

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN  
Fachgebiet Dienstleistungsökonomik

Bewohnerorientierte Pflegequalität  
in der ambulanten und stationären Altenhilfe

Katja Priem

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät Wissenschaftszentrum Weihenstephan für Ernährung, Landnutzung und Umwelt der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Haushalts- und Ernährungswissenschaften

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. M. Moog  
Prüfer der Dissertation: 1. Univ.-Prof. Dr. D. Witt (i. R.)  
2. Univ.-Prof. J. Roosen, Ph.D.

Die Dissertation wurde am 23.02.2012 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät Wissenschaftszentrum Weihenstephan für Ernährung, Landnutzung und Umwelt am 19.06.2012 angenommen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>IX</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>XI</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>XIII</b>
<b>I. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>A. Hinführung zum Thema: Skizze der historischen Entwicklung hin zur gegenwärtigen Versorgung in der ambulanten und stationären Altenhilfe aus gesellschaftlicher Sicht in Deutschland als strukturelle Voraussetzung für eine Untersuchung der Thematik „Pflegequalität“</b>	<b>1</b>
<b>B. Problemstellung, Setzung von Zielen und Aufbau der Untersuchung zur bewohnerorientierten Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe</b>	<b>6</b>
<b>II. Sozioökonomische Grundlagen und weitergehende Rahmenbedingungen zum Lebensabschnitt des Alters als Parameter zur Versorgung durch ambulante und stationäre Altenhilfe</b>	<b>11</b>
<b>A. Betrachtung des Lebensabschnittes „Alter“: demographische Entwicklungen sowie Korrelationen zwischen Pflegebedürftigkeit und Haushaltsformen als Voraussetzung für eine Qualitätssicherung in der Versorgung älterer Menschen</b>	<b>11</b>
1. Verlängerte Lebensperiode in der Nacherwerbsphase bei gleichzeitiger Verschiebung des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit	12
a) Demographische Ausgangslage, Dauer der Nacherwerbsphase und einsetzende Pflegebedürftigkeit als Wendepunkt im Alter	13
b) Ambulante und stationäre Versorgung in Abhängigkeit von einer Pflegebedürftigkeit	19

---

2.	Daten zu Haushaltsgrößen, Kennzeichen und Funktionen privater Haushaltssysteme sowie Netzwerken bei überwiegend ambulanter Versorgung im Alter	23
a)	Größe und Anzahl von Haushalten unter besonderer Betrachtung von Seniorenhaushalten	23
b)	Kennzeichen privater Haushaltssysteme und deren Funktionen in der Nacherwerbsphase	25
c)	Bedeutung von Netzwerken im Alter für die ambulante Versorgung	28
3.	Stationäre Einrichtungen als Organisationsarten im Alter unter Berücksichtigung einer zum bisherigen Leben ungewohnten Wohn- und Lebenswelt	35
a)	Trägerschaften in der stationären Altenhilfe sowie Typisierung stationärer Versorgungsformen	35
b)	Übertritt in stationäre Einrichtungen als Bruch zum bisherigen Leben	39
c)	Komplexität stationärer Einrichtungen als belastende Herausforderung für alte Menschen mit Pflegebedarf	42
4.	Zusammenfassende Klassifikation der verschiedenen Lebensabschnitte und Haushaltsformen im Alter als Voraussetzung für eine Qualitätssicherung in der Versorgung älterer Menschen	46
<b>B.</b>	<b>Finanzielle Voraussetzungen für eine ambulante und stationäre Versorgung</b>	<b>51</b>
1.	Gegenwärtige Budgets der Ein- und Zweipersonenrentnerhaushalte in der Nacherwerbsphase durch Ruhestand	54
a)	Einkommenschwerpunkt aus der gesetzlichen Rentenversicherung	55
b)	Einkünfte aus Mitteln der Sozialhilfe	59
c)	Gesetzliche Sicherungsmechanismen bei Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung	63
2.	Künftige Bedeutung von öffentlichen und nicht öffentlichen Transferleistungen sowie des Geld- und Immobilienvermögens zur Erhaltung der Versorgung im Alter	65

---

<b>III. Ambulante und stationäre Altenhilfe: Eigenheiten der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung eines Marktes sowie der Marktpartner auf Anbieter- und Nachfragerseite</b>	<b>71</b>
<b>A. Eigenheiten von Marktbeziehungen im Altenhilfesektor</b>	<b>71</b>
1. Marktmechanismen in der Altenhilfe	71
a) Marktein- und -austritt in der Altenhilfe	72
b) Marktversagen im Markt der Altenhilfe	73
c) Regulierung des Marktes in der ambulanten und stationären Altenhilfe im Kontext von Pflegequalität	75
(1) Staatliche Eingriffsmöglichkeiten bei Marktversagen infolge externer Effekte	76
(2) Staatliche Eingriffsmöglichkeiten bei Marktversagen infolge von Informationsmängeln	78
2. Altenhilfe: Märkte im engeren und weiteren Sinn	79
3. Erste zusammenfassende Schlussfolgerungen zu den Marktbeziehungen der Altenhilfe	83
<b>B. Der ältere Mensch als Verbraucher zwischen Mündigkeit und Schutzbedürftigkeit</b>	<b>85</b>
1. Herleitung des Begriffes „Bewohner“ für einen Nachfrager in der Altenhilfe unter Einbeziehung von dessen Bedürfnissen und Bedarfen	85
a) Bedürfnisse älterer Menschen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe und daraus abgeleitete Bedarfe bei Pflegebedürftigkeit	87
(1) Bedürfnisse älterer Menschen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe	87
(2) Bedarfe älterer Menschen im Zusammenhang mit Haushaltsfunktionen	88

---

b)	Betrachtung der ungewohnten Ausgangslage des nachfragenden pflegebedürftigen älteren Menschen bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als Eingrenzungsvoraussetzung für den Begriff des „Kunden“	91
c)	Beurteilung des Kundenbegriffs aus Sicht der Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Altenhilfe	94
d)	Begriffsbestimmung des Nachfragers im Dienstleistungsprozess in der ambulanten und stationären Altenhilfe als „Bewohner“	95
2.	Konsumentensouveränität versus Schutzbedürftigkeit des Bewohners	97
a)	Konsumentensouveränität – Fiktion für den Markt der Altenhilfe	97
b)	Einbeziehung der Schutzbedürftigkeit eines Bewohners bei Entscheidungswegen zur Wahl einer ambulanten und stationären Altenhilfe	100
<b>C.</b>	<b>Anbieter der Altenhilfe zwischen Bedarfsorientierung und Gewinnorientierung</b>	<b>103</b>
1.	Definition des Begriffes „hauswirtschaftlicher Dienstleistungsbetrieb auf dem Soziomarkt der Altenhilfe“	103
2.	Betriebsführung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe: Abstufung der Versorgung zwischen Nonprofit und Forprofit	109
3.	Berufliche Motivationen von Mitarbeitern in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe	112
<b>IV.</b>	<b>Ganzheitlicher Qualitätsanspruch in der ambulanten und stationären Altenhilfe – von der Dienstleistungsqualität zur bewohnerorientierten Pflegequalität unter Berücksichtigung eines monetärer Streckfaktors</b>	<b>116</b>
<b>A.</b>	<b>Dienstleistungen und Dienstleistungsqualität in der ambulanten und stationären Altenhilfe</b>	<b>117</b>
1.	Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe	118

---

2.	Kritische Würdigung von Konzepten zur Strukturierung von (Dienstleistungs-) Qualität	121
a)	Qualität nach DIN ISO 8402 als Relation zwischen Ist- und Soll-Zustand	122
b)	Qualitätsdimensionen nach Garvin, Stauss und Hentschel unter Beachtung kommunikationspolitischer Elemente	123
c)	Einbeziehung des Images einer Einrichtung in wahrgenommene Qualitätsdimensionen nach Grönroos	124
d)	Gap-Modell zur wahrgenommenen Dienstleistungsqualität nach Zeithaml, Berry und Parasuraman	125
e)	Trichotomie von Prozess-, Struktur- und Ergebnis-Qualität nach Donabedian	127
f)	Folgerungen aus den beschriebenen Qualitätsansätzen für die Altenhilfe	128
3.	Dienstleistungsqualität unter Berücksichtigung der Komplexität der Leistungserstellung in der ambulanten und stationären Altenhilfe	129
a)	Einfluss der Anzahl und Heterogenität von Teilleistungen auf die Dienstleistungsqualität	130
b)	Multipersonalität als Einflussfaktor auf die Dienstleistungsqualität	134
c)	Zeitdauer der Dienstleistungserstellung als Einflussfaktor auf die Dienstleistungsqualität	135
<b>B.</b>	<b>Synthese bewohnerorientierter Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe aus unterschiedlichen Konzepten zur (Dienstleistungs-) Qualität unter Einbeziehung eines neuen monetären Streckfaktors</b>	<b>138</b>
1.	Pflege- und haushaltswissenschaftliche Konzepte zur Pflegequalität	138
a)	Pflegewissenschaftliche Ansätze zur Pflegequalität	139
(1)	Pflegewissenschaftliches Konzept fördernder Prozesspflege nach Krohwinkel zu den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)	139

---

(2) Vier-Stufen-Modell nach Mybes/Pfau/Rückert zur Einteilung von Pflegequalität	141
b) Phasen-Modell zur Pflegequalität der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft	143
2. Identifizierung bewohnerorientierter Pflegequalität unter Integration eines monetären Streckfaktors	150
a) Beurteilung der Wohlfahrtsposition eines Bewohners sowie deren Beeinflussung aufgrund monetärer Ressourcen als Voraussetzungen zur Beurteilung von Pflegequalität	150
b) Definition von bewohnerorientierter Pflegequalität in Abhängigkeit monetärer Ressourcen eines Bewohners	153
c) Implementierung von bewohnerorientierter Pflegequalität als Bewertungsmaßstab unter Berücksichtigung eines monetären Streckfaktors	155
(1) Entwicklung eines Bewertungssystems zur Quantifizierung bewohnerorientierter Pflegequalität	155
(2) Integration eines monetären Streckfaktors zur Komplettierung der Bewertung von Pflegequalität	164
<b>V. Erweiterungspotential bestehender Qualitätssicherungsmechanismen durch bewohnerorientierte Pflegequalität unter Einbeziehung des monetären Streckfaktors</b>	<b>169</b>
<b>A. Qualitätssicherungsmaßnahmen aufgrund der Gesetzeslage und mithilfe ergänzender freiwilliger Zertifizierungen in der Altenhilfe</b>	<b>170</b>
1. Gesetzlich determinierte Qualitätssicherung in der Altenhilfe: Chancen für eine Integration bewohnerorientierter Pflegequalität unter Einbeziehung eines monetären Streckfaktors	170
a) Regelung grundsätzlicher Erfordernisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Heimgesetz	171
b) Konkretisierung von Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe im XI. Sozialgesetzbuch	172

c)	Umsetzung der gesetzlich determinierten Qualitätsprüfungen: Chance für eine Einführung bewohnerorientierter Pflegequalität unter Integration eines monetären Streckfaktors	175
(1)	Anlehnung des Qualitätsanspruches an Donabedian	176
(2)	Prüfung von Pflegequalität sowie deren Koordination, Bewertung und Veröffentlichung	177
(3)	Möglichkeit zur Beeinflussung von Pflegequalität durch Integration monetärer Ressourcen von Bewohnern im Kontext des Pflegeversicherungsgesetzes	186
2.	Ergänzung der gesetzlichen Qualitätsprüfungen durch freiwillige Zertifizierungen von Qualitätsmanagementsystemen in der Altenhilfe	189
a)	Begriffsbestimmung von Zertifizierungen in der Altenhilfe	189
b)	Etablierte zertifizierte Qualitätssicherungssysteme: Gütezeichen, Zertifikate und Gütesiegel als Ergebnis eines Überprüfungsprozesses des Total Quality Managements	190
(1)	RAL-Gütezeichen	191
(2)	DIN EN ISO 9001-Zertifikate	193
(3)	Trägereigene Qualitätssiegel	199
(4)	Zusammenfassender Überblick über zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme in der Altenhilfe	202
c)	Nutzenanalyse zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme anhand einer Fallstudie	204
<b>B.</b>	<b>Schlussfolgernde Bewertung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und ausgewählter freiwilliger Zertifizierungen im Kontext bewohnerorientierter Pflegequalität mit integriertem monetären Streckfaktor</b>	<b>210</b>
1.	Konkludierende Gegenüberstellung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und ergänzender freiwilliger Zertifizierungen	211
2.	Optionen für bestehende Operationalisierungsmaßnahmen bewohnerorientierter Pflegequalität einschließlich des monetären Streckfaktors: ein Ausblick	214

---

a) Anforderungen an Operationalisierungsmaßnahmen bewohnerorientierter Pflegequalität: Glaubwürdigkeit und Informationsentlastung	215
b) Bewohnerorientierte Pflegequalität und deren Operationalisierung in Zukunft: ein Ausblick in Thesen	221
<b>VI. Zusammenfassung</b>	<b>224</b>
<b>Anhang</b>	<b>231</b>
<b>Quellenverzeichnis</b>	<b>241</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. II-1:	Alters- und geschlechtsspezifischer Anteil an Pflegebedürftigen in Deutschland	18
Abb. II-2:	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung der Pflegestufen I, II und III in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland seit 1995 (keine Erfassung im stationären Bereich im Jahr 1995)	20
Abb. II-3:	Versorgungssysteme im Alter	34
Abb. II-4:	Komplexität unterschiedlicher Anspruchsgruppen innerhalb der stationären Altenhilfeeinrichtung, exemplarisch für einen Anbieter der freien Wohlfahrtspflege	45
Abb. II-5:	Tabellarische und graphische Darstellung des Bruttoeinkommens der Einpersonenrentnerhaushalte in Deutschland auf der Datenbasis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben 2003	56
Abb. II-6	Entwicklung der Zahl der Empfänger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung seit 2003	62
Abb. III-1:	Beziehungsgeflecht der Anspruchsgruppen auf dem Soziomarkt der Altenhilfe	80
Abb. III-2:	Notwendige und hinreichende Leistungsangebote in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der ambulanten und stationären Altenhilfe nach unterschiedlichen Kategorien	108
Abb. IV-1:	Trichotomie der Dienstleistungsqualität nach Donabedian	128
Abb. IV-2:	Wechselwirkungen einflussnehmender Teilleistungen und Standorteigenschaften auf die Dienstleistungsqualität	131
Abb. IV-3:	Phasen der Dienstleistungserstellung in der Altenhilfe	145
Abb. IV-4:	Errechnung des Gesamtpflegequalitätswertes	162
Abb. IV-5:	Einfluss eines beispielhaften monetären Streckfaktors auf die Pflegequalität in der Altenhilfe	168
Abb. V-1:	Stellung des MDK im Verhältnis zu anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen	179

---

Abb. V-2	Pflegenoten für Einrichtungen am Beispiel der stationären Altenhilfe	184
Abb. V-3:	Modell eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001	195
Abb. V-4:	Beispielhafter Prozess der Implementierung und Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001 in der Altenhilfe	198
Abb. V-5:	Beispielhafter Prozess bis zur Zertifizierung eines vom Träger eigens entwickelten Qualitätsmanagementsystems	201
Abb. V-6:	Anforderungen an ein wirksames Bewertungssystem von bewohnerorientierter Pflegequalität in der Altenhilfe unter Integration eines monetären Streckfaktors	220

## Tabellenverzeichnis

Tab. II-1:	Bevölkerungsentwicklung und -prognose von 1900 bis 2050	14
Tab. II-2:	Altersanteil der pflegebedürftigen Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen von 1994 bis 2009 (in Prozent)	22
Tab. II-3:	Stufen der Pflegebedürftigkeit und erforderlicher Bedarf an Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung gemäß Pflegeversicherungsgesetz	31
Tab. II-4:	Kennzeichen der unterschiedlichen Lebensabschnitte des Alters	48
Tab. II-5:	Gegenüberstellende Darstellung ausgewählter Haushaltsfunktionen im privaten Senioren-haushalt und in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie deren Berücksichtigung im Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung	50
Tab. II-6:	Prognostizierte Nettoeinkommen von Rentnerinnen und Rentnern auf Basis der gesetzlichen Renten zuzüglich maximal ausgeschöpfter staatlich geförderter Altersvorsorgemodelle zu Beginn des Renteneintritts und nach zehn Jahren Rentenbezug	69
Tab. III-1:	Verknüpfung von Bedürfnissen mit Haushaltsfunktionen in der Altenhilfe am Beispiel der Nahrungsaufnahme; Verknüpfungen sind mit x gekennzeichnet	90
Tab. III-2:	Verortung von Altenhilfe-Einrichtungen in der Vielfalt der Nonprofit-Organisationen	105
Tab. IV-1:	Ausgewählte Zeitrichtlinien für Verrichtungen am Bewohner	137
Tab. IV-2:	Bestandteile fördernder Prozesspflegen nach Krohwinkel	141
Tab. IV-3:	Leistungsmerkmale am Beispiel des Bereiches „Verpflegung“ für die Pflegequalität in der Altenhilfe innerhalb des Qualitätsprozesses	149
Tab. IV-4:	Befragungsmöglichkeit zur Erfassung des Pflegequalitätswertes	159
Tab. IV-5:	Berechnung des Pflegequalitätswertes (PQ) für den Leistungsbereich „Verpflegung“ (V)	161
Tab. V-1:	Rangfolge festgestellter Qualitätsmängel in der stationären Pflege	181

---

Tab. V-2	Bereiche und Anzahl der Bewertungskriterien für die Pflegequalität in ambulanten und stationären Einrichtungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes	183
Tab. V-3:	Auswahl an Zertifikaten in der Altenhilfe im Jahr 2004	203
Tab. V-4:	Evaluierte Wirkungen einer Zertifizierung im analysierten Fall	207
Tab. V-5:	Gegenüberstellung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und zwei beispielhaft ausgewählte freiwillige Zertifizierungen	213

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AEDL	Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
Aufl.	Auflage
bearb.	bearbeitet(e)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFuS	Bundesministerium für Familie und Senioren
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft
DAR	Deutscher Akkreditierungsrat
DAkkS	Deutsche Akkreditierungsstelle
DGH	Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft
DIN	Deutsches Institut für Normung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
e.V.	eingetragener Verein
erw.	erweitert
EU	Europäische Union
et al.	et altre
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
HeimG	Heimgesetz
ISO	International Standard Organisation
LQN	Leistungs- und Qualitätsnachweis
LQV	Leistungs- und Qualitätsvereinbarung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung
o. J.	ohne Jahresangabe
o. O.	ohne Ortsangabe
o. S.	ohne Seitenangabe
Öko-KennzG	Öko-Kennzeichengesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagement-Beauftragter
QS	Qualitätssicherung
RAL	Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung (früher Reichsausschuss für Lieferbedingungen)
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	2. Buch Sozialgesetzbuch: Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB XI	11. Buch Sozialgesetzbuch: Pflegeversicherungsgesetz
SGB XII	12. Buch Sozialgesetzbuch: Sozialhilfe
Tab.	Tabelle
RRG	Rentenreformgesetz
RKW	Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft
TGA	Trägergemeinschaft für Akkreditierung
TQM	Total Quality Management
TÜV	Technischer Überwachungsverein
vgl.	vergleiche
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

## I. Einleitung

Der Versorgung von Menschen, die sich bei einem bestimmten Lebensrisiko, zu dem auch das Alter gezählt werden muss, nur noch begrenzt oder gar nicht mehr aus eigener Kraft helfen können, wurde in gesellschaftlicher Hinsicht in Deutschland in den vergangenen Jahrhunderten mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung begegnet. Diese Einleitung skizziert deshalb die historische Entwicklung des gesellschaftlichen Umgangs mit dieser Personengruppe und deren sozialpolitische Manifestierung, um einen grundlegenden Blick auf die heutigen gesellschaftlichen Strukturen als Voraussetzung für eine Konsentierung zur Pflegequalität zu erhalten. Ausgehend von einem solchen gesellschaftlichen Versorgungskonsens werden für die ambulante und stationäre Altenhilfe Forschungsfragen im Kontext von Pflegequalität aufgeworfen, die sich schließlich auf den Bewohner hin fokussieren.

