wird auch auf spezielle Wün- sche eingegangen. Ein Dienst befragt z. B. seine Kunden, von welcher Pflegekraft er bevor- zugt gepflegt werden möchte. Einem anderen Dienst ist die eigenständige Rückmeldung der Kunden wichtiger als eine regelmäßige Befragung.

Alle Pflegedienste pflegen Ihre Kunden auch dann, wenn der *Kostenträger* noch strittig ist. Diese Dienstleistungen werden dann teilweise privat von den Kunden oder vom Pflegedienst vorfinanziert.

Der *24-Stunden-Notruf* ist gesetzliche Vorschrift. Jeder Pflegedienst (in der Regel einer der Inhaber) ist spätestens nach 30 Minuten vor Ort, oder schickt sofort einen Notarztwagen. Viele Pflegedienste bieten Nachteinsätze kostenlos an; die Nachteinsätze werden relativ selten angefordert, denn vieles läßt sich auch schon am Telefon abklären.

### 1.3.6 Zusammenarbeit

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

Mit *Apotheken* werden sehr gute Erfahrungen gemacht. Viele Dienste haben eine Stammapo- theke, die täglich alle Medikamente für den Kundenstamm vorrätig hält oder noch am glei- chen Tag auf Bestellung besorgt. Zum Teil werden bestellte Medikamente auch von der Apo- theke angeliefert. Mit solchen Stammapotheken werden manchmal Werbegeschenke ausgetauscht und Provisionen ausgehandelt. Apotheken, die keine Stammapotheken sind, agieren häufig unflexibel und können nicht immer am gleichen Tag notwendige Medikamente bereit- stellen.

Seitdem Pflegehilfsmittel von den Kassen zur Verfügung gestellt werden, spielen *Sanitäts- fachgeschäfte* für Pflegedienste nur noch eine marginale Rolle. Wenn in Sanitätsgeschäften eingekauft wird, verläuft der Kontakt jedoch gut. 2 Pflegedienste kaufen vorrangig über den Großhandel ein.

Mit der Zusammenarbeit von *Pflegekassen und Krankenkassen* sind nur 2 Dienste zufrieden. Die anderen Dienste beklagen sich z. B. über lange Bearbeitungszeiten, dem Ausbleiben von Außenständen seit Monaten, falschen Abrechnungen oder sogar dem Verschwinden von Anträgen. Einige Pflegedienste sind daher dazu übergegangen, nur noch das Notwendigste über telefonischen und schriftlichen Kontakt mit den Kassen auszuhandeln. Oft hängt die Güte des Kontaktes auch von dem jeweiligen Sachbearbeiter oder der Kasse ab. Die An- sprechpartner für Pflegekassen und Krankenkassen sind häufig identisch. Mit größeren Kassen verläuft die Zusammenarbeit zufriedenstellender. Kleinere Kassen arbeiten detaillierter und stellen sich häufiger quer, insbesondere Betriebskrankenkassen.

Der Kontakt zum *Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)* verläuft mittelmäßig. Nur 4 Dienste bezeichnen den Kontakt als gut. Diese Dienste haben keine Schwierigkeiten, einen festen Termin bei einem Kunden mit dem MDK zu vereinbaren, wenn es um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit geht. Allerdings geht die Terminbitte dann vom Pflegedienst aus. Mit fest angestellten Ärzten des MDK werden bessere Erfahrungen gemacht als mit freien Gutachtern. Die anderen 6 Dienste haben keinen guten Kontakt zum MDK oder so gut wie keinen Kontakt. Vereinbarte Termine werden nach ihren Aussage nicht eingehalten.

Zu *Ärzten* besteht weitestgehend guter Kontakt. Nur 1 Dienst hat geringen Kontakt zu Ärzten, ein anderer Dienst berichtet über unterschiedliche Erfahrungen von miserabel bis sehr gut. Ein weiterer Dienst machte bei seiner Gründung einen Antrittsbesuch bei allen in Frage kommenden Ärzten, und schickt bei Anlässen, wie z. B. einer neuen Dienstleistung, Serienbriefe heraus.

*Sonstige Zielgruppen:* 2 Dienste haben guten Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufgebaut. Die Selbsthilfegruppen können sich zum Teil in den Räumlichkeiten eines Pflegedienstes treffen. Häufiger wurde über schlechte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Sozialamt berichtet. Auch die Zusammenarbeit mit dem Amtsgericht gestaltet sich langwierig. Mit dem psychosozialen Dienst wurden mäßige Erfahrungen gemacht. Kooperationen mit psychiatrischen Beratungsstellen und der psychiatrischen Abteilung laufen „ganz gut“.

### 1.3.7 Öffentlichkeitsarbeit / Werbung

Im Umgang mit der *Öffentlichkeit* haben alle Pflegedienste eine unterschiedliche Herangehensweise. Die Palette reicht hier vom weitestgehenden Rückzug aus der Öffentlichkeitsarbeit bis hin zum Anbieten einer Pressekonferenz. Ein Grund für einige Dienste, die den schrittweisen Rückzug aus der Öffentlichkeitsarbeit gehen, liegt darin, daß sie nicht über ihren Stadtteil hinauswachsen wollen. Ein weiterer Grund besteht darin, daß ein hohes Mißtrauen gegenüber Werbeagenturen und Anzeigenvertretern besteht. Nicht zuletzt hat für viele Dienste „gute Pflege“ oberste Priorität als Werbefaktor Nummer 1. So wird auch dem Marketingfaktor „*Mundpropaganda*“ im eigenen Stadtteil von vielen Diensten ein großer Stellenwert beigemessen.

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

Auf einheitliche *Dienstkleidung* (z. B. in Weiß oder mit Firmenlogo) legen einige Dienst großen Wert. Andere Dienste überlassen es ihren Mitarbeiter/Innen, ob sie z. B., wie in der Branche üblich, weiße Kleidung tragen oder ob sie in individueller Kleidung zum Dienst gehen.

Fast jeder Dienst hält einen *Werbeprospekt* vor, auf dem der Dienst vorgestellt wird. Die Prospekte sind unterschiedlich aufwendig gestaltet: zum Teil als kleine Broschüre im Mehrfarbdruck; als mehrfarbige Hand- oder Faltkarte in verschiedenen Größen, als Schwarz-Weiß-Kopie oder als farbig gestaltete Visitenkarte.

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

Direkter Kontakt mit der *Presse* besteht nur, wenn ein neuer Dienst oder eine neue Dienstleistung, wie z. B. die Tagespflege, eröffnet wird. Ansonsten beteiligen sich einige Pflegedienste an Aktionen der „Arbeitsgemeinschaft Ambulante Krankenpflege e. V.“ (AAK), z. B. mit Radiowerbung und Teilnahme an einer Messe wie der Gelsenschau.