### A. **Hinführung zum Thema: Skizze der historischen Entwicklung hin zur gegenwärtigen Versorgung in der ambulanten und stationären Altenhilfe aus gesellschaftlicher Sicht in Deutschland als strukturelle Voraussetzung für eine Untersuchung der Thematik „Pflegequalität“**

Ein geschichtlicher Blick auf die Ursprünge der *stationären* Altenhilfe im europäischen Raum zeigt, dass es Einrichtungen für die Versorgung von Kranken, Armen oder bedürftigen Menschen schon frühzeitig in so bezeichneten Hospitälern in vorchristlichen Kulturen gab.<sup>1</sup> In Deutschland sind die ersten Einrichtungen seit dem siebten Jahrhundert nach Christus bekannt, die vor allem der Versorgung von Armen galten.<sup>2</sup> Wie überall in Europa entstanden später Institutionen zur Versorgung von Bedürftigen unter der Obhut der Kirchen und Städte. Bedürftige Personen waren zu diesem Zeitpunkt nicht nur alte Menschen, sondern auch Waisen oder Kinder aus ärmsten Verhältnissen und Invalide, die sich nicht aus eigenen Möglichkeiten heraus versorgen, beziehungsweise deren Familien die Versorgung nicht leisten konnten. Neben der

---

<sup>1</sup> Vgl. Kern, Norbert (2002), S. 5.

<sup>2</sup> Vgl. Merkl, Robert (1992), S. 239 ff.

zunächst vorherrschenden kirchlichen Trägerschaft, begründet durch die Synode von Aachen im Jahr 817, entstanden erst wesentlich später, im 14. und 15. Jahrhundert aufgrund der Erstarkung des Bürgertums viele Einrichtungen durch genossenschaftliche Selbsthilfe.<sup>3</sup> Einrichtungen dieser Art waren als Armenhäuser bekannt und dienten der Befriedigung der elementarsten Bedürfnisse, das heißt der Versorgung mit Nahrung und dem Angebot eines Daches über dem Kopf.<sup>4</sup>

Als eigene, versorgungsbedürftige Personengruppe verstärkt wahrgenommen wurden hilfsbedürftige Personen im hohen Alter mit der Einführung der Sozialversicherungsgesetze Ende des 19. Jahrhunderts unter Bismarck. Erst ab diesem Zeitpunkt erfolgte eine Spezialisierung auf Institutionen für alte Menschen, deren Angebot aus Mehrbettzimmern oder Sälen bestand, in denen die Bewohner jeweils meist nur ein Bett und einen Stuhl zur Verfügung hatten.<sup>5</sup> Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein hatten Einrichtungen der Altenhilfe eher diesen Verwahrcharakter, der sich auf die ursprüngliche Armenhausidee zurückführen lässt.<sup>6</sup>

Die Ursprünge einer *ambulanten* Pflege, die nicht auf familiären Strukturen, sondern auf externer Pflegehilfe basiert, sind auf die Gemeindekrankenpflege zurückzuführen, die sich Mitte des 19. Jahrhunderts im Kontext von Neugründungen religiöser Pflegeorden und Diakonissenanstalten, also aus kirchlichen Strukturen entwickelte.<sup>7</sup> Mit Beginn des 20. Jahrhunderts setzte eine Gegenbewegung als Protest gegen die hierarchisch organisierten Mutterhäuser ein: Ein weiterer Weg, als Pflegekraft tätig werden zu können, war nun die Möglichkeit, als „freie“ oder „wilde“ Schwester zu arbeiten.<sup>8</sup> Während die frei-gemeinnützige und hier insbesondere die kirchliche Trägerschaft

---

<sup>3</sup> Beispielhaft dafür sei das Pfründerspital in Mellrichstadt erwähnt, das, durch Bürgerliche im Jahr 1349 gegründet, zu den ältesten derartigen Stiftungen des ehemaligen Herzogtums Ostfranken zählt: „Am Montag vor dem Palmsonntag des genannten Jahres erschienen Elisabeth Ungemach und ihr Sohn Gottfried vor dem Schultheisen Conrad Grünhut und den zuständigen Schöffen und machten eine Schenkung zur Gründung eines Spitals, in dem bedürftige Personen aus der Pfarrgemeinde und der Einwohnerschaft von Mellrichstadt ihre Nahrung und Pflege erhalten sollten.“ Merkl, Robert (1992), S. 239.

<sup>4</sup> Vgl. Weggemann, Sigrid (1993), S. 32.

<sup>5</sup> Vgl. Kern, Norbert (2002), S. 5 f.

<sup>6</sup> Vgl. Weggemann, Sigrid (1993), S. 32.

<sup>7</sup> Vgl. Paslack, Karin Angelika (2008), S. 20.

<sup>8</sup> Vgl. Büssing, André (2000), S. 19 f.

weiter ausgebaut wurde, verlor die Pflege durch freischaffende Schwestern außerhalb dieser Organisationsformen allerdings im Verlauf der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mehr und mehr an Bedeutung. Aufgrund eines sich abzeichnenden Nachwuchsmangels in den Kirchen ab den 1950er Jahren waren die Träger gezwungen, Diakonissen und Ordensschwestern durch weltliches, in Krankenhäusern ausgebildetes Personal zu ersetzen. Dennoch nahm die Zahl der ambulanten Gemeindepflegestationen immer mehr ab.<sup>9</sup>

Anfang der 1970er Jahre wurde in der Bundesrepublik der Aufbau von staatlich geförderten ambulanten Sozialstationen begonnen; als Träger wurden die freien Wohlfahrtsverbände bevorzugt, das heißt, erst wenn der Bedarf durch diese Träger nicht gedeckt werden konnte, wurden kommunale Trägerschaften begründet.<sup>10</sup> Aufgrund einer kommunalen Bedarfsplanung hatten die Sozialstationen fest umrissene Zuständigkeitsgebiete, so dass die zu Pflegenden nicht umworben werden mussten, andererseits bestand jedoch die Verpflichtung, alle Patienten in ihrem Gebiet zu versorgen.<sup>11</sup> Begründet durch die Vorrangstellung der freien Wohlfahrtsverbände entstanden darüber hinaus gehende private Pflegedienste seit den 1980er Jahren erst nur zögerlich, mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 erfolgte ein erheblicher Anstieg der Zahl privater ambulanter Dienste.<sup>12</sup>

Es ist sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Altenhilfe festzustellen, dass in der Entwicklung einer freien Wohlfahrt in Folge der Säkularisation und damit einhergehend einer Entfaltung der Altenhilfe die Ursprünge für das noch heute im Kern bestehende duale System sozialer Dienste in Deutschland liegen. Die Wurzeln des heutigen modernen ambulanten und stationären Dienstleistungssystems gehen dabei auf zwei parallele Entwicklungen zurück: die städtische Sozialpolitik und die Herausbildung einer Vielfalt freier Träger sozialer Einrichtungen.<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> Vgl. Moers, Martin (1997), S. 104.

<sup>10</sup> Vgl. Leibfried, Stephan; Wagschal, Uwe (2000), S. 343 f.

<sup>11</sup> Vgl. Eisenbart, (2000), S. 18 ff.

<sup>12</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2001), S. 51.

<sup>13</sup> Vgl. Bahle, Thomas (2007), S. 207 ff.

Die bis weit ins 19. Jahrhundert vorherrschenden dezentralen Strukturen in Deutschland wurden erst in der Weimarer Republik vereinheitlicht und etwas stärker zentralstaatlich reguliert. Eine Sonderstellung erhielten nach dem ersten Weltkrieg die freien Wohlfahrtsverbände durch die politische Legitimierung als Vertreter der Fürsorge, die mit zahlreichen Privilegien insbesondere finanzieller Art ausgestattet wurden. So konnten beispielweise öffentliche Aufgaben der Fürsorge an Verbände und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege übertragen werden. Zudem durften öffentliche Einrichtungen nur dann geschaffen werden, sofern keine weiteren Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege vorhanden waren oder aufgebaut werden konnten. Damit genossen Verbände der freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich Vorrang vor entsprechenden öffentlichen Angeboten und hatten Anspruch auf Subventionen.<sup>14</sup>

Diese korporatistische Form der Verbändewohlfahrt prägt bis heute die Arbeit der Altenhilfe in Deutschland, insbesondere im *stationären* Bereich.<sup>15</sup> Die *ambulante* Altenhilfe befindet sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts mehrheitlich bei privaten Trägerschaften.<sup>16</sup>

Die gegenwärtig in Deutschland vorherrschenden Formen der Altenhilfe sind gekennzeichnet durch enge Verflechtungen von kommunalen und freien Trägern, durch korporative Strukturen und einer im internationalen Vergleich sehr starken Stellung der freien Wohlfahrt.<sup>17</sup> Um die Gestaltung der heutigen ambulanten und stationären Versorgungsformen der Altenhilfe in Deutschland nachvollziehen zu können, sind vier prägende gesellschaftliche Strukturmerkmale bezüglich dieses sozialen Dienstleistungsangebotes festzustellen:

- die zentrale Rolle der Familie,
- der politische Föderalismus und die kommunale Selbstverwaltung,

---

<sup>14</sup> Vgl. Bahle, Thomas (2007), S. 209 ff.; vgl. Kern, Norbert (2002), S. 5 f.

<sup>15</sup> Vgl. Bahle, Thomas (2007), S. 209 ff.; vgl. Kern, Norbert (2002), S. 5 f.

<sup>16</sup> Vgl. Paslack, Karin Angelika (2008), S. 62.

<sup>17</sup> Vgl. Bahle, Thomas (2007), S. 207 ff.

- die hohe Bedeutung und starke Organisation freier Wohlfahrtsverbände als wesentliche Träger sozialer Einrichtungen,<sup>18</sup> sowie
- die Entwicklung verstärkter privater Trägerschaften und individueller Akteure insbesondere im ambulanten Altenhilfebereich.<sup>19</sup>

Die *Familie* stellt nicht nur in quantitativer Hinsicht den größten Anteil an Altenpflegeleistungen, sie genießt explizit Priorität in den wohlfahrtsstaatlichen Regelungen selbst. Insbesondere verankert ist der Vorrang der in der Familie zu erbringenden *häuslichen* Pflege in der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung, wobei hier die finanzielle Förderung häuslicher Pflege in den Vordergrund gerückt wird. So heißt es diesbezüglich im Pflegeversicherungsgesetz:

„Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung.“<sup>20</sup>

Gleichwohl ist zu konstatieren, dass in Deutschland im Wesentlichen die heutige Infrastruktur sozialer Dienste für ältere Menschen im Bereich der Planung und Steuerung auf der übergeordneten Instanz der Länder ruht. Die operative Umsetzung in ein konkretes Angebot der ambulanten und stationären Altenhilfe befindet sich nachgeordnet im Zuständigkeitsbereich der Kommunen, der freien Wohlfahrtsverbände als eigentlichen Trägern, sowie bei privaten Anbietern.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Gemeint sind hier die sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege: Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland. Vgl. Paslack, Karin Angelika (2008), S. 21

<sup>19</sup> Vgl. Bahle, Thomas (2007), S. 207; vgl. Paslack, Karin Angelika (2008), S. 62 f.

<sup>20</sup> § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB XI.

<sup>21</sup> Vgl. Bahle, Thomas (2007), S. 218 f; vgl. Paslack, Karin Angelika (2008), S. 62 f.

## **B. Problemstellung, Setzung von Zielen und Aufbau der Untersuchung zur bewohnerorientierten Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe**

Moderne ambulante und stationäre Altenhilfe des 21. Jahrhunderts gründet in einer gesellschaftlichen Anerkennung der Wichtigkeit einer angemessenen Pflege von alten Menschen, niedergelegt in sozialpolitischen Zielen. Die oben skizzierten föderalistischen Strukturen zur Fürsorge für diese Personengruppe können zu unterschiedlichen Schwerpunkten in der Versorgung beziehungsweise dem Verständnis von Pflegequalität und deren Sicherung führen.

Bei einer Analyse einschlägiger Literatur wird deutlich, dass viele Autoren den Begriff „Pflegequalität“ verwenden, jedoch die Definition von „Pflegequalität“ umgangen wird. Das wissenschaftliche Institut der AOK stellte bereits 2004 treffend fest:

„So ist pflegewissenschaftlich noch nicht konsentiert, was gute Pflege und damit hohe Pflegequalität ausmacht. Damit fehlt ein einheitlicher Bemessungsstab für einen maßgeblichen Teil der Prüfung.“<sup>22</sup>

Es ist zwar meist von *Erhöhung* der Pflegequalität die Rede, jedoch wurde die zu Grunde gelegte Pflegequalität bis jetzt nicht bestimmt. Für eine Sicherung von Qualität erscheint es jedoch zwingend, Pflegequalität zu definieren, um daraus folgernd Standards, beispielsweise auch für gesetzliche Prüfungen, festlegen zu können. Dass dies auch in neuerer Literatur nicht geändert wurde, zeigt eine wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflegetransparenzvereinbarungen für den ambulanten und stationären Bereich aus dem Jahr 2010.<sup>23</sup> Hier wurde in den zusammenfassenden Empfehlungen verdeutlicht, dass es ratsam sei, eine Definition von Pflegequalität zu formulieren:

„Bislang ist in Deutschland die Definition von Pflegequalität bzw. Qualität in der Pflege unklar. In den Diskussionen wird offensichtlich, dass das Verständnis von Qualität und damit die Aufgabe der Qualitätsprüfungen nicht deutlich sind.“<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg.) (2004), S. 15.

<sup>23</sup> Vgl. Hasseler, Martina; Wolf-Ostermann, Karin (Hrsg.) (2010), 286 ff.

<sup>24</sup> Hasseler, Martina; Wolf-Ostermann, Karin (Hrsg.) (2010), S. 286.

Als *Problemstellung* wird deshalb extrapoliert: Der Gesetzgeber rückt zwar im Kontext der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen eine Qualitätssicherung in den Vordergrund, allerdings ohne grundlegende Definition von Pflegequalität; gleichwohl erhalten die Versicherten ein Recht auf Pflegequalität aufgrund der vorher geleisteten Beiträge.<sup>25</sup>

Daraus folgend und basierend auf dem vorgenannten gesellschaftlichen Konsens, pflegebedürftigen Menschen im Alter ein den Umständen entsprechendes angenehmes Leben zu ermöglichen, generieren sich die *Zielsetzungen* für diese Arbeit dahingehend,

- einflussnehmende Voraussetzungen im Hinblick auf eine Definition von Pflegequalität zu eruieren,
- Pflegequalität in der Altenhilfe zu definieren und
- diese neu definierte Pflegequalität zu operationalisieren und damit die Voraussetzung für eine Implementierung zu schaffen.

Als Voraussetzung für eine Definition von Pflegequalität ist zunächst herauszuarbeiten, welche sozioökonomischen Grundlagen und weitergehenden Rahmenbedingungen im Alter für eine qualitativ ansprechende ambulante und stationäre Versorgung vorliegen können. Dass sich heute die Personengruppe der älteren Menschen im Vergleich zu derjenigen, die zu Bismarcks Zeiten identifiziert wurde, erheblich gewandelt hat, bedarf weiterer Ausführungen. In diesem Zusammenhang sind zudem sowohl Anbieter als auch Nachfrager als einflussnehmende Faktoren auf eine zu bestimmende Qualität – auch in marktlicher Hinsicht – näher zu untersuchen. Inwiefern nämlich ein Konsens auf Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen finanzierbar bleibt, beziehungsweise ob eine Stärkung der Eigenverantwortung des Einzelnen in den Vordergrund zu heben ist, wird tiefergehend diskutiert werden müssen. Unter Beleuchtung verschiedener Definitionsansätze ist eine neue Definition von Pflegequalität zu finden. Im Anschluss an eine Definition von Pflegequalität in der Altenhilfe ist eine Implementierungsmöglichkeit als Bewertungsmaßstab abzuleiten. Hierzu wird auch eine Untersu-

---

<sup>25</sup> Vgl. HeimG und SGB XI.

chung von gesetzlichen und freiwilligen Überprüfungs- und Bewertungsmöglichkeiten umzusetzen sein.

Analog dazu erfolgt der *Aufbau* der vorliegenden Arbeit in vier Abschnitten (neben dieser Einleitung als Abschnitt I und einer abschließenden Zusammenfassung in Abschnitt VI):

Der an die Einleitung anschließende *Abschnitt II* beinhaltet in einem ersten Schritt eine Betrachtung der Korrelation zwischen Pflegebedürftigkeit und Haushaltsform; demographische Entwicklungen werden hier ebenso einbezogen wie Versorgungsformen bei unterschiedlichen Versorgungsbedarfen aufgrund steigender Pflegebedürftigkeit. Ein wesentlicher Aspekt hierbei stellt die Betrachtung privater Haushaltssysteme bei ambulanter Pflege dar; bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit im Alter sind stationäre Einrichtungen als eine eigene Lebensform zu typisieren. Eine zusammenfassende Klassifikation der verschiedenen Lebensabschnitte und Haushaltsformen im Alter als Voraussetzung für eine Qualitätssicherung in der Versorgung soll das erste Kapitel des Abschnitts II abschließen.

In einem zweiten Schritt sind finanzielle Voraussetzungen für eine ambulante und stationäre Versorgung zu analysieren, wobei neben den zur Verfügung stehenden Budgets aus gesetzlich determinierten Systemen, und hier insbesondere die Rente, Sozialhilfe sowie die Pflegeversicherung auch die Vermögen aus Geldmitteln oder Immobilien heute und in Zukunft betrachtet werden sollen. Der monetäre Aspekt wird im Hinblick auf eine im weiteren Verlauf noch zu definierende Pflegequalität eine signifikante Rolle in der Analyse spielen.

*Abschnitt III* widmet sich innerhalb des ersten Kapitels der Betrachtung des Versorgungsverbundes auf dem Markt der ambulanten und stationären Altenhilfe unter Einbeziehung der Nachfrager als Marktpartner der Anbieter. Dabei sind Marktmechanismen im Kontext mit Marktein- und -austritten, möglichem Marktversagen und daraus folgernden Regulierungsmöglichkeiten zu skizzieren. Wie weitgehend darzustellen sein wird, können in der Altenhilfe Märkte im engeren und weiteren Sinne abgegrenzt werden. Mit ersten, zusammenfassenden Schlussfolgerungen zu den Marktbeziehun-

gen der Altenhilfe soll auf das zweite Kapitel überleitet werden, das zunächst explizit auf die Nachfragerseite eingeht. Dabei sind insbesondere unterschiedliche Begrifflichkeiten für den Verbraucher als Bestandteil des Pflegeprozesses in der Altenhilfe zu betrachten, um eine Begriffsdefinition für den Nachfrager in der Altenhilfe abzuleiten. Eine Gegenüberstellung von Schutzbedürftigkeit und Konsumentensouveränität soll das Nachfrager-Kapitel abschließen.

Bei einer anschließenden Betrachtung der Anbieterseite zwischen Bedarfsorientierung und Gewinnorientierung wird die Betriebsführung dieser Betriebe in Abstufungen zwischen Forprofit- und Nonprofit-Orientierung zu untersuchen sein. Als wichtiger, einflussnehmender Bestandteil im Pflegeprozess auf Anbieterseite sind die Mitarbeiter und deren berufliche Motivation in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben vertiefend zu betrachten.

Nach diesen Untersuchungen soll *Abschnitt IV* auf die Ableitung eines ganzheitlichen Qualitätsanspruches in der ambulanten und stationären Altenhilfe aus unterschiedlichen Definitionen heraus abzielen. Dies erfordert in einem ersten Schritt grundlegende Feststellungen zu Dienstleistungen in der Altenhilfe; in einem zweiten Schritt bedarf es einer kritischen Würdigung von Konzepten zur Qualität im Allgemeinen und zur Dienstleistungsqualität im Besonderen mit anschließenden Folgerungen für die Altenhilfe.

Das zweite Kapitel innerhalb dieses Abschnitts hat schließlich aus den vorgenannten Ausführungen zur Dienstleistungsqualität und weitergehend aus verschiedenen pflege- und haushaltswissenschaftlichen Konzepten zur Pflegequalität eine eigene, neue Identifizierung von „bewohnerorientierter Pflegequalität“ zu extrapolieren.

Der abstrakten Definition soll eine Operationalisierung und Implementierung der bewohnerorientierten Pflegequalität als Bewertungsmaßstab folgen. Es ist die Notwendigkeit zu untersuchen, die bewohnerorientierte Pflegequalität in Abhängigkeit finanzieller Ressourcen eines Bewohners zu erweitern.

Der daran anschließende *Abschnitt V* soll die neu definierte bewohnerorientierte Pflegequalität in den Kontext bereits bestehender, implementierter Qualitätssicherungsme-

chanismen in der ambulanten und stationären Altenhilfe setzen. Dabei ist es erforderlich, im ersten Kapitel dieses Abschnitts zunächst gesetzlich determinierte Qualitätssicherungsmaßnahmen darzulegen. In diesem Kontext ist zu prüfen, welche Möglichkeiten zur Beeinflussung von gesetzlich determinierter Pflegequalität durch Integration monetärer Ressourcen von Bewohnern bestehen können. Zudem ist aufzuzeigen, welche freiwilligen, unter Umständen die gesetzlichen Vorgaben ergänzenden Zertifizierungsmaßnahmen von Qualitätssicherungssystemen den verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen an der Seite stehen. Dabei sollen Wirkungen von Zertifizierungen sind Ergebnisse aus Literatur und einer eigenen Fallanalyse dargelegt werden.

Eine Bewertung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und ausgewählter Zertifizierungen im Kontext der neu definierten bewohnerorientierter Pflegequalität unter Einbeziehung monetärer Gesichtspunkte schließt diese Arbeit ab.

## **II. Sozioökonomische Grundlagen und weitergehende Rahmenbedingungen zum Lebensabschnitt des Alters als Parameter zur Versorgung durch ambulante und stationäre Altenhilfe**

Ambulante und stationäre Versorgungsformen sehen sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts veränderten Voraussetzungen in gesellschaftlicher Hinsicht aber auch von Seiten der Nachfrager gegenüber als noch etwa 50 Jahre zuvor und werden sich künftig auf weitere Zäsuren einstellen müssen. Nicht nur veränderte Lebenslagen durch höhere Lebensalter, unterschiedliche Gesundheitszustände, andere Zielvorstellungen oder eigene Haushaltsformen beeinflussen die Gesamtsituation, sondern auch monetäre Mittel sowie Netzwerke und Familie spielen in Lebensformen im höheren Alter hinein. Deshalb wird innerhalb dieses Kapitels in einem ersten Schritt Raum für diese heterogenen Ausgangssituationen gegeben. Dies beinhaltet insbesondere die Korrelation zwischen Pflegebedürftigkeit und gelebter Haushaltsform im Alter, aus mehreren Perspektiven betrachtet. In einem zweiten Schritt wird ein Aspekt hervorgehoben, der einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung im Alter nehmen kann: Die Betrachtung von finanziellen Voraussetzungen für eine ambulante und stationäre Versorgung im Alter.

### **A. Betrachtung des Lebensabschnittes „Alter“: demographische Entwicklungen sowie Korrelationen zwischen Pflegebedürftigkeit und Haushaltsformen als Voraussetzung für eine Qualitätssicherung in der Versorgung älterer Menschen**

Der Lebensabschnitt des Alters zeichnet sich durch unterschiedliche Bedarfe, je nach Altersgruppe und Gesundheitszustand, aus und muss differenziert betrachtet werden. Dies zeigt sich in einer Vielzahl von veränderten Rahmenbedingungen, die sich in ihrer Konsequenz für die Versorgung dieser Gruppe von Menschen gegenseitig beeinflussen. Bei näherer Betrachtung ergibt sich ein inhomogenes Bild dahingehend, wie diese Altersgruppe lebt und welchen Einfluss der individuelle Gesundheitszustand einhergehend mit dem spezifischen Lebensalter, finanziellen Ressourcen und Wohnsi-

tuationen hat. Dies gilt für soziodemographische Entwicklungen, insbesondere unter dem Aspekt einer verlängerten Lebensperiode in der Nacherwerbsphase bei gleichzeitiger Erhöhung des Eintrittsalters zur Pflegebedürftigkeit ebenso wie für Haushaltsformen und Netzwerke.

### **1. Verlängerte Lebensperiode in der Nacherwerbsphase bei gleichzeitiger Verschiebung des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit**

Ein höheres Alter zu erreichen, ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts mit positiven Bildern wie den gesundheitsbewussten „best agern“ oder der gut situierten „generation silver“ besetzt. Dass diese Sichtweisen etwas eng greifen und sowohl unterschiedliche gesundheitliche und strukturelle als auch monetäre Voraussetzungen von Seiten der älteren Menschen implizieren, soll einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

Einer der entscheidenden Faktoren, warum das Bild des „alten Menschen“ nicht mehr vereinfacht gezeichnet werden kann, liegt in der vergleichsweise hohen Lebenserwartung bei analoger lang anhaltender relativ stabiler Gesundheit. Das Privileg, in der Nacherwerbsphase noch einmal einen neuen Lebensabschnitt beginnen zu können, kann in Deutschland als Phänomen ab der Mitte des 20. Jahrhunderts wahrgenommen werden. Mit meist schleichendem Beginn einer Pflegebedürftigkeit wandelt sich jedoch die Selbstbestimmtheit in eine immer stärker werdende Abhängigkeit von Familie, Freunden, sozialmedizinischen Diensten oder stationären Einrichtungen. Hierbei die Erhaltung einer qualitativ akzeptablen Lebensweise in den einzelnen Lebensabschnitten zu erreichen, stellt eine große Herausforderung für die älteren Menschen selbst, aber auch für das sie umgebende Netzwerk dar.

a) Demographische Ausgangslage, Dauer der Nacherwerbsphase und einsetzende Pflegebedürftigkeit als Wendepunkt im Alter

In Deutschland leben zu Beginn des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts knapp 82 Millionen Menschen, davon etwa 42 Millionen Frauen und 40 Millionen Männer.<sup>26</sup> Ein Jahresvergleich von 1900, 1950 und 2000 macht deutlich, dass die Bevölkerung bis zum Ende des 20. Jahrhunderts kontinuierlich anstieg; Prognosen gehen jedoch davon aus, dass die Population bis 2050, auch bei Einbeziehung eines jährlichen Zuwanderungsüberschusses von 100.000 bis 200.000 Menschen, auf rund 69 bis 74 Millionen Menschen zurückgehen wird.<sup>27</sup> Es ist zu beobachten, dass der Anteil der unter 20-Jährigen bis zum Jahr 2000 stark sank und bis 2050 weiter sinken wird; der Anteil der Menschen zwischen 20 und 59 Jahren an der Gesamtbevölkerung wird voraussichtlich von 2000 bis 2050 um etwa 11 Prozentpunkte auf 45 Prozent abnehmen. Gleichzeitig erfolgt innerhalb dieses Zeitraums ein erheblicher Zuwachs des Anteils der über 60-Jährigen um 16 Prozentpunkte.<sup>28</sup>

Wie aus Tab. II-1 ersichtlich, wird sich nach diesen Prognosen der Altersaufbau der Bevölkerung von 1950 bis 2050 bei einer nahezu identischen Bevölkerungszahl reziprok darstellen, das heißt, im Jahr 2050 werden in der Bundesrepublik etwa halb so viele unter 20-Jährige und weit mehr als doppelt so viele über 60-Jährige leben wie im Jahr 1950.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b), S. 1 f.

<sup>27</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006c), Tab. 1 und 2 unter Einbeziehung des Mittels der Zuwanderung von 100 000 bis 200 000 Menschen.

<sup>28</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009), Variante 1-W1 AG und Variante 2-W2 AG; vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a), S. 1; vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b), S. 1 f.; vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006c), Tab. 1 und 2 unter Einbeziehung des Mittels der Zuwanderung von 100 000 bis 200 000 Menschen; vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 14 ff.

<sup>29</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009), Variante 1-W1 AG und Variante 2-W2 AG.

<b>Bevölkerungsentwicklung und -prognose von 1900 bis 2050</b>				
	<b>1900<sup>1)</sup></b>	<b>1950<sup>2)</sup></b>	<b>2000<sup>3)</sup></b>	<b>2050<sup>4)</sup></b>
<b>Gesamt (in Mio.)</b>	56,40	69,34	82,26	72,49
<b>Anteil (in Mio.) 0 - 19 Jahre</b>	24,90 (≈ 44 %)	22,09 (≈ 32 %)	18,35 (≈ 21 %)	11,09 (≈15 %)
<b>Anteil (in Mio.) 20 - 59 Jahre</b>	27,00 (≈ 48 %)	37,12 (≈ 53 %)	44,50 (≈ 56 %)	32,17 (≈45 %)
<b>Anteil (in Mio.) ab 60 Jahre</b>	4,40 (≈ 8 %)	10,12 (≈15 %)	19,41 (≈ 24 %)	29,23 (≈ 40 %)

<sup>1)</sup> Damaliges Gebiet des Deutschen Reiches.

<sup>2)</sup> Früheres Bundesgebiet einschließlich ehemaliger DDR.

<sup>3)</sup> Aufgrund der Rundung der Prozentsätze sind Kumulationen auf über 100 Prozent möglich.

<sup>4)</sup> Bis 2008 Datenbasis, ab 2009 Durchschnittswerte der Prognosen des Statistischen Bundesamtes

Tab. II-1: Bevölkerungsentwicklung und -prognose von 1900 bis 2050<sup>30</sup>

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass insbesondere die Anzahl der Hochbetagten erheblich anwächst. Betrug der Anteil der über 80-jährigen um 1900 lediglich rund 0,5 Prozent der Bevölkerung, so belief er sich im Jahr 2005 auf etwa 4 Prozent, Prognosen für 2050 gehen von einem Anteil von 12 Prozent aus.<sup>31</sup> Deutlich wird dies auch bei der Betrachtung der ferneren durchschnittlichen Lebenserwartung. Es wird prognostiziert, dass zu Beginn des 21. Jahrhunderts geborene Mädchen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 88,7 Jahren haben, Jungen von 83,3 Jahren.<sup>32</sup> Gleichzeitig haben bereits 60-jährige Frauen voraussichtlich noch im Schnitt 25,9 Lebensjahre vor sich, 60-jährige Männer etwa 21,5 Lebensjahre. Betrachtet man zu diesem Zeitpunkt die Gruppe der bereits 80-Jährigen, so haben vermutlich Frauen noch eine durchschnittli-

<sup>30</sup> Eigene Berechnung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009), Variante 1-W1 AG und Variante 2-W2 AG; in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006c), Tab. 1 und 2 unter Einbeziehung des Mittels der Zuwanderung von 100 000 bis 200 000 Menschen; sowie in Anlehnung an Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 14.

<sup>31</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 15.

<sup>32</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006d), S. 2.

che Lebenserwartung von 10,11 Jahren, Männer von 8,4 Jahren.<sup>33</sup> Im Jahr 2050 wird der Anteil der Gruppe der über 95-Jährigen nach amtlichen Schätzungen eine dreiviertel Million Menschen, also etwa 1 Prozent der Bevölkerung, betragen.<sup>34</sup>

Neben dieser Zunahme der hochaltrigen Bevölkerung ist eine besonders hervorzuhebende Entwicklung für den Lebensabschnitt der Nacherwerbsphase in einer längeren Rentenzeit bei einer in Relation zur Lebenserwartung eher früh endenden Erwerbstätigkeit erkennbar: Noch vor etwa 120 Jahren, als 1889 im damaligen Deutschen Reich die staatliche Altersversicherung eingeführt wurde, erreichten nicht mehr als ein Viertel der Versicherten die damalige gesetzliche Altersgrenze von 70 Jahren.<sup>35</sup> Dabei war für die monetäre Versorgung der älteren Menschen nicht die Familie oder Hausgemeinschaft die wichtigste Stütze, sondern vor allem die eigene Arbeitskraft. Dies bedeutete meist, bis zum Tod erwerbstätig zu sein: Einen arbeitsfreien Lebensabend konnte sich bis in die Zeiten der Bundesrepublik nur ein verschwindend geringer Anteil, respektive die Allerreichsten, leisten.<sup>36</sup>

Im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts dauert die Erwerbstätigkeit nicht mehr bis zum Lebensende, sondern endet je nach Rentenbeginn zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr. Dies stellt die Gesellschaft unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit<sup>37</sup> inzwischen vor große Probleme: Wie aus der oben gezeigten demographischen Darstellung ersichtlich, ist eine langfristige Abnahme der Erwerbspersonenzahl in der mittleren Altersgruppe zwischen 20 und 59 Jahren abzusehen, so dass dies neben einer Verringerung des Wachstums des Volkseinkommens insbesondere zu einer Verringerung der Beitragszahlungen in die Sozialversicherungen führen kann. Vor diesem Hintergrund soll ab dem Jahr 2012 eine stufenweise Verlängerung der Lebensarbeitszeit

---

<sup>33</sup> Eigene Berechnung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006e), Tab. Jahrgang 2004/weiblich und Tab. Jahrgang 2004/männlich, jeweils gemittelte Werte der Trendvarianten V1 und V2. Die Zahlen beziehen sich auf das frühere Bundesgebiet.

<sup>34</sup> Eigene Berechnung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009), Variante 1-W1 AG und Variante 2-W2 AG.

<sup>35</sup> Vgl. Mayer, Karl Ulrich (1992), S. 518.

<sup>36</sup> Vgl. Witt, Dieter; Priem, Katja (1997), S. V-1 ff.

<sup>37</sup> Es ist hier die temporale Generationengerechtigkeit angesprochen, die eine gerechte Verteilung zwischen zeitgleich lebenden jungen, mittelalten und älteren Menschen impliziert, mit dem Anspruch, dass alle Generationen als gleichwertig anzusehen und keine besser oder schlechter gestellt werden sollte als eine andere. Vgl. Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2008), S. 413.

eingeführt werden, mit der Konsequenz, dass zwischen den Jahren 2012 und 2029 das Renteneintrittsalter schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben wird: Ab 2012 pro Jahr um einen Monat, ab 2024 jährlich um jeweils zwei Monate, bis schließlich im Jahr 2029 das Renteneintrittsalter 67 Jahre betragen wird.<sup>38</sup>

Daraus folgt, auch bei Erhöhung des Renteneintrittsalters, dass der Lebensabschnitt des Alters, wenn er mit Beginn der Nacherwerbsphase definiert wird, zu Beginn des 21. Jahrhunderts mindestens zwei bis drei, in Ausnahmefällen auch knapp vier Jahrzehnte umfassen und damit deutlich länger als die Jugendphase andauern kann. Ausgehend von dieser langen Lebensperiode im Rentenalter kann das Bild von Senioren nicht mehr einheitlich gezeichnet werden; vielmehr müssen beispielsweise unterschiedliche Lebensweisen abhängig von Gesundheits- und Versorgungszuständen beachtet werden.<sup>39</sup>

In den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde hierzu eine Einteilung in drei Abschnitte des Alters vorgenommen: die erste Phase der „jungen Alten“ (von 60 bis 69 Jahre), die zweite Phase des Umbruchs von „jung“ zu „alt“ zwischen 70 und 74 Jahren, meist ausgelöst durch eigene Erkrankung oder Verlust des Lebenspartners, sowie die dritte Phase der „alten Alten“ (75 Jahre und älter).<sup>40</sup> Diese Einteilung in verschiedene Lebensabschnitte muss aufgrund der Lebensumstände der heutigen Senioren modifiziert werden.

Insbesondere für die „jungen Alten“ und die Phase des Umbruchs können, als Konsequenz aus der langen Periode des Alters und der Möglichkeit, relativ früh aus der Erwerbstätigkeit auszuschneiden, zwei auffallende Kennzeichen beobachtet werden: Mehr *Freizeit* bei gleichzeitig hoher *Mobilität*. Die Prognosen aus dem Jahr 1995, dass die Zunahme des PKW-Bestandes bis 2010 maßgeblich auf eine erhöhte Mobilität von Senioren zurückzuführen sei,<sup>41</sup> bestätigen sich heute insofern, dass aufgrund eines Kohorteneffekts die Mobilität, die der Ruhestandsphase vorausging, in die Rentenphase

---

<sup>38</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2006b), S. 1 f.

<sup>39</sup> Vgl. Witt, Dieter; Priem, Katja (1997), S. V-1 ff.

<sup>40</sup> Vgl. Asam, Walter; Altmann, Uwe; Vogt, Wolfgang (1990), S. 28.

<sup>41</sup> Vgl. Shell (Hrsg.) (1995), S. 13 ff.

weitergetragen wird.<sup>42</sup> Die Verkehrsausgaben, belegt im Anteil am Privatkonsum, stiegen beispielsweise innerhalb von 20 Jahren (von 1983 - 2003) in der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen von zehn auf 14 Prozent, bei den Senioren über 70 Jahren von sechs auf neun Prozent.<sup>43</sup>; 73 Prozent aller Rentnerhaushalte sind im Jahr 2008 mit einem KFZ ausgestattet.<sup>44</sup> Auch weitere Verkehrsmittel, wie Nutzung des PKW als Mitfahrer, Fahrrad, öffentliche Verkehrsmittel, Taxi oder motorisiertes Zweirad spielen eine große Rolle für die Mobilität der älteren Generation bis ins hohe Alter hinein.<sup>45</sup>

Die Bedeutung von Mobilität steigt mit zunehmendem Alter, da mit ihr ein hohes Maß an *Selbständigkeit* und *Selbstbestimmung* einhergeht.<sup>46</sup> Mobilität und Aktivität spielen insofern eine große Rolle im Alter, als sich mit deren Einschränkung auch eine Veränderung in der Lebensführung der älteren Menschen vollzieht.

Abhängig vom Gesundheitszustand im jeweiligen Alter verändern sich, je nach Möglichkeit zur Aktivität, die Interessen. *Freizeitaktivitäten* außer Haus verringern sich mit steigendem Alter zugunsten von Tätigkeiten im Haus, wie Lesen, Fernsehen oder Nahrungszubereitung.<sup>47</sup> Auffallend zu werten ist die relativ gleichbleibend hohe Gewichtung der *sozialen Kontakte* in den einzelnen Altersstufen: Besuch haben, Kontakt zur Jugend pflegen oder Freunde und Bekannte treffen ist und bleibt in jedem Alter wichtig. Auch auf *gepflegtes Aussehen* wird bis ins hohe Alter großer Wert gelegt.<sup>48</sup>

Schleichend, aber unaufhaltsam nimmt eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zunehmend Einfluss auf Mobilität, Aktivität und Selbstbestimmung: Mit höhe-

---

<sup>42</sup> Vgl. Shell Deutschland Oil GmbH (Hrsg.) (2009), S. 17.

<sup>43</sup> Vgl. Shell Deutschland Oil GmbH (Hrsg.) (2009), S. 17.

<sup>44</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008), Tab. 3.7., o. S. Der Ausstattungsgrad der Haushalte, die mindestens ein Kraftfahrzeug besitzen, erhöhte sich zwischen 1998 und 2008 um 2 Prozentpunkte von 75 % auf 77 % der Haushalte in Deutschland. Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008), Tab. Ü 2.2., o. S.

<sup>45</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007), S. 41 ff.

<sup>46</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007), S. 41.

<sup>47</sup> Vgl. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (Hrsg.) (1999), S. 57 ff.

<sup>48</sup> Vgl. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (Hrsg.) (1999), S. 63 f.

rem Alter steigt die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit<sup>49</sup> exponentiell an (siehe Abb. II-1).

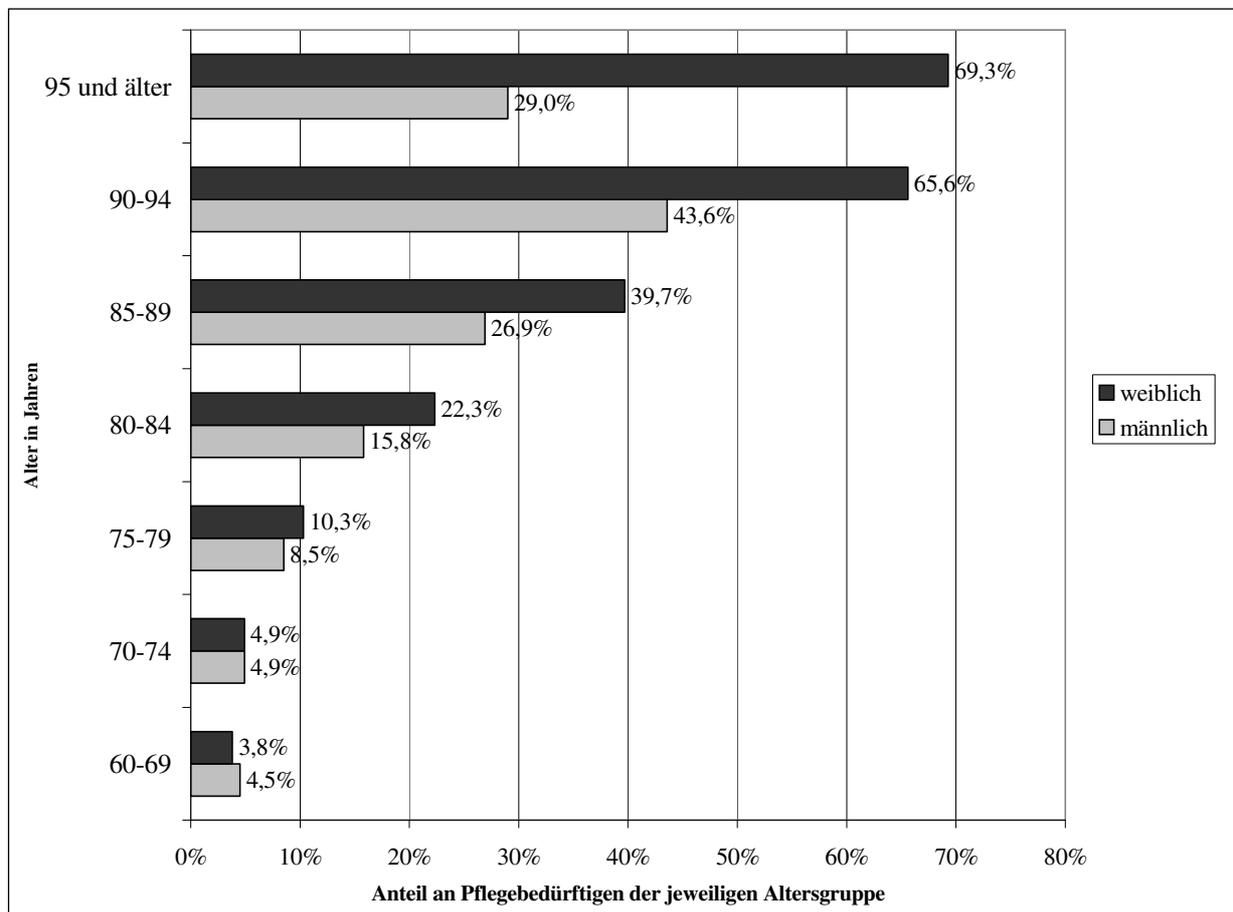


Abb. II-1: Alters- und geschlechtsspezifischer Anteil an Pflegebedürftigen in Deutschland<sup>50</sup>

Während von der Jugend bis zum Ende des sechsten Lebensjahrzehnts jeweils unter einem Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist, steigen Anteil und Schweregrad im höheren Alter zunächst moderat und ab dem 80. Lebensjahr stark an. Von den 80- bis 84-Jährigen bezieht knapp ein Fünftel Leistungen aus der Pflegeversicherung, von den 85- bis 89-Jährigen mehr als ein Drittel und von den über 90-Jährigen mehr als die Hälfte. Hinzu

<sup>49</sup> Pflegebedürftigkeit wird laut Gesetz folgendermaßen definiert: „Pflegebedürftig [...] sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“ § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

<sup>50</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), S. 13.

kommt, dass der Anteil der pflegebedürftigen Frauen im Vergleich zum Anteil der pflegebedürftigen Männer ab 80 Jahren überproportional zunimmt.<sup>51</sup>

Insgesamt befinden sich in der Mitte des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts 2,13 Millionen Menschen, das heißt 2,6 Prozent der Bevölkerung, in einem im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes eingestuften Zustand der Pflegebedürftigkeit und erhalten damit einen Anspruch auf finanzielle Leistungen.<sup>52</sup> Dass diese unterschiedlichen Stufen der Pflegebedürftigkeit Einfluss auf die Versorgungsformen nehmen müssen, ist Gegenstand des nächsten Kapitels.

b) Ambulante und stationäre Versorgung in Abhängigkeit von einer Pflegebedürftigkeit

Eine Betrachtung der Versorgungsform der älteren Menschen in Abhängigkeit von einer Pflegebedürftigkeit ergibt folgendes Bild: Von den Pflegebedürftigen wird etwa ein Drittel in vollstationären Einrichtungen versorgt; eine Pflege zu Hause findet bei knapp zwei Dritteln der Senioren statt, davon wiederum etwa zwei Drittel versorgt durch Angehörige und zu einem Drittel mithilfe ambulanter Pflegedienste.<sup>53</sup>

In einer stationären Versorgung befinden sich 41 Prozent der Bewohner in Pflegestufe I, 40 Prozent in Pflegestufe II und knapp ein Fünftel in Pflegestufe III.<sup>54</sup> Der größte Teil der Senioren, die zu Hause gepflegt werden, kann der Pflegestufe I (61 Prozent) zugeordnet werden, knapp ein Drittel erhält Leistungen aus Pflegestufe II (30 Prozent) und neun Prozent befinden sich in Pflegestufe III.<sup>55</sup>

Vor dem Hintergrund der Möglichkeiten durch die soziale Pflegeversicherung entwickelt sich – vor allem für diejenigen Senioren, deren Pflegebedürftigkeit noch nicht

---

<sup>51</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), S. 13.

<sup>52</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007b), S. 13.

<sup>53</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 4.

<sup>54</sup> Eine weitergehende Erläuterung der Einteilung in Pflegestufen erfolgt in Kapitel II.A.2.c) Bedeutung von Netzwerken im Alter für die ambulante Versorgung, S. 28 ff.

<sup>55</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2011), S. 1.

allzu weit fortgeschritten ist – ein Trend hin zu ambulanter Pflege, denn diese ermöglicht den alten Menschen eine weitgehend unabhängige Lebensführung mit angegliederten Pflegediensten. Doch wenn die eigenständige Lebensführung aufgrund des sich extrem verschlechternden Gesundheitszustandes nicht mehr möglich ist, wird verstärkt eine Unterbringung in vollstationären Altenhilfeeinrichtungen notwendig.<sup>56</sup>

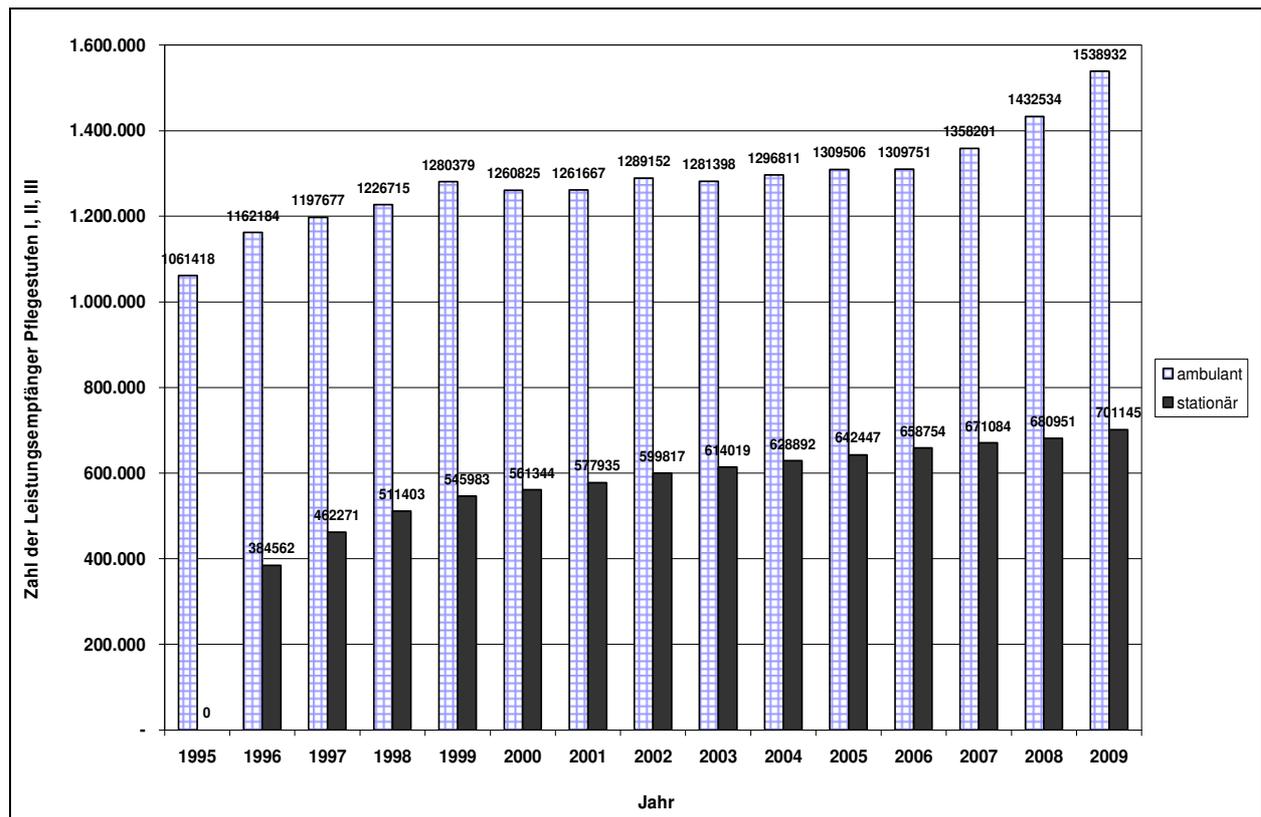


Abb. II-2: Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung der Pflegestufen I, II und III in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland seit 1995 (keine Erfassung im stationären Bereich im Jahr 1995)<sup>57</sup>

Wie aus Abb. II-2 ersichtlich, stieg zwischen 1995 und 2005 die Zahl derjenigen Personen, die stationär untergebracht und den Pflegestufen I, II und III zuzuordnen waren, in ähnlichem Maße, wie die Personenzahl der vergleichbaren Gruppe in der ambulanten Versorgung. Seit 2006 ist allerdings eine stärkere Zunahme der Betreuung mithilfe ambulanter Dienste im Vergleich zur stationären Versorgung zu verzeichnen. Dieses

<sup>56</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2011), S. 1, Statistisches Bundesamt (-Hrsg.) (2007a), S. 12; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004), S. 115.

<sup>57</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit (2011), S. 1.

Phänomen hängt eng mit den vorher genannten demographischen Faktoren, wie steigender Hochaltrigkeit bei gleichzeitiger verhältnismäßig guter Gesundheit sowie dem Wunsch zu Hause zu verbleiben<sup>58</sup>, zusammen.<sup>59</sup> Es ist zu erwarten und wird politisch gewünscht, dass sich dieser Trend fortsetzen wird, zumal eines der sozialpolitischen Ziele mit der Einführung der Pflegeversicherung dahingehend formuliert wurde, dass der Grundsatz einer ambulanten vor vollstationärer Pflege gelten soll.<sup>60</sup> So heißt es explizit:

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen Leistungen der vollstationären Pflege vor.“<sup>61</sup>

Und tatsächlich kann belegt werden, dass, bezogen auf die jeweilige Altersgruppe, der weitaus größte Teil der Senioren ab 65 Jahren (das heißt über 93 Prozent dieser Altersstufe) in der eigenen Wohnung und lediglich knapp sieben Prozent in Einrichtungen untergebracht sind, die als Sonderwohnformen bezeichnet werden können. Von diesen sieben Prozent der älteren Menschen halten sich etwas mehr als fünf Prozent in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen auf und weniger als zwei Prozent in speziellen Altenwohnungen beziehungsweise dem Betreuten Wohnen.<sup>62</sup> Der Verzicht auf einen eigenen Haushalt wird von Senioren immer später in Betracht gezogen beziehungsweise bis zum Tod möglichst ganz vermieden.<sup>63</sup>

Es erster erkennbarer Trend, dass sich, parallel zum späteren Beginn der Pflegebedürftigkeit das durchschnittliche *Eintrittsalter* in eine Einrichtung der stationären Altenhil-

---

<sup>58</sup> Siehe hierzu Kapitel II.A.2.c), Bedeutung von Netzwerken im Alter für die ambulante Versorgung, S. 28 ff.

<sup>59</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), S. 12; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004), S. 115.

<sup>60</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1997) S. 8 und § 3 SBG XI.

<sup>61</sup> § 3 Abs. 1 Satz 1 u. 2 SGB XI.

<sup>62</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2001), S. 124.

<sup>63</sup> Von Schweitzer, die einen Lebenszyklus für den privaten Haushalt entwickelte, bezeichnete diesen Abschnitt als „Abbauphase“, beginnend mit dem Tod des Lebenspartners. Vgl. Schweitzer, Rosemarie von (1983), S. 375.

fe hin zu einem späteren Zeitpunkt verschiebt, gilt insbesondere für die Altersgruppe der unter 75-Jährigen, wie Tab. II-2 veranschaulicht. So verringert sich seit 1994 der Anteil an pflegebedürftigen Bewohnern zwischen 60 und 74 Jahren in stationären Altenhilfeeinrichtungen. Der erste Trend zur Verringerung des Altersanteils der 75- bis 89-Jährigen, der sich zwischen 1994 und 2005 abzeichnete, manifestiert sich gegenwärtig allerdings nicht. Bei den Hochaltrigen über 90 Jahren ist über den Zeitraum zwischen 1994 und 2009 eine Zunahme dieser Altersgruppe erkennbar.<sup>64</sup> Gleichzeitig werden immer noch mehr als die Hälfte (52 Prozent) der Menschen ab 90 Jahren zu Hause versorgt.<sup>65</sup>

Altersgruppe	1994	1999	2005	2009
Unter 60 Jahre	6 %	5 %	5 %	5 %
60 bis 74 Jahre	18 %	18 %	14 %	14 %
75 bis 89 Jahre	59 %	54 %	55 %	60 %
90 Jahre und älter	17 %	23 %	26 %	21 %

Tab. II-2: Altersanteil der pflegebedürftigen Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen von 1994 bis 2009 (in Prozent)<sup>66</sup>

Dennoch zeigt sich in den letzten Jahren kein Trend weg von der Pflege zu Hause hin zu einer vollstationären Versorgung. Dies wird damit belegt, dass zwischen 2007 und 2009 ein Anstieg der vollstationären Versorgung um 4,6 Prozentpunkte zu verzeichnen war, bei der Pflege zu Hause hingegen eine Zunahme um 5,4 Prozentpunkte. Zudem konnte ein überdurchschnittlicher Anstieg insbesondere für eine professionelle Betreuung durch ambulante Dienste erfasst werden.<sup>67</sup>

<sup>64</sup> Eigene Berechnung in Anlehnung an Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 128 für das Jahr 1994, Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002) für das Jahr 1999, S. 13, Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007), S. 13 für das Jahr 2005 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 8 für das Jahr 2009.

<sup>65</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), S. 13.

<sup>66</sup> Eigene Berechnung in Anlehnung an Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 128 für das Jahr 1994, Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002) für das Jahr 1999, S. 13, Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007), S. 13 für das Jahr 2005 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 8 für das Jahr 2009.

<sup>67</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 6.

Einhergehend mit der sozialpolitisch forcierten Vorrangstellung einer ambulanten vor stationärer Pflege wandeln sich damit Haushalts- und Netzwerkstrukturen älterer Menschen. Im Folgenden werden deshalb Haushaltsgrößen, Kennzeichen und Funktionen privater Haushalte sowie Netzwerke bei ambulanter Versorgung weiter aufgezeigt.

## **2. Daten zu Haushaltsgrößen, Kennzeichen und Funktionen privater Haushaltssysteme sowie Netzwerken bei überwiegend ambulanter Versorgung im Alter**

Private Haushaltssysteme unterscheiden sich zwar in ihrer Größe, deren Kennzeichen und Funktionen erweisen sich unabhängig von der Größe zumeist als ähnlich. Allerdings bedarf es, abhängig von der Haushaltsgröße, differenzierter Unterstützung durch Netzwerke, um die Funktionen aufrecht zu erhalten.

### **a) Größe und Anzahl von Haushalten unter besonderer Betrachtung von Seniorenhaushalten**

Bereits seit Mitte des 20. Jahrhunderts bis heute findet ein Wandel der Lebensvorstellungen, insbesondere der Art des Zusammenlebens, und damit einhergehend der Wohnverhältnisse, statt.<sup>68</sup>

Die Haushaltsgröße verringerte sich in Deutschland seit den 1950er Jahren stetig mit der Besonderheit, dass Einpersonenhaushalte zu Beginn des 21. Jahrhunderts alle anderen Haushaltsgrößen statistisch gesehen dominieren. Diese solitäre Wohnform bevorzugen jedoch keineswegs nur jüngere, sondern zunehmend ältere Menschen. Ebenso weisen Zweipersonenhaushalte eine positive Dynamik auf, wohingegen die Zahl der Haushalte mit drei und mehr Personen beständig sinkt. Nach einer Haushaltsvorausberechnung soll der Anteil der Einpersonenhaushalte in Deutschland von 38 Pro-

---

<sup>68</sup> Vgl. Nave-Herz, Rosemarie (1993), S. 13 f.

zent im Ausgangsjahr 2005 auf 41 Prozent im Jahr 2020 ebenso wie der Anteil der Zweipersonenhaushalte von 34 Prozent in 2005 auf 36 Prozent in 2020 steigen. Mit rückläufigen Tendenzen muss bei den klassischen Familienhaushalten, wie den Dreipersonen- bzw. bei den Vier- und Mehrpersonenhaushalten gerechnet werden.<sup>69</sup>

Gleichzeitig führt dies dazu, dass sich die Zahl der Haushalte anders als die Bevölkerung entwickeln wird: Bereits von 1991 bis 2005 wuchs die Zahl der Haushalte vier Mal so stark an wie die Zahl der in ihnen lebenden Menschen; bis 2020 wird die Bevölkerung in Privathaushalten voraussichtlich um drei Prozent sinken bei gleichzeitiger Zunahme der Haushalte um drei Prozent.<sup>70</sup>

Der Anteil derjenigen Senioren über 65 Jahren, die in einem Privathaushalt leben, belief sich im Jahr 2007 auf 30 Prozent der knapp 40 Millionen Gesamthaushalte, wobei 24 Prozent in der Form des Ein- oder Zweipersonenhaushalts von Senioren geführt wurden und in sechs Prozent der Fälle eine Lebensgemeinschaft von Senioren mit Jüngeren bestand.<sup>71</sup> Im Vergleich zu 1991 kann eine Steigerung des Anteils der Haushalte in Deutschland, in denen ausschließlich Personen über 65 Jahren lebten, um fast vier Prozentpunkte verzeichnet werden bei gleichzeitigem Rückgang des Anteils der Haushalte ohne ältere Menschen um vier Prozentpunkte. Der Anteil der Haushalte, in denen Ältere und Jüngere zusammen wohnen, bleibt so gut wie unverändert.<sup>72</sup>

Vielfältige Ursachen, wie verändertes Heiratsverhalten, spätere Familiengründungsprozesse oder die Bildung von Satelliten-Haushalten aufgrund großer Entfernungen zwischen Familie und Stätte der Berufsausübung spielen ebenso hinein wie demographische Faktoren, das heißt der Rückgang der Geburtenhäufigkeit sowie die Zunahme der Lebenserwartung insbesondere im hohen Alter.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2007), S. 26 ff.

<sup>70</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2007), S. 26.

<sup>71</sup> Diese prozentualen Anteile waren für das frühere Bundesgebiet ohne Berlin sowie die neuen Länder und Berlin weitestgehend gleich. Vgl. Rübenach, Stefan P.; Weinmann, Julia (2008), S. 776.

<sup>72</sup> Vgl. Rübenach, Stefan P.; Weinmann, Julia (2008), S. 776.

<sup>73</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2007), S. 26 ff.

Eine weiter sinkende Alterssterblichkeit, die immer noch höhere Lebenserwartung der Frauen sowie die schneller als bei Frauen zunehmende Lebenserwartung der Männer geben Indizien dafür, dass es vor allem im Seniorenalter zu einer Verstetigung in der Zunahme von Ein- bis Zweipersonenhaushalten kommen wird.<sup>74</sup>

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das bevorzugte Lebensumfeld für ältere Menschen der private Haushalt bleibt, obwohl in den 1970er Jahren ein verstärkter Verzicht auf diese Haushaltsform prognostiziert worden war, nämlich eine gesteigerte Nachfrage nach einer Unterbringung in stationäre Wohnformen.<sup>75</sup> Das Gegenteilige ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts beobachtbar, wie ausgeführt.

Den Ausführungen zu Größe und Anzahl der Haushalte in der Nacherwerbsphase folgen nun im nächsten Schritt eine Beschreibung von Kennzeichen beziehungsweise deren Funktionen.

#### b) Kennzeichen privater Haushaltssysteme und deren Funktionen in der Nacherwerbsphase

Ein ausgeprägtes Kennzeichen von privaten Haushalten liegt in der überwiegenden Selbstversorgung im Gegensatz zu hauswirtschaftlichen Großbetrieben, die eine ergänzende oder ersatzweise Versorgung vornehmen.<sup>76</sup>

---

<sup>74</sup> Die Entwicklung der Haushalte muss allerdings in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich beurteilt werden. Die regionalen Unterschiede zeichnen sich zum einen bei der Betrachtung der Gesamtzahl der Haushalte ab: In den alten Ländern kann, mit Ausnahme des Saarlands, von 2005 bis 2020 eine Zunahme der Haushalte um durchschnittlich 4 Prozentpunkte erwartet werden, hingegen in den neuen Bundesländern zeichnet sich, mit Ausnahme von Brandenburg, ein Rückgang der Haushalte um durchschnittlich fünf Prozentpunkte ab. Zum anderen werden sich insbesondere bei den Einpersonenhaushalten deutliche Abweichungen zeigen: Während von 2005 bis 2020 in den alten und neuen Flächenländern der Anteil der Ein- und Zweipersonenhaushalte etwa gleich stark um zwei bis vier Prozentpunkte steigen wird, wird in den Stadtstaaten der Anteil der Zweipersonenhaushalte konstant bleiben bei gleichzeitiger Zunahme der Einpersonenhaushalte um etwa 3 Prozentpunkte. Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2007), S. 28 ff.

<sup>75</sup> Vgl. Bottler, Jörg; Seel, Ingrid (1976), S. 324 f.

<sup>76</sup> Vgl. Piorkowsky, Michael-Burkhard (1997), S. 14.

Private Haushalte müssen demnach als Systeme erfasst werden, die von sich aus als eigenständige beziehungsweise ergänzende Institutionen einen Versorgungsverbund mit anderen Institutionen zum Zweck der persönlichen Bedarfsdeckung und Bedürfnisbefriedigung eingehen.<sup>77</sup>

Wurden private Haushalte in der Vergangenheit meist mit Familiensystemen in Verbindung gesetzt,<sup>78</sup> so gehen modernere Forschungsansätze von unterschiedlichen Lebensmodellen aus, deren überwiegende Zusammensetzung zwar noch durch familiäre Strukturen vorherrschen, jedoch auch nicht-familiär ausgeprägt sein können.<sup>79</sup> Hierzu zählen beispielsweise Haushaltsformen durch Wohngemeinschaften, die bis Ende der 1990er Jahre dadurch charakterisiert waren, dass sie eine Durchgangsstation für junge Leute auf dem engen Wohnungsmarkt darstellten. Daneben etablieren sich jedoch in den letzten Jahren Wohngemeinschaften der freien Wohlfahrt verstärkt für ältere Menschen.<sup>80</sup> Eine Weiterführung des Gedankens, dass sich Interessensgruppen eines Alters zur gegenseitigen Hilfe beispielsweise zur Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit unterstützen, mündet in neuen Wohnformen, die etwa über die Nutzung von Wohnparks mit Gemeinschaftsflächen realisiert werden. Nach diesem Konzept werden bereits seit den 1980er Jahren Wohnangebote genutzt, die unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ subsumiert werden können.<sup>81</sup> Auch hier kann noch eine weitestgehend eigenständige Haushaltsform im Rahmen der eigenen Kräfte unter Nutzung von zusätzlichen Versorgungsleistungen gewährleistet werden.

Insbesondere für private Haushalte in einer älter werdenden Gesellschaft als wichtig zu bewerten, stehen diese nicht solitär in einem Gesellschaftssystem, sondern befinden sich in einem engen Verbund mit den sie umgebenden Systemen und Organisationen.

*Innerhalb* des Haushalts werden Managementaufgaben erfüllt – wie Planung, Organisation sowie Kontrolle von Leistungen, deren operative Umsetzung durch die Produk-

---

<sup>77</sup> Vgl. Piorkowsky, Michael-Burkhard; (1997), S. 16. Zur Begriffsbestimmung von Bedürfnis und Bedarf siehe Kapitel III.B.1.a) Bedürfnisse älterer Menschen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe und daraus abgeleitete Bedarfe bei Pflegebedürftigkeit, S. 87 ff.

<sup>78</sup> Vgl. Schweitzer, von Rosemarie (1988), S. 27 ff.

<sup>79</sup> Vgl. Bottler, Jörg (1997), S. 135 ff.

<sup>80</sup> Vgl. Zapf, Karin (1999), S. 601.

<sup>81</sup> Vgl. Zapf, Karin (1999), S. 602.

tion von Versorgungs-, Pflege- und Erziehungsleistungen geschieht.<sup>82</sup> Je nach Möglichkeiten der eigenen Leistungserstellung reicht die Spannbreite der Haushaltsführung vom Selbstversorger-, über den Dienstleistungs- bis hin zum Vergabehaushalt.<sup>83</sup>

Kennzeichnend für die Aktivitätsbereiche im privaten Haushalt stellen sich einerseits *hauswirtschaftliche Arbeits- und Funktionsbereiche* dar, die beispielsweise die Pflege von Menschen sowie deren Verköstigung, aber auch Vorratshaltung, Wohnungs-, Wäschepflege umfassen. Andererseits lassen sich *marktwirtschaftliche Dispositionsbereiche* ableiten, die die Einkommensbeschaffung, die Einkommensverwendung sowie die Schaffung von Dispositionsfonds (Sparen, Versicherung, Kredite) beinhalten.<sup>84</sup> Diese Funktionsbereiche werden im späteren Kontext zur Pflegequalität vertiefend aufgegriffen.

Neben dieser grundsätzlichen Einteilung kann für private Haushalte eine tiefergehende Unterteilung der Funktionsbereiche erfolgen, die auch für Seniorenhaushalte gelten und für eine Betrachtung einer Qualitätssicherung ausschlaggebend sein kann.<sup>85</sup>

- *Regenerationsfunktion*: diese wird als die grundlegende Funktion des privaten Haushalts beschrieben. Hier handelt es sich im Wesentlichen um die Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen der besonderen Art, da sie einmalig und exklusiv für Mitglieder des privaten Haushalts produziert werden: Privathaushalte „erstellen, sichern und geben Versorgungs-, Pflege- und Erziehungsleistungen unmittelbar, dauerhaft, relativ zuverlässig und mit persönlicher Zuneigung verknüpft exklusiv für die Familien- und Haushaltsmitglieder ab.“<sup>86</sup>
- *Generative Funktion*: Steht bei der Generation im gebär- beziehungsweise zeugungsfähigen Alter die biologische Komponente der Nachwuchsgenerierung im Vordergrund, so kann bei älteren Menschen, die diese Funktion bereits abgeschlossen haben, zunächst der Aspekt der Unterstützung der jüngeren Generati-

---

<sup>82</sup> Vgl. Piorkowsky, Michael-Burkhard; (1997), S. 20 ff.; vgl. Schweitzer, von Rosemarie (1988), S. 27 ff.; vgl. Witt, Dieter (1985), S. 479 ff.

<sup>83</sup> Vgl. Watz, Barbara (1976), S. 271 f.

<sup>84</sup> Vgl. Schweitzer, Rosemarie von (1968), S. 29 ff.

<sup>85</sup> Piorkowsky hat in einer ausführlichen Zusammenstellung allgemeine Aussagen zu den Haushalts- und Familienfunktionen mehrerer einschlägiger Autoren aus der Haushaltswissenschaft zusammengetragen, wie beispielsweise Tschammer-Osten, von Schweitzer, Kosiol, Luhmann. Für eine vertiefende Literatur der Haushaltsfunktionen sei auf die Hauptquelle verwiesen: Piorkowsky, Michael-Burkhard (1997), S. 46 ff.

<sup>86</sup> Schweitzer, Rosemarie von (1991), 158.

on im Vordergrund stehen, zum Beispiel bei Versorgungsaufgaben an Enkeln bevor sie selbst im hohen Alter auf Beistand angewiesen sind.

- *Sozialisationsfunktion:* Diese wirkt sowohl innerhalb der Familie durch eine bestimmte Werte- und Rollenvermittlung, aber auch auf die Gesamtgesellschaft, indem bestimmte Normvorstellungen innerhalb des sozialen Gefüges weitervermittelt werden und eine Gesellschaft prägen können.
- *Politische Funktion:* Private Haushalte beziehungsweise deren Mitglieder zeichnen sich als Bürger in Form eines demokratischen Souverän in Deutschland aus und erhalten eine entscheidende Einflussmöglichkeit auf politische Entscheidungen, zum Beispiel in der künftigen Finanzierung von Pflege. Aufgrund der demographischen Entwicklung kann insbesondere diese Funktion in Zukunft an Bedeutung gewinnen.
- *Ökonomische Funktion:* Diese liegt einerseits im Faktorangebot und hier neben einer erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Möglichkeit vor allem auch im Angebot an ehrenamtlicher Tätigkeit, etwa Betreuungsleistungen. Andererseits zeichnen sich Seniorenhaushalte durch eine ausgeprägte Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen aus.<sup>87</sup>

Die genannten Haushaltsstrukturen werden im Folgenden im Kontext von Netzwerken im Alter sowie deren ambulanten Versorgungsmöglichkeiten näher betrachtet.

### c) Bedeutung von Netzwerken im Alter für die ambulante Versorgung

Wie erläutert, besteht der Wunsch der meisten älteren Menschen darin, so lange wie möglich selbständig zu bleiben, unter Bevorzugung der Lebensform in einem Ein- oder Zweipersonenhaushalt. In der Vergangenheit wurde aus dem Trend zur Eigenständigkeit der Senioren die Schlussfolgerung gezogen, dass damit auch ein Verlust von Beziehungen und Zusammenhalt zwischen den Generationen einhergehen müsste. Erkenntnissen eines Familiensurveys des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Deutschen Jugendinstituts zufolge findet je-

---

<sup>87</sup> Vgl. Piorkowsky, Michael-Burkhard (1997), S. 46 ff.

doch über Haushaltsgrenzen hinaus ein regelmäßiger Austausch zwischen den Generationen statt.<sup>88</sup>

Es bestehen vielfältige Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen, die von Seiten der älteren Generation sehr häufig in Form materieller Unterstützung oder durch Kinderbetreuung geleistet werden, während die Jüngeren den Älteren instrumentelle Hilfe und emotionalen Zuspruch geben. Bei beiden Generationen besteht sowohl das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Beziehungen und Nähe als auch nach Autonomie beziehungsweise Distanz.<sup>89</sup> Dies trifft auch bei räumlicher Trennung zu den Kindern zu, wobei Daten des Alterssurveys aus den Jahren 1996 bis 2002 Veränderungen andeuten: Während im Jahr 1996 noch etwa 73 Prozent der 55- bis 69-Jährigen angeben, in der Nähe<sup>90</sup> zu mindestens eines ihrer Kinder ab 16 Jahren zu wohnen, beläuft sich dieser Anteil im Jahr 2002 nur noch auf etwa 65 Prozent. Gleichzeitig erhöht sich im Schnitt der Anteil derjenigen Kinder, die in höchstens zwei Stunden erreichbar sind, von knapp 20 Prozent im Jahr 1996 auf 26 Prozent in 2002.<sup>91</sup>

Dabei beginnt sich ein Trend abzuzeichnen, der insbesondere in den ländlichen Gebieten der neuen Bundesländer zutrifft: Im Zuge der deutschen Binnenwanderung ziehen oder pendeln Kinder zu einem entfernten Arbeitsort, die Eltern bleiben hingegen in der Heimat. Hinzu kommt, dass die geographische Distanz mit der sozialen Schicht zu korrelieren scheint: Je höher die Bildungsschicht, desto größer zeichnen sich die räumlichen Distanzen zwischen Eltern und erwachsenen Kindern ab.<sup>92</sup> Dennoch halten mehr als drei Viertel der Senioren einmal wöchentlich Kontakt zur Familie, immerhin

---

<sup>88</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 284; vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2001), S. 37 ff.

<sup>89</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2001), S. 37 f.

<sup>90</sup> Unter dem Oberbegriff „in der Nähe“ werden die drei Bestimmungsfaktoren „im selben Haus“, „in der Nachbarschaft“ und „im gleichen Ort“ subsumiert. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 302.

<sup>91</sup> Diese Altersgruppe ist insofern zu betrachten, da sie zum Zeitpunkt 2002 zwar noch zu den zum größeren Teil Erwerbstätigen, aber spätestens im Jahr 2012 zu den Rentnern zählen. Zum Zeitpunkt der Arbeit lagen keine aktuelleren Daten vor. Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 302.

<sup>92</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 302 f.

fast die Hälfte der älteren Menschen trifft sich jeden Tag mit Angehörigen. Einsamkeitsgefühle bestehen bei weniger als zehn Prozent der Senioren.<sup>93</sup>

Meist mit zunehmender Verschlechterung der gesundheitlichen Situation im hohen Alter müssen Senioren immer mehr von ihrer Autonomie aufgeben. Der damit einhergehende erhöhte Bedarf an pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen wird beim Großteil der Fälle mit familiärer Hilfe, eventuell in Verbindung mit ambulanten und teilstationären Dienstleistungsanbietern, gedeckt. Ein häufiger Irrtum bei der Pflege durch die Familie besteht in der Annahme, dass die so genannte „Kernfamilie“, das heißt Eltern mit kleinen oder jugendlichen Kindern, die Gesundheits- und Sozialfürsorge der Großmutter oder des Großvaters zu übernehmen hätte. Vielmehr wird häufig durch die Großeltern selbst, respektive die Großmutter, die Fürsorge für die hochbetagten Urgroßeltern übernommen. Es sind oft nicht mehr die Frauen mittleren Alters, sondern die Jungseniorinnen im sechsten und siebten Lebensjahrzehnt, die aufgrund der demographischen Entwicklung und der Rüstigkeit für die Pflege der eigenen alten Eltern aufkommen.<sup>94</sup>

Unterstützend wirken die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung, die die Pflegebedürftigkeit (insbesondere älterer Menschen) einer monetären und zeitlichen Bewertung unterwirft. Die Einteilung der Bedarfe nach dem Pflegeversicherungsgesetz erfolgt bei zunehmender Pflegebedürftigkeit in drei Stufen mit steigenden Pflegeleistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität sowie bei hauswirtschaftlicher Unterstützung (siehe Tab. II-3). Berücksichtigt werden hier steigende Bedarfe unter Annahme durchschnittlicher Zeitaufwände pro Tag.

---

<sup>93</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1998b), S. 12.

<sup>94</sup> Vgl. Nave-Herz, Rosemarie (1993), S. 13.

<b>Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Grundpflege</b>			<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>
	<b>Körperpflege</b>	<b>Ernährung</b>	<b>Mobilität</b>	
Wer auf Dauer, mindestens sechs Monate, wegen Krankheit oder Behinderung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waschen</li> <li>- Duschen</li> <li>- Baden</li> <li>- Zahnpflege</li> <li>- Kämmen</li> <li>- Rasieren</li> <li>- Darm- und</li> <li>- Blasenentleerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen</li> <li>- An- und Auskleiden</li> <li>- Gehen</li> <li>- Stehen</li> <li>- Treppensteigen</li> <li>- Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einkaufen</li> <li>- Kochen</li> <li>- Reinigen der Wohnung</li> <li>- Spülen</li> <li>- Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung</li> <li>- Beheizen</li> </ul>
<b>Stufe I</b>	Mindestens einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen			zusätzlich mehrfach wöchentlich
Erheblich Pflegebedürftige	Mindestens 90 Minuten im Tagesdurchschnitt. Grundpflege muss mehr als 45 Minuten betragen.			
<b>Stufe II</b>	Mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten			zusätzlich mehrfach wöchentlich
Schwerpflegebedürftige	Mindestens 180 Minuten im Tagesdurchschnitt. Grundpflege muss mehr als 120 Minuten betragen			
<b>Stufe III</b>	Rund um die Uhr, auch nachts			zusätzlich mehrfach wöchentlich
Schwerstpflegebedürftige	Mindestens 300 Minuten im Tagesdurchschnitt. Grundpflege muss mehr 240 Minuten betragen			

Tab. II-3: Stufen der Pflegebedürftigkeit und erforderlicher Bedarf an Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung gemäß Pflegeversicherungsgesetz<sup>95</sup>

<sup>95</sup> Vgl. § 14 Abs. 4 SGB XI und § 15 Abs. 1 u. 3 SGB XI. Neben dieser Einteilung existiert noch die Pflegestufe „0“, die sich speziell an demenziell Erkrankte richtet. Demenz-Patienten befinden sich überwiegend in einer vergleichsweise guten körperlichen Verfassung, weshalb hier eine Einteilung nach körperlich bedingter Pflege nicht sinnvoll erscheint. Pflegebedürftige mit demenziellem Hintergrund erhalten deshalb außerhalb einer Pflegestufe Barmittel für eine ambulante Versorgung beziehungsweise in stationären Einrichtungen werden basierend auf Zusatzvereinbarungen der Träger mit den Sozialversicherungen zusätzlich Mitarbeiter zur Verfügung gestellt. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010a), S. 56 ff.

Zu beachten ist in dieser Aufstellung die Unterscheidung in hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege. Dies widerspricht der grundsätzlichen Einteilung des Versorgungsbedarfs für den privaten Haushalt aus hauswirtschaftlicher Sicht, der die Pflege lediglich als *einen Teil* der gesamten hauswirtschaftlichen Arbeits- und Funktionsbereiche des privaten Haushalts ansieht.<sup>96</sup> Hier erfolgt eine Fokussierung auf die regenerative Funktion des Haushalts, wobei diese zwar eine wichtige, aber nicht die einzige Aufgabe des privaten Haushalts darstellt.

Damit ist deutlich zu sehen, dass der tatsächliche Schwerpunkt der Pflegeversicherung in einer *Grundversorgung* mit einer starken Betonung hygienischer und medizinisch-pflegerischer Aspekte gesehen wird. Hauswirtschaftliche Leistungen, wie etwa Nahrungszubereitung oder der Erwerbsvorgang von Haushaltsmitteln, die auch die Komponente der Sozialisation, also Gespräche oder persönliche Zuwendung enthalten können, rücken deutlich in den Hintergrund.

Ein essentieller Faktor für das persönliche Wohlbefinden stellen jedoch, wie vorher erwähnt, Sozialkontakte dar: Kommunikation als ein wesentlicher Aspekt von gesellschaftlicher Integration bleibt in der Liste des erforderlichen Hilfebedarfs vollkommen unberücksichtigt, spielt aber in das individuelle Wohlbefinden und damit in eine Pflegequalität erheblich mit hinein. Diese Aspekte werden im Kontext nachgelagerter Kapitel weiter aufgegriffen.

Neben der Unterstützung durch familiäre Strukturen besteht zumeist ein weiteres wichtiges Netzwerk für Senioren durch Freunde, Nachbarn oder ehrenamtliche Helfer, da diese nicht selten wichtige Aufgaben in der Betreuung und Pflege älterer Menschen übernehmen.<sup>97</sup> Zwar beruhen diese Netzwerke auf anderen Normenvorstellungen im Vergleich zu familiären Beziehungen: In Familien wird das Prinzip einer bedürfnisorientierten Solidarität, auch ohne Aussicht auf Gegenleistung, zu Grunde gelegt; Freundschaften beruhen zum Teil stärker auf dem ausgleichorientierten Reziprozitäts-

---

<sup>96</sup> Siehe die vorherigen Ausführungen zu den Funktionsbereichen des privaten Haushalts in Kapitel II.A.2.b): Kennzeichen privater Haushaltssysteme und deren Funktionen in der Nacherwerbsphase, S. 25 ff.

<sup>97</sup> Vgl. Eichler, Melanie; Pfau-Effinger, Birgit (2008), S.165 ff.; vgl. Backes, Gertrud M.; Höltge, Jacqueline (2008), S. 277 ff.

prinzip, das für alle erhaltenen oder gegebenen Leistungen einen entsprechenden Ausgleich verlangt.<sup>98</sup> Dieser Ausgleich muss allerdings nicht immer monetär sein, er kann sich auch durch den Erhalt persönlicher Anerkennung oder durch das Bedürfnis nach Fremdhilfe generieren.

Dennoch erzeugen diese Beziehungen aus Freundschaften, Bekanntschaften oder ehrenamtlichen Helfern zugleich Gefühle von Nähe, Vertrautheit, Emotionalität und Sicherheit, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass private Netzwerke durch Freunde, Nachbarn und Ehrenamt neben der Familie künftig eine zentrale Bedeutung für die Lebenslage und Lebensqualität im Alter darstellen werden.<sup>99</sup>

Dass einer Nachfrage nach ehrenamtlichen Helfern zukünftig immer mehr Freiwillige gegenüberstehen könnten, zeichnet sich ab: So konnte in den letzten Jahren festgestellt werden, dass sich in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen immer mehr ehrenamtliche Helfer bereit erklären, Aufgaben unentgeltlich zu übernehmen: Waren im Jahr 1999 noch 31 Prozent dieser Altersgruppe ehrenamtlich aktiv, so konnte 2004 bereits ein signifikanter Anstieg auf 37 Prozent verzeichnet werden. Gleichzeitig verringerte sich der Anteil an Nicht-Aktiven von 39 Prozent in 1999 auf 30 Prozent in 2004.<sup>100</sup>

Ein privater Senioren-Haushalt bewegt sich zusammenfassend in ständigem Austausch zwischen mehreren Versorgungssystemen. Diese wurden von Bottler und Seel ursprünglich in drei Bereiche gefasst,<sup>101</sup> was aus heutiger Sicht jedoch zu kurz greift.

Die drei Bereiche umfassen neben dem privaten Haushalt als primärem Versorgungssystem noch Großhaushalte, wie beispielsweise Altenheime oder ambulante Dienste der freien Wohlfahrt, und als drittes Versorgungssystem erwerbswirtschaftliche Anbieter, wie Gastronomie oder private Anbieter ambulanter oder stationärer Versorgung. Neben diesen drei Versorgungssystemen sollte eine vierte Quelle zur Unterstützung im Alter einbezogen werden (siehe Abb. II-3): ehrenamtliche Helfer, ob organisiert oder

---

<sup>98</sup> Vgl. Ingersoll-Dayton, Berit; Antonucci, Toni C. (1988), S. 65 ff.

<sup>99</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 284.

<sup>100</sup> Vgl. Gensicke, Thomas. (2008), S. 121 ff.

<sup>101</sup> Vgl. Bottler, Jörg; Seel, Ingrid (1976), S. 326 ff.

einfach aus nachbarschaftlicher Umgebung, die unentgeltlich insbesondere personelle Unterstützung bieten. Das Ehrenamt kann bei allen Funktionen des ambulanten oder stationären Haushalts ergänzend zur Seite stehen.

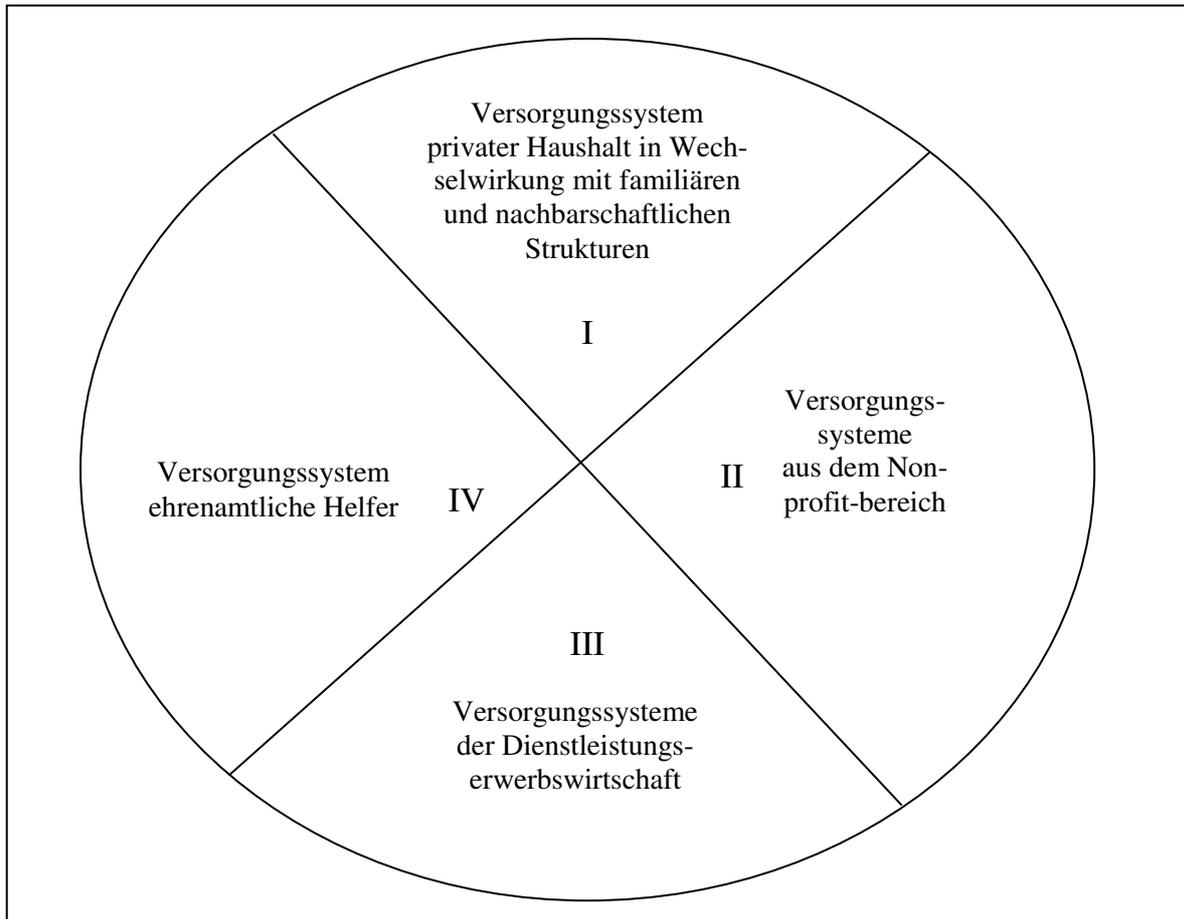


Abb. II-3: Versorgungssysteme im Alter<sup>102</sup>

Diese vier Versorgungssysteme sollten bei der Betrachtung einer qualitativ ansprechenden Unterstützung im Alter beachtet werden und können sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Anwendung finden.

<sup>102</sup> Eigene, erweiterte Darstellung des ursprünglich dreigliedrigen Versorgungsmodells nach Bottler, Jörg; Seel, Ingrid (1976), S. 328.

### **3. Stationäre Einrichtungen als Organisationsarten im Alter unter Berücksichtigung einer zum bisherigen Leben ungewohnten Wohn- und Lebenswelt**

Eine stationäre Versorgung gründet im Vergleich zur ambulanten Unterstützung unter anderem auf der Schwierigkeit, dass der ältere, zumeist pflegebedürftige Mensch, ein Umfeld zu verkraften hat, das als ungewohnt wahrgenommen wird. Für ein besseres Verständnis der unterschiedlichen Arten von Einrichtungen wird innerhalb dieses Kapitels aufgezeigt, dass im Vergleich zur ambulanten Versorgung im stationären Bereich gemeinnützige und staatliche Organisationen dominieren; dem schließt sich eine Typisierung von stationären Altenhilfeeinrichtungen an. Ausführungen zur besonderen Lebenssituation durch einen Übertritt in diese, im Vergleich zum bisherigen Leben, neue Wohnform werden ergänzt durch folgen Erläuterungen zu der als sehr komplex einzuschätzenden Struktur von stationären Altenhilfeeinrichtungen, die für alte Menschen mit Pflegebedarf eine Belastung darstellen kann.

#### a) Trägerschaften in der stationären Altenhilfe sowie Typisierung stationärer Versorgungsformen

Mehr als die Hälfte der stationären Altenhilfeeinrichtungen unterliegt derzeit einer frei-gemeinnützigen Trägerschaft (55 Prozent), etwa fünf Prozent wird von öffentlichen Trägern betrieben. Dahingegen wird etwas mehr als ein Drittel von privat-gewerblichen Trägern (40 Prozent) betrieben.<sup>103</sup> Damit ist festzustellen, dass der größte Teil der stationären Altenhilfeeinrichtungen, das heißt die gemeinnützigen und staatlichen Versorgungsleistungen, von so bezeichneten Nonprofit-Organisationen (NPO) getragen werden. Dieser Aspekt wird im späteren Kapitel bei der Betrachtung unterschiedlicher Zielsysteme von gemeinwirtschaftlichen und privatwirtschaftlichen Betrieben näher erläutert.<sup>104</sup>

---

<sup>103</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 15.

<sup>104</sup> Siehe Kapitel III. Ambulante und stationäre Altenhilfe: Eigenheiten der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung eines Marktes sowie der Marktpartner auf Anbieter- und Nachfragerseite, S. 71 ff.

Einrichtungen von frei-gemeinnützigen und öffentlichen Trägern betreiben eher größere Häuser mit durchschnittlich 79 (bei öffentlichen) beziehungsweise 70 (bei freigemeinnützigen) Pflegeplätzen; in privaten Einrichtungen sind vergleichsweise weniger ältere Menschen untergebracht, das heißt im Mittel 55 Pflegebedürftige.<sup>105</sup> Knapp jeder fünfte der Einrichtungsträger bietet nicht nur traditionelle vollstationäre Versorgung an, sondern hat auch einen ambulanten oder teilstationären Bereich angegliedert.<sup>106</sup>

Meist ist an die Einrichtungen eine eigene Pflegestation angegliedert. In 2009 befinden sich beispielsweise 58 Prozent der Plätze bei der Dauerpflege (insgesamt gab es 726.000 Dauerpflegeplätze) in Ein-Bett-Zimmern, 41 Prozent in Zwei-Bett-Zimmern, die restlichen Dauerpflegeplätze standen in Drei- und Mehrbett-Zimmern zur Verfügung.<sup>107</sup>

Institutionalisierte Versorgungsleistungen, wie sie von Einrichtungen der stationären Altenhilfe angeboten werden, können in Bezug auf die Regenerationsfunktion annähernd mit der Versorgung in Familienhaushalten verglichen werden. Diese Einrichtungen bieten, ähnlich dem Familienhaushalt, neben der reinen pflegerisch-medizinischen Leistung überwiegend hauswirtschaftliche Leistungen an und werden demzufolge als hauswirtschaftliche Betriebe<sup>108</sup> beziehungsweise Großhaushalte<sup>109</sup> angesehen. Angebotene Leistungen sind hier Unterkunft, Verpflegung und Pflege aber auch Regeneration im Sinne der Wiederherstellung der Leistungs- und Lebenskraft des Bewohners. Hinzu kommen Entwicklungsförderung und die Reproduktion im Sinne der Wiederherstellung der Nutzungsfähigkeit von Gütern.<sup>110</sup>

Ein Blick auf die moderne Versorgung von alten Menschen zeigt, dass durch die Einführung der dynamischen Rente im Jahr 1957 die finanzielle Alterssicherung auf eine bessere Basis gestellt wurde, so dass staatliche und private Träger versuchten, den

---

<sup>105</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 15.

<sup>106</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 15.

<sup>107</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 15.

<sup>108</sup> Vgl. Witt, Dieter (1999), S. 172.

<sup>109</sup> Vgl. Bräunig, Dietmar (2007), S. 16.

<sup>110</sup> Vgl. Witt, Dieter (1999), S. 172.

Standard der Unterbringung zu heben.<sup>111</sup> Mit der Schaffung verschiedener Gesetze, wie dem Heimgesetz im Jahr 1975,<sup>112</sup> der Einführung der sozialen Pflegeversicherung ab 1995<sup>113</sup>, des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes ab 2002<sup>114</sup> sowie des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ab Juli 2008,<sup>115</sup> soll heute ein hoher Versorgungsstandard und der persönliche Schutz von alten Menschen garantiert werden.

Das XI. Sozialgesetzbuch (SGB XI), Pflegeversicherungsgesetz,<sup>116</sup> beschreibt Einrichtungen der stationären Altenhilfe, im Gesetz auch als stationäre Pflegeeinrichtungen bezeichnet, als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und dort vollstationär oder teilstationär untergebracht und verpflegt werden können.<sup>117</sup> Neben der Unterteilung nach Trägerschaften können Einrichtungen der stationären Altenhilfe in folgende Typen unterschieden werden:

- *Altenwohnheime*: Sie bestehen aus einzelnen abgeschlossenen Wohnungen. Die Bewohner, zumeist Senioren in der Umbruchphase, können ihr eigenes Mobiliar mitbringen und ein weitgehend autarkes Leben führen. Bei Bedarf können sie professionell verpflegt und betreut werden.
- *Altenheime*: Hier leben überwiegend Altsenioren, die keinen eigenen Haushalt mehr führen können oder wollen. Die Bewohner verfügen über ein, selten zwei Zimmer, zum Teil als abgeschlossene Wohnung mit kleinem Flur und Bad oder mit Gemeinschaftsbadbenutzung. Neben Unterkunft und Verpflegung besteht zudem die Möglichkeit der medizinischen und pflegerischen Versorgung.
- *Altenpflegeheime*: In Ein- oft auch Zweibettzimmern leben hier chronisch kranke oder behinderte Menschen, meist Altsenioren oder Hochbetagte. Zusätzlich

---

<sup>111</sup> Vgl. Weggemann, Sigrid (1993), S. 32.

<sup>112</sup> Vgl. HeimG.

<sup>113</sup> Vgl. SGB XI.

<sup>114</sup> Vgl. PQsG

<sup>115</sup> Vgl. PfwG.

<sup>116</sup> Vgl. SGB XI.

<sup>117</sup> Vgl. § 71 Abs. 2 SGB XI.

zu Unterkunft und Verpflegung erfolgt eine Versorgung rund um die Uhr mit Pflege, Behandlung und Therapie.<sup>118</sup>

- Eine Sonderform der stationären Einrichtungen stellen die *Hospize* dar, die Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung ein Sterben in Würde ermöglichen sollen. Die Versorgung beinhaltet hier palliativ<sup>119</sup>-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung.<sup>120</sup>

Altenheime und Altenpflegeheime stellen den größten Teil der in Anspruch genommenen vollstationären Wohnformen dar und bieten denjenigen Senioren Platz, deren eigenes Versorgungssystem nicht mehr ausreichend funktioniert, die jedoch noch eine zwar eingeschränkte aber längere Lebenszeit vor sich haben. Die Anzahl der zugelassenen vollstationären Einrichtungen stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an: So wuchs von 1999 bis 2009 die Zahl der vollstationären Institutionen um knapp 29 Prozent auf insgesamt 10.384 Einrichtungen.<sup>121</sup>

Ist die Entscheidung für den Übertritt in eine neue Wohnform, das heißt der stationären Altenhilfeeinrichtung<sup>122</sup>, getroffen, so sehen sich Senioren zumeist im hohen Alter einer im Wesentlichen unbekanntem Lebenssituation gegenüber. Im Vergleich zum Leben im eigenen Haushalt oder in einer Familie müssen hier ganz andere Lebensumstände beachtet werden, denn das zentrale Merkmal von vollstationären Einrichtungen der Altenhilfe besteht darin, dass die Bewohner keinen eigenen Haushalt mehr führen.

---

<sup>118</sup> Vgl. Weggemann, Sigrid (1993), S. 33.

<sup>119</sup> Abgeleitet wird der Begriff „palliativ“ aus dem Lateinischen „pallium“ = „Mantel“ und „palliare“ = „lindern“. Unter palliativer Versorgung ist eine beschützende und lindernde Behandlung, in der Regel mit gezielter Schmerztherapie, zu verstehen, wie sie überwiegend in der Hospizarbeit Anwendung findet.

<sup>120</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002), S. 261.

<sup>121</sup> Eigenen Berechnung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), S. 23 f.

<sup>122</sup> Unter „stationär“ werden im weiteren Kontext dieser Arbeit auch so bezeichnete „teilstationäre“ Unterbringungen verstanden, denn sobald sich eine Person aus ihrem eigenen Haushalt heraus in eine andere Einrichtung hineinbegibt, unabhängig von der Dauer der Leistungserstellung, übernimmt die Einrichtung die Funktionen des privaten Haushalts. „Teilstationär“ impliziert also lediglich die begrenzte Zeitspanne des Aufenthalts.

Dies wird im Folgenden einer weitergehenden Betrachtung unterzogen, da es auf die individuelle Bewertung von Qualität in der Pflege Einfluss nehmen kann.

b) Übertritt in stationäre Einrichtungen als Bruch zum bisherigen Leben

Bei einer Differenzierung der gesundheitlichen Gründe für einen Übertritt in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung ist festzustellen, dass vor allem Demenzerkrankungen maßgeblich sind (43 Prozent der Fälle); mit großem Abstand folgen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16 Prozent), Frakturen und Verletzungen (acht Prozent) und funktionelle psychische Störungen (fünf Prozent).<sup>123</sup> Diese Krankheiten oder Unfälle zwingen ältere Menschen oft zu einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus. Nach Abschluss der Behandlung ist die Rückkehr in die alte Wohnung, die im Allgemeinen nicht behindertengerecht ausgestattet ist, oft nicht mehr möglich.<sup>124</sup>

Es können noch weitere Gründe zu einem Umzug in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung führen, die häufig in ihren Konsequenzen zusammenspielen. Besonders hervorzuheben ist hierbei der Zusammenbruch der häuslichen Versorgungsstruktur, der unter anderem durch den Ausfall der Hauptpflegeperson entsteht. Ursächlich hierfür sind etwa der Tod oder die einsetzende Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners, aber auch die räumliche Trennung von weiteren Familienangehörigen. Diese Ohnmacht, das selbständige Leben aufrechtzuerhalten, kann auch durch plötzliche Beeinträchtigung, etwa einem Knochenbruch mit zwingend notwendigem Krankenhausaufenthalt auftreten. Wie vorher beschrieben, stellt sich nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus die eigene Versorgung oft als nicht mehr durchführbar heraus. Das Verlangen nach geeigneter Betreuung beziehungsweise das Bedürfnis, den Angehörigen nicht weiter zur

---

<sup>123</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 126.

<sup>124</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.) (1994), S. 24.

Last fallen zu müssen, kann ebenfalls den Wunsch nähren, in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe umzuziehen.<sup>125</sup>

Der konkrete Anlass, der einen Eintritt in die Lebenswelt der stationären Altenhilfe als unabdingbar erscheinen lässt, liegt demzufolge häufig in der *abrupten* Verschlechterung des Gesundheitszustandes des alten Menschen. Gleichzeitig kann die zunehmende Vereinsamung des alten Menschen, die beispielsweise durch den Verlust des Lebenspartners oder durch zunehmende Immobilität bedingt ist, den Wunsch nach besserer sozialer Einbindung in einer stationären Wohnform verstärken. Ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis alter Menschen korreliert mit einer meist stark eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeit. Durch die stationäre Unterbringung erhofft sich der alte Mensch mehr Schutz beispielsweise im Bereich der Pflege, aber auch vor Gefahren, die von Verbrechen, etwa von Haustürgeschäften oder gewaltsamem Eindringen in die Wohnung, ausgehen.<sup>126</sup>

Durch den schlagartigen, meist unfreiwilligen Übertritt in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung sind alte Menschen auf dieses neue System nicht vorbereitet und haben erhebliche Schwierigkeiten, sich in dieser neuen Lebenswelt zurechtzufinden. Begründet scheint das auch darin zu sein, dass die Wohnform in einer Institution<sup>127</sup> als völlig ungewohnt wahrgenommen wird, weil es nur wenig Vorbereitung im Sinne eines Sozialisationsprozesses gibt. Dies steht im extremen Gegensatz zu anderen, im Verlauf des Lebens erfahrenen Sozialisationsprozessen, beispielsweise die Gewöhnung an parallel zur Familie existierende Einrichtungen wie Kindergarten, Schule, Freizeiteinrichtung oder Betrieb. Das Hinüberwachsen in solche außerfamiliären Organisationsformen erfolgt in jungen Jahren behutsam und in den weit überwiegenden Fällen begleitet durch die Familie, insbesondere durch die Eltern und später auch durch die Lebenspartner, im Alter hingegen eher abrupt und unbegleitet.<sup>128</sup> Eventuell könnte die

---

<sup>125</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 125.

<sup>126</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 125 f.

<sup>127</sup> Zur Institutionalisierung in der stationären Altenhilfe siehe ausführlich Vaskovics, Laszlo (2004), S. 171 ff.

<sup>128</sup> Vgl. Vaskovics, Laszlo (2004), S. 171 ff.

Eingewöhnungsphase durch häufigere teilstationäre Aufenthalte als Vorbereitung auf zukünftige stationäre Wohnformen dienen. Allerdings unterscheidet sich die teilstationäre Unterbringung von der stationären schon allein durch die Perspektive der älteren Menschen, die teilstationäre Einrichtung, ähnlich wie nach einem Hotelaufenthalt, wieder verlassen zu können. Die Aussicht, dass mit der Unterbringung in die stationäre Altenhilfe ein unwiderruflicher Verbleib bis zum Lebensende zu führende Lebensform gewählt wird, verleiht dieser Wohnform einen endgültigen Charakter.

Dieses Hineinwachsen in organisierte Strukturen erfordert ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit, die im Alter eher schwieriger aufzubringen ist als in jungen Jahren. Dabei sollte beachtet werden, welche Voraussetzungen eine Person erfüllen muss, um sich in ihre Rolle in einer Organisationsform einzupassen: Sie muss wissen, was von ihr erwartet wird, sie muss in der Lage sein, den Rollenerwartungen zu entsprechen und sie muss gewillt sein, dieses Verhalten zu praktizieren. Im Regelsystem der Familie finden sich überschaubare Strukturen, hier spielen Erwartungen des alten Menschen mit hinein, denen die Familienmitglieder zumindest grundsätzlich entsprechen können. Dem gegenüber steht das Regelsystem der stationären Altenhilfe mit seiner Institutionalisierung, auf die die alten Menschen nicht vorbereitet werden und auch nur selten durch Familienmitglieder begleitet werden können. Aufgrund des meist unvorhergesehenen Übertritts in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe kommt die Institutionalisierung plötzlich, und viele alte Menschen sind zum Teil mental, geistig und körperlich nicht in der Lage, den in der Institution enthaltenen Rollenerwartungen zu entsprechen. Eine Einrichtung der stationären Altenhilfe ist als Großbetrieb auf die Versorgung einer großen Gruppe von Menschen mit ähnlichen Gegebenheiten ausgerichtet und muss in bestimmten geregelten Strukturen festgelegt werden. Dieses Regelsystem zu durchschauen beziehungsweise eine ungewohnte Rolle innerhalb dieses Systems anzunehmen, fällt alten Menschen eher schwer.<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> Vgl. Vaskovics, Laszlo (2004), S. 171 ff.

c) Komplexität stationärer Einrichtungen als belastende Herausforderung für alte Menschen mit Pflegebedarf

Stationäre Einrichtungen übernehmen Funktionen eines privaten Haushalts,<sup>130</sup> wie sie vorher beschrieben wurden, mit dem Unterschied, dass hier die Regenerationsfunktion überwiegend in den Vordergrund rückt und generative Funktionen in den Hintergrund treten, wenn nicht gänzlich wegfallen. Regenerative Aufgaben umfassen beispielsweise eine permanente Betreuung durch entsprechendes Personal, wie Pflegedienst, ärztlicher Notdienst, hauswirtschaftlicher Service und Verpflegung. Einrichtungen der stationären Altenhilfe bieten weitestgehend einen obligatorischen Betreuungsservice und ein nach den Pflegestufen gestaffeltes Pflegeangebot an. Durch die ständige Präsenz des Personals ist bei den Bewohnern ein vergleichsweise geringes Maß an Eigeninitiative erforderlich.<sup>131</sup>

Daneben gehört es zu den weiteren Aufgaben einer stationären Altenhilfeeinrichtung, politische und ökonomische Funktionen umzusetzen, sowie Sozialisationsaufgaben zu übernehmen. So werden beispielsweise Mobilisierungsmaßnahmen angeboten, wie Aktivierungsmöglichkeiten durch physiotherapeutische Behandlungen, Lesekreise oder ehrenamtliche Besuchsdienste, die die Bewohner vor einer Isolation bewahren sollen. Eine Versorgung der alten Menschen kann damit, wie vorher bereits dargestellt, nicht nur auf den Schultern der professionell Pflegenden ruhen; unterstützend werden häufig Angehörige, Freunde, Nachbarn und freiwillige Helfer substantziell einbezogen.<sup>132</sup> Aber auch der Versuch, die Bewohner in hauswirtschaftliche Tätigkeiten einzubinden, etwa durch die Gelegenheit, sich an der Wäscheverteilung oder der Essenszubereitung zu beteiligen, hat zum Ziel, die Menschen entsprechend ihren Möglichkeiten zu mobilisieren.

Der Lebensbereich der stationären Altenhilfe kann als stark vernetzte „Parallelwelt“ innerhalb eines Gesellschaftssystems angesehen werden. Bewohner und deren Angehörige sind in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe mit einer Vielzahl von Per-

---

<sup>130</sup> Vgl. Bottler, Jörg; Seel, Ingrid (1976), S. 320.

<sup>131</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.) (1994), S. 8.

<sup>132</sup> Vgl. Koch-Straube, Ursula (2002), S. 156.

sonen unterschiedlicher Berufsgruppen konfrontiert, die für deren Versorgung zuständig ist.<sup>133</sup>

Neben der unmittelbaren Versorgung durch Pflegepersonal, hauswirtschaftliche Mitarbeiter und Küchenpersonal stehen dem Bewohner weitere Versorgungsgruppen zur Verfügung, beispielsweise Sozialdienste und Therapeuten aber auch externe Mitarbeiter wie Ärzte, Seelsorger und ehrenamtliche Helfer. Mit Hilfe der jeweiligen Funktionsleitungen, das heißt Pflegedienst-, Hauswirtschafts- und Küchenleitungen, koordiniert die Heimleitung die einzelnen Abteilungen in Zusammenarbeit mit der Verwaltung. Ein Qualitätsmanagement-Beauftragter<sup>134</sup> hat eine wichtige Schnittstellenfunktion inne, da er alle Anspruchsgruppen<sup>135</sup> berücksichtigen muss.<sup>136</sup> Ein Mitspracherecht erhält der Bewohner durch die Bildung eines Heimbeirates, der als Bindeglied zwischen Heimleitung und Bewohnerschaft fungiert.<sup>137</sup>

Gleichzeitig stehen auch die Mitarbeiter der stationären Altenhilfeeinrichtung einer inhomogenen Personengruppe gegenüber, da sich die Bewohnerschaft sowohl durch eine zu differenzierende Pflegebedürftigkeit als auch durch verschiedene Lebensläufe erheblich unterscheidet.<sup>138</sup>

---

<sup>133</sup> Vgl. Witterstätter, Kurt (2003), S. 161 ff.

<sup>134</sup> Zur konstitutionellen Erfassung des Qualitätsmanagements siehe Kapitel V.A Qualitätssicherungsmaßnahmen aufgrund der Gesetzeslage und mithilfe ergänzender freiwilliger Zertifizierungen in der Altenhilfe, S. 1701 ff. und Kapitel V.A.2 Ergänzung der gesetzlichen Qualitätsprüfungen durch freiwillige Zertifizierungen von Qualitätsmanagementsystemen in der Altenhilfe, S. 188 ff.

<sup>135</sup> Anspruchsgruppen werden auch als „Stakeholder“ bezeichnet. Zum Begriff des Stakeholders und zum Stakeholder-Ansatz vgl. Freeman, R. Edward (1984), S. 1 ff.; Freimann, Jürgen (1998), S. 16 ff.; Speckbacher, Gerhard (2004), Sp. 1322 ff. Eine Berücksichtigung der Interessen aller Stakeholder durch das Management einer Einrichtung wird im so bezeichneten Stakeholder-Ansatz angewendet. Der Stakeholder-Ansatz hat seinen Ursprung im erwerbswirtschaftlichen Bereich und kann auf Nonprofit-Organisationen übertragen werden. Vgl. Zitzmann, Thomas (2008), S. 40 ff.

<sup>136</sup> Weitere Anspruchsgruppen, die ebenfalls vom Qualitätsmanagement-Beauftragten berücksichtigt werden müssen, sind beispielsweise Zulieferer von Lebensmitteln, Pharma-, Medizin- und Hygieneprodukten. Diese Gruppen kommen jedoch innerhalb der Einrichtung nicht unmittelbar mit dem Bewohner in Kontakt, sondern treten an die Mitarbeiter beziehungsweise Heimleitung heran.

<sup>137</sup> Zur Bildung und zum Mitspracherecht des Heimbeirates siehe ausführlich: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004), S. 6 ff.

<sup>138</sup> Eigenheiten von Mitarbeitern in der stationären Altenhilfe werden in Kapitel III.C.3: Berufliche Motivationen von Mitarbeitern in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Sozio- markt der Altenhilfe, S. 112 ff. vertieft.

Je höher die Pflegebedürftigkeit und damit die Abhängigkeit der Bewohner von Dritten wird, umso mehr steigt die Bedeutung des Kontakts innerhalb der Einrichtung beziehungsweise zur Außenwelt durch hauswirtschaftliche Mitarbeiter, Pflegepersonal und Angebote an Freizeit- beziehungsweise Ablenkungsmöglichkeiten.

Als problematisch kann in diesem Zusammenhang gesehen werden, dass den alten Menschen von Mitarbeitern oder Angehörigen mangelnde Anpassungsbemühungen entgegengehalten werden können, die die stationäre Altenhilfeeinrichtung eher zu unpersönlichen Orten werden lassen können als zu Orten, an denen Menschen in Frieden, Würde und Selbstbestimmung ihr Leben gestalten und beenden können. Hinzu kommt die ständige Konfrontation der Bewohner mit Grenzsituationen, wie individueller Schamgrenzen bei der Pflege, aber auch vor allem mit ihren eigenen Ängsten vor dem Älterwerden, dem Sterben und dem Tod. Es ist belegt, dass sich alte Menschen in stationären Altenhilfeeinrichtungen, trotz der Versuche, gemeinschaftliches Leben zu fördern, innerhalb der Gemeinschaft einsam fühlen und sich bewusst von ihrer Umwelt distanzieren.<sup>139</sup>

Die Komplexität der unterschiedlichen Anspruchsgruppen innerhalb einer Einrichtung der stationären Altenhilfe ist aus Abb. II-4 ersichtlich.

---

<sup>139</sup> Vgl. Koch-Straube, Ursula (2002), S. 148 f.

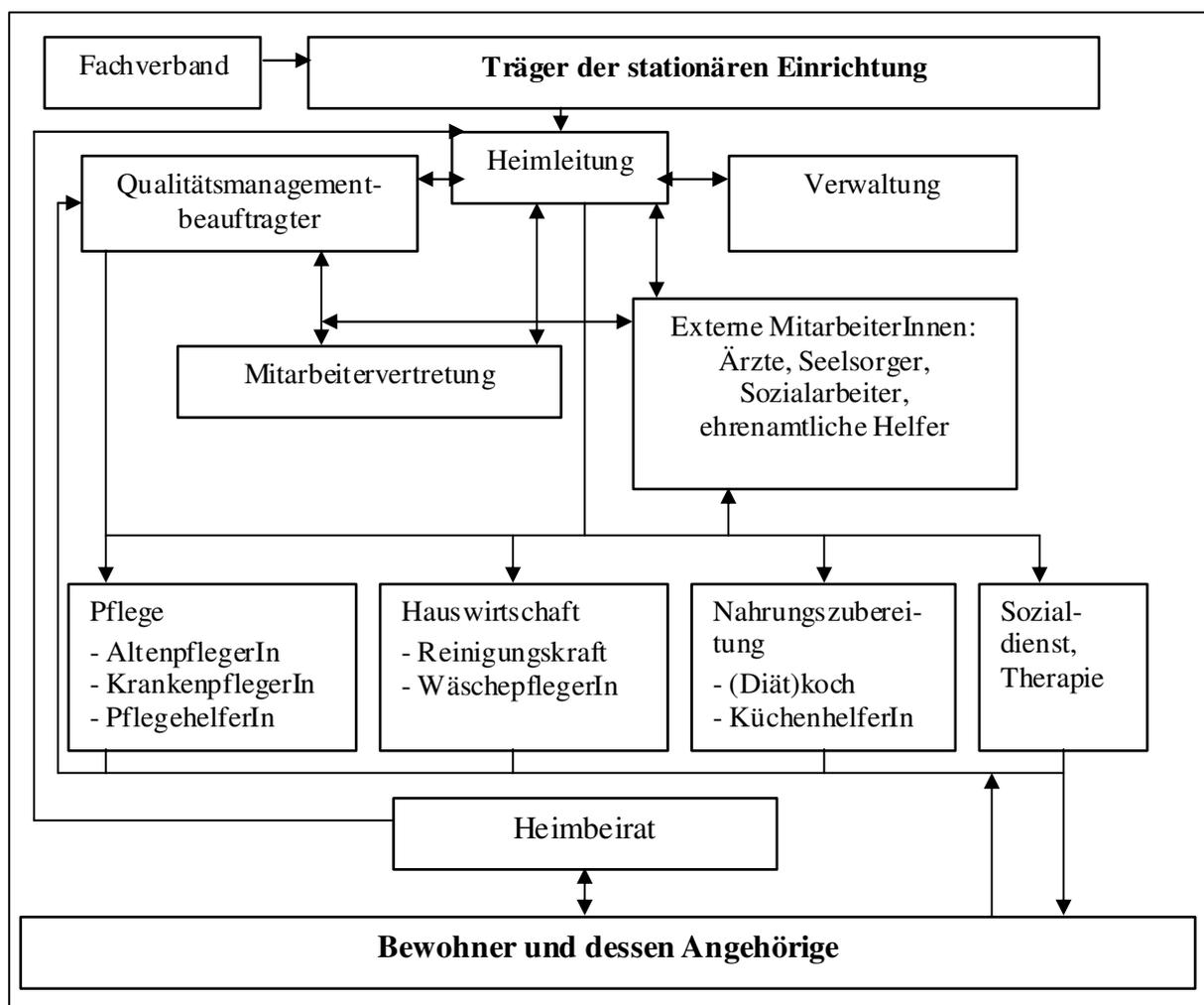


Abb. II-4: Komplexität unterschiedlicher Anspruchsgruppen innerhalb der stationären Altenhilfeeinrichtung, exemplarisch für einen Anbieter der freien Wohlfahrtspflege<sup>140</sup>

Die Vernetzung unterschiedlicher Anspruchsgruppen stellt sowohl für den Bewohner beziehungsweise dessen Angehörige als auch für die Mitarbeiter eine erhebliche Herausforderung dar, der die Beteiligten unter Umständen nicht gewachsen sind. Eine Transparenz dieser Strukturen ist für den Bewohner beziehungsweise dessen Angehörige und die Mitarbeiter nötig, um sich in dem komplexen Netzwerk zurechtzufinden. Hier sollte ein Qualitätssicherungsmechanismus greifen, um den Bewohnern eine definierte Pflegequalität bieten zu können<sup>141</sup>

<sup>140</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Witterstätter, Kurt (2003), S. 166.

<sup>141</sup> Zu den Haushaltsfunktionen siehe Kapitel II.A.2.b): Kennzeichen privater Haushaltssysteme und deren Funktionen in der Nacherwerbsphase, S. 25 ff.

#### **4. Zusammenfassende Klassifikation der verschiedenen Lebensabschnitte und Haushaltsformen im Alter als Voraussetzung für eine Qualitätssicherung in der Versorgung älterer Menschen**

Die zuvor aufgezeigte und bisher gängige dreiphasige Strukturierung des Lebensabschnitts im Alter<sup>142</sup> wird aufgrund der oben ausgeführten Rahmenbedingungen und Trends in vier Phasen differenziert und erweitert und soll als Grundlage für eine Sichtweise von Pflegequalität in den Altersgruppen dienen.

Die *Phase der Jungsenioren (60 bis 74 Jahre)* zeichnet sich durch ein hohes Maß an Eigenständigkeit aus, geprägt durch selbständige Wohnformen, stabile Gesundheit, große Mobilität, und reges Freizeitverhalten. In dieser Phase steht eine hohe Eigenständigkeit im Vordergrund, der Bedarf nach pflegerischer Unterstützung kann als gering eingestuft werden, weshalb für diese Altersgruppe eher eine vorsorgende Betrachtung bezüglich einer Qualitätssicherung geschehen kann. Hierzu zählen etwa die Schaffung von passenden Wohnumfeldbedingungen oder das Knüpfen von Netzwerken im Hinblick auf eine voraussichtlich eintretende Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eventuell kann auch hier noch eine monetäre Vorsorge greifen, wenn dies die Lebensumstände noch zulassen.

Hinsichtlich der demographischen Entwicklung und des späteren Eintritts einer Pflegebedürftigkeit kann die zweite Phase des Lebensabschnitts im Alter, die des *Umbruchs, ab 75 bis 79 Jahre*, angesetzt werden. Diese Phase manifestiert sich meist durch den Verlust des Lebenspartners und geht mit leicht steigender Morbidität einher. Trotzdem herrscht auch hier noch Eigenständigkeit vor, die bei etwas sinkender Mobilität und geändertem Freizeitverhalten mithilfe von privaten Netzwerken aus Familie, Freunde, Bekannten sowie ambulanten Diensten bewahrt wird.

Signifikant erhöhte Pflegebedürftigkeit und der Mangel an eigener Versorgungsmöglichkeit als Zeichen des Übergangs in die *Phase der Altsenioren* wird in der Regel ab 80 Jahren deutlich. In dieser Phase von *80 bis 89 Jahren* steht die verstärkte Zunahme an Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Auch hier herrscht ein großes Bedürfnis nach

---

<sup>142</sup> Vgl. Asam, Walter; Altmann, Uwe; Vogt, Wolfgang (1990), S. 28.

Eigenständigkeit vor, etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen wohnen noch zu Hause. Die Mobilität sinkt, das Freizeitverhalten verlagert sich verstärkt auf Tätigkeiten, die zu Hause ausgeführt werden können. Familie, Freunde und Bekannte beziehungsweise ambulante Dienste sorgen in der eigenen Wohnung von Altsenioren für pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfe.

Eine weitere Unterteilung in eine vierte Phase, die der *Hochbetagten (90 Jahre und älter)*, ist vor allem hinsichtlich der Wohnform sinnvoll. Zwar werden etwas mehr als die Hälfte der Menschen ab 90 Jahren immer noch zu Hause versorgt, jedoch steigt die Wahrscheinlichkeit zur stationären Unterbringung in Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen auffallend an. Zugrunde liegt eine ausgeprägte Multimorbidität mit verstärkter Immobilität, so dass die Autonomie nicht mehr beziehungsweise nur unter größter pflegerischer und hauswirtschaftlicher Unterstützung aufrechterhalten werden kann.

Tab. II-4 stellt die Lebensabschnitte im Alter und deren Kennzeichen unter Berücksichtigung der jeweiligen Wohnform zusammenfassend dar.

<b>Lebensabschnitt</b>	<b>Lebensalter</b>	<b>Kennzeichen</b>
<b>Jungsenioren</b>	60 - 74 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesundheit stabil</li> <li>- hohe Freizeitbetätigung</li> <li>- hohe Mobilität</li> <li>- selbständiges Wohnen</li> </ul>
<b>Senioren in der Umbruchphase</b>	75 - 79 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morbidität steigt</li> <li>- Risiko des Verlusts des Lebenspartners steigt</li> <li>- Mobilität und Freizeitbetätigungen sinken</li> <li>- selbständiges Wohnen</li> <li>- gelegentliche pflegerische oder hauswirtschaftliche Hilfe überwiegend durch private Netzwerke (Familie, Freunde und Bekannte)</li> <li>- gelegentliche Nachfrage nach ambulanten Diensten</li> </ul>
<b>Altsenioren</b>	80 - 89 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multimorbidität</li> <li>- verstärkte Immobilität</li> <li>- überwiegend selbständiges Wohnen mit erhöhtem bis hohem hauswirtschaftlichen und pflegerischen Bedarf</li> <li>- starke Unterstützung durch private Netzwerke (Familie, Freunde und Bekannte)</li> <li>- hohe Nachfrage nach ambulanten Diensten</li> <li>- vermehrt stationäre Unterbringung</li> </ul>
<b>Hochbetagte</b>	90 Jahre und älter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausgeprägte Multimorbidität</li> <li>- verstärkte Immobilität</li> <li>- zum Teil noch selbständiges Wohnen bei hohem Bedarf an Pflege und hoher Nachfrage nach hauswirtschaftlicher Unterstützung durch private Netzwerke (Familie, Freunde und Bekannte) und ambulante Dienste</li> <li>- bis zu 50 Prozent stationäre Unterbringung</li> </ul>

Tab. II-4: Kennzeichen der unterschiedlichen Lebensabschnitte des Alters<sup>143</sup>

Die hier aufgezeigten Fakten und Prognosen wirken in ihrer Konsequenz wesentlich in die Versorgung durch ambulante und stationäre Altenhilfe hinein; sie sind vor allem für eine Qualitätssicherung dieser Versorgungsformen und eine dafür vorausgesetzte Festlegung einer bestimmten Pflegequalität von Bedeutung.

<sup>143</sup> Eigenes, erweitertes Schema des Lebensabschnittes im Alter auf der Grundlage des Drei-Phasen-Schemas von Asam et alre. Vgl. Asam, Walter; Altmann, Uwe; Vogt, Wolfgang (1990), S. 28.

Ergänzend zum oben gezeigten Schema wird ein Überblick über die Funktionen des privaten Haushalts im Vergleich zu Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe abgeleitet, um deren Relevanz für eine Qualitätssicherung folgern zu können (siehe Tab. II-5). Es werden dabei folgende Annahmen getroffen:

- Der private Haushalt und eine Einrichtung der stationären Altenhilfe werden als Orte der Dienstleistungserstellung angesehen, die beide die Funktionen der Vollversorgung übernehmen.
- Eine Unterstützung des privaten Haushalts durch ambulante Versorger wird vorausgesetzt.
- Die Dienstleistungserstellung kann sowohl von bedarfsorientierten als auch von gewinnorientierten Betrieben umgesetzt werden.
- In diesem Zusammenhang muss selbstverständlich beachtet werden, dass ein erheblicher Unterschied in der Zielrichtung eines auf Bedarfsdeckung ausgerichteten Großhaushalts und eines auf Gewinn ausgerichteten Dienstleistungsbetriebes besteht. Dennoch erfüllen Versorgungsformen, ob gewinn- oder bedarfsorientiert, Aufgaben eines teilweisen Ersatzes des privaten Haushalts, weshalb hier grundsätzliche Funktionsbereiche sowohl auf bedarfswirtschaftliche Großhaushalte als auch auf erwerbswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe übertragen werden können.<sup>144</sup>

---

<sup>144</sup> Vgl. hierzu auch das Kapitel III.C Anbieter der Altenhilfe zwischen Bedarfsorientierung und Gewinnorientierung, S. 103 ff.

Funktionen	Operationalisierung	Im Leistungskatalog der Pflegeversicherung	Zutreffend für	
			Privaten Seniorenhaushalt mit ambulanter Versorgungsstruktur	stationäre Altenhilfe
<b>Regenerationsfunktion</b>	Nahrungszubereitung	Ja	zutreffend	zutreffend
	Verköstigung	Ja	zutreffend	zutreffend
	Geschirrrreinigung	Ja	zutreffend	zutreffend
	Körperpflege	Ja	zutreffend	zutreffend
	Wäschepflege	Ja	zutreffend	zutreffend
	Gebäudereinigung	Ja	zutreffend	zutreffend
	Vorratshaltung	Nein	zutreffend	zutreffend
<b>Generative Funktion</b>	Unterstützung der eigenen Eltern, des Lebenspartners oder der eigenen Kinder	Teilweise	zutreffend	nicht zutreffend
<b>Sozialisationsfunktion</b>	Mobilisierung zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	Ja	zutreffend	zutreffend
	Wertevermittlung	Nein	zutreffend	teilweise zutreffend, z.B. durch religiöse Ausrichtung
	Kommunikation	Nein	zutreffend	zutreffend
<b>Politische Funktion</b>	Einfluss auf politische Entscheidungsträger	Nein	zutreffend	zutreffend, insbesondere durch Vertreter der freien Wohlfahrtsverbände
<b>Ökonomische Funktion</b>	Faktorangebot „Arbeitskraft“ bzw. „Ehrenamt“	Nein	zutreffend	zutreffend
	Konsumgüternachfrage/ Einkauf	Ja	zutreffend	zutreffend
	Schaffung von Dispositionsfonds (Sparen, Versicherung, Kredit)	Nein	zutreffend	teilweise zutreffend, z.B. Einteilung und Vergabe von Taschengeld

Tab. II-5: Gegenüberstellende Darstellung ausgewählter Haushaltsfunktionen im privaten Seniorenhaushalt und in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie deren Berücksichtigung im Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung<sup>145</sup>

<sup>145</sup> Eigene Zusammenstellung in Anlehnung an Piorkowsky, Michael-Burkhard (1997), S. 46 ff. und § 14 Abs.4 und § 15 Abs. 1 u. 3 SGB XI.

Die Umsetzung der Funktionen zum Erhalt eines möglichst angenehmen, von bestimmten individuellen Qualitätsansprüchen geprägten Lebens erfordert insbesondere für die Phase des Nacherwerbs eine bestimmte monetäre Leistungsfähigkeit, wie im Folgenden weiter beschrieben wird. Dass die Pflegeversicherung per se einem ganzheitlichen Anspruch an eine zu definierende Pflegequalität nicht gerecht werden kann, ergibt sich allein aus der Betrachtung der Haushaltsfunktionen, die durch die gesetzlichen Möglichkeiten nicht vollständig abgedeckt werden.

Darüber hinaus manifestieren monetäre Ressourcen im Alter, und hier vor allem die Finanzierung aus den für diesen Lebensabschnitt bisher essentiellen gesetzlichen Sozialversicherungssystemen, aber auch unterschiedliche private Altersvorsorgemöglichkeiten, entscheidende Grundlagen für eine Lebensqualität im Alter.

### **B. Finanzielle Voraussetzungen für eine ambulante und stationäre Versorgung**

Die finanzielle Lage älterer Menschen ist ein wesentliches Merkmal dafür, welche Lebensform im Alter gewählt werden kann. Insbesondere die *Wohnform* der Menschen dieser Altersgruppe, sowie die Art der *Versorgungsleistungen*, sei sie ambulant, unterstützt durch Familie, Freunde und Bekannte oder durch medizinisch-pflegerische Dienste beziehungsweise angestellte Haushaltshilfen oder stationär in verschiedensten Einrichtungen der Altenhilfe, hängt in hohem Maß von der individuellen monetären Leistungsfähigkeit ab. Die Tendenz, so lange wie möglich autonom in den eigenen vier Wänden zu leben, stellt Bedingungen an die Finanzkraft der Senioren, basierend auf den gesetzlichen Sozialversicherungssystemen aber auch auf die eigene private Vorsorge.

Es kann zu Beginn des 21. Jahrhunderts prognostiziert werden, dass sich die Situation der Finanzierung von ambulanten und stationären Altenhilfeeinrichtungen verschärfen wird, da aufgrund der vorher ausgeführten demographischen Veränderungen eine wesentlich höhere finanzielle Eigenbeteiligung der älteren Menschen nach sich ziehen könnte, die diese Personengruppe selbst beziehungsweise deren Angehörige selbst aufbringen müssten. Damit könnten erheblich begrenzte finanzielle Mittel zur haus-

wirtschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung insbesondere von Altsenioren und Hochbetagten zur Verfügung stehen. Eventuell muss sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung künftig von einer Korrelation der Pflegequalität mit der monetären Leistungsfähigkeit der älteren Menschen ausgegangen werden.

Während in Deutschland vor Gründung der Bundesrepublik kostenintensive Lebenslagen wie „Alter“, „Invalidität“ und „Pflegebedürftigkeit“ häufig mit einem Leben in Not korrelierten, waren diese Risiken Ende des 20. Jahrhunderts durch den Anstieg des gesellschaftlichen Wohlstandes und den Ausbau des sozialen Sicherungssystems ausreichend abgesichert. Unter „ausreichend“ wird in diesem Zusammenhang zumindest eine Absicherung gegen existenzgefährdende Armut verstanden.<sup>146</sup> Dieser Absicherung liegen unterschiedliche Finanzierungssysteme zugrunde, die sich auf das gesellschaftlich konsentrierte Solidaritätsprinzip<sup>147</sup> sowie das Subsidiaritätsprinzip<sup>148</sup> berufen und in öffentlichen Transferleistungen für das sich in einer Risikolage befindliche Individuum münden.

Die für den Lebensabschnitt des Alters bedeutenden öffentlichen Transferleistungssysteme stellen diejenigen für die Finanzierung des Lebens im Alter und der Pflegebedürftigkeit dar, das heißt der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung sowie der Grundsicherung im Alter. Renten- und Pflegeversi-

---

<sup>146</sup> Vgl. Lemnitzer, Jörg (2005), S. 42.

<sup>147</sup> Das Solidaritätsprinzip fußt auf der Arbeiterbewegung in Deutschland und impliziert eine verpflichtende Versicherung für abhängig Beschäftigte (bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze) zu den Risiken Alter, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Pflege und Unfall. Solidarische Gerechtigkeit schafft einen materiellen Ausgleich für Lebensrisiken, die das Individuum treffen, aber letztlich sozial verursacht beziehungsweise der allgemeinen Lebensführung geschuldet sind. Ein wesentliches Merkmal der solidarischen Leistungserbringung generiert die Möglichkeit zur Inanspruchnahme durch Familienangehörige, beispielsweise in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Hinterbliebenenversorgung oder in der Familienversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Vgl. Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2008), S. 938. Voraussetzung hierfür muss stets ein gesellschaftlicher Konsens über die sozialstaatlichen Ziele sein.

<sup>148</sup> Das Subsidiaritätsprinzip gründet in der protestantischen Ethik und katholischen Soziallehre und manifestiert ein Recht auf vorleistungsfreie Gerechtigkeit, wenn weder Eigenverantwortung noch Solidargemeinschaft eine Notlage aufzufangen vermögen. Die Leistungen werden von der Allgemeinheit über Steuern finanziert, so dass in ihnen zugleich ein gesamtgesellschaftlicher Solidar Ausgleich stattfindet. Allerdings sind die Leistungen in Form und materiellem Inhalt gegenüber den Systemen der Sozialversicherungen nach unten abgesetzt. Vgl. Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2008), S. 938.

cherung beruhen auf dem Solidaritätsprinzip, operationalisiert mithilfe von Sozialversicherungen, die während der Zeitdauer einer Erwerbstätigkeit beziehungsweise auch bei Arbeitslosigkeit mit einer definierten Anwartschaft erworben werden.

Insbesondere in der *Rentenversicherung* spielt dabei die Generationengerechtigkeit eine erhebliche Rolle, weil hier eine Umverteilung von den Erwerbstätigen auf die nicht mehr im Erwerb stehenden Personen unter der Voraussetzung erfolgt, vormals selbst Einzahler in dieses System gewesen zu sein (beziehungsweise wird diese Funktion bei Arbeitslosigkeit durch die gesetzliche Arbeitslosenversicherung übernommen). Aufgrund unterschiedlicher Längen der Lebensarbeitszeit erhalten Erwerbstätige ganz individuelle Anwartschaften auf eine Versorgung im Alter. In der *Pflegeversicherung* hingegen spielt der Erwerb einer Anwartschaft aufgrund unterschiedlicher Längen in den Erwerbszeiten keine wesentliche Rolle. Allerdings liegt der Pflegeversicherung ein *Grundabsicherungscharakter* zu Grunde, wie oben bereits ausgeführt, nicht eine komplette Bedarfsdeckung, weshalb hier eine hohe Eigenverantwortung<sup>149</sup> des Einzelnen für die Finanzierung darüber hinausgehender Leistungen vorausgesetzt wird.<sup>150</sup>

Neben diesen beiden Sozialversicherungssystemen zu den Risiken Alter und Pflegebedürftigkeit, die überwiegend über die Erwerbstätigkeit getragen werden, besteht zudem die Möglichkeit zum Erhalt einer *Grundsicherung im Alter*.<sup>151</sup> Diese Form der finanziellen Zuwendung impliziert eine Basisversorgung zum Schutz vor Armut, wird steuerbasiert, also erwerbsunabhängig generiert und implementiert das Prinzip der Subsidiarität, verbunden mit einer gesamtgesellschaftlichen Solidarität.<sup>152</sup>

Bei näherer Betrachtung entsteht zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein starkes Spannungsfeld zwischen Sozialstaatlichkeit und Versorgungsformen im Alter, mit der Fol-

---

<sup>149</sup> Die Verpflichtung zur Eigenverantwortung wurzelt auf frühbürgerlicher Gesellschaftstheorie, jeden Menschen als Träger des individuellen Rechtes zu Privateigentum sowie zu privatem Wirtschaften zu verstehen. Verbunden mit diesem Recht ist sowohl die Chance auf privaten Gewinn als auch das Risiko der individuell zu tragenden Folgen von Verlust. Eigenverantwortung und Leistungsgerechtigkeit stehen hier im Vordergrund. Vgl. Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2008), S. 938.

<sup>150</sup> Vgl. Dammert, Matthias (2009), S. 43.

<sup>151</sup> Vgl. Kap. 4 SGB XII.

<sup>152</sup> Vgl. Dammert, Matthias (2009), S. 43.

ge erheblicher gesellschaftlicher Kontroversen für diesen Sektor. Es erwachsen daraus Widersprüche, die mit den unterschiedlichen Ansprüchen an eine ambulante oder stationäre Altenhilfe von Seiten der Nachfrager *und* Anbieter sowie den gesamtgesellschaftlichen Bedingungen entstehen. Zum einen kollidieren individuelle Bedürfnisse älterer Menschen mit dem Gedanken nach gesellschaftlicher Bedarfsgerechtigkeit, zum anderen widerspricht eben diese Bedarfsgerechtigkeit zumeist einer Kostendeckung von Seiten der Sozialversicherungsträger. Gleichzeitig können Einstellungen zur Frage, was sozial gerecht ist, diametral den Erwartungen eines Marktgeschehens gegenüberstehen.<sup>153</sup> Es ist in Bezug auf Versorgungsformen im Alter eine Tendenz zur Aushöhlung des Solidarprinzips zu beobachten, da die Mitglieder des sozialen Systems eine verstärkte Realisierung des Prinzips der Eigenverantwortung in Form von privater Vorsorge anwenden müssen.<sup>154</sup>

Dies zu beurteilen, bedarf es einer Analyse der derzeitigen und zukünftigen Einkommens- und Vermögenssituation in der Nacherwerbsphase. In diesem Zusammenhang sollen die Budgets von Ein- und Zweipersonenrentnerhaushalten näher betrachtet sowie die künftige Bedeutung von Transferleistungen und privater Vorsorge beleuchtet werden.

### **1. Gegenwärtige Budgets der Ein- und Zweipersonenrentnerhaushalte in der Nacherwerbsphase durch Ruhestand**

In Deutschland ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine hohe Heterogenität in der Struktur des Einkommens und Vermögens im Alter zum Ruhestandsbeginn zu verzeichnen. Wie bereits erwähnt, prägen sowohl demographische als auch sozialpolitische Rahmenbedingungen zusätzlich zu den individuellen Vorsorgeentscheidungen in

---

<sup>153</sup> In Anlehnung an Lemnitzer, Jörg (2005), S. 47. Lemnitzer bezieht sich hier auf den Gesundheitsmarkt im Allgemeinen.

<sup>154</sup> Diese These belegt Lemnitzer damit, dass individuelle Akteure, die gegenwärtig noch durch Leistungen der Sozialversicherung solidarisch geschützt sind, sich tendenziell den privaten Sicherungssystemen oder der steuerfinanzierten Hilfe zum Lebensunterhalt zuwenden würden. Vgl. Lemnitzer, Jörg (2005), S. 42.

der vorgelagerten Erwerbsphase und den Lebensentscheidungen der Nacherwerbsphase die Lebensqualität im Alter.

a) Einkommenschwerpunkt aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Eine Analyse der Einkommens- und Vermögenssituation im Alter zeigt, dass im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts öffentliche Transferleistungen (überwiegend aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus eigenem Anspruch beziehungsweise für Hinterbliebene, aus Pensionen, landwirtschaftlichen Alterskassen sowie Wohngeld) die Hauptsicherung der Altersvorsorge darstellen.

Insgesamt gesehen sind es die Bruttorenten der *gesetzlichen Rentenversicherung* aus eigenem Anspruch sowie für Hinterbliebene, die die *Haupteinnahmequelle* aus öffentlichen Transferleistungen für *Einpersonenrentnerhaushalte* darstellen (siehe Abb. II-5). Berücksichtigt in der Abbildung, jedoch aus Budgetsicht eher zu vernachlässigen, sind Transferzahlungen in Form des Wohngeldes.<sup>155</sup>

---

<sup>155</sup> Das Wohngeld stellt eine steuerbasierte Transferleistung dar, die ausschließlich bei nachgewiesener Bedürftigkeit zum Schutz vor Armut erbracht wird. Diese Leistungen sind allerdings, wie erwähnt, eher innerhalb des Gesamtbudgets zu vernachlässigen, da sie durchschnittlich mit sechs bis acht Euro pro Monat zu Buche schlagen. Vgl. Münnich, Margot (2007), S. 598

Einpersonenrentnerhaushalte						
	Frauen			Männer		
	Deutschland	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin Ost	Deutschland	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin Ost
<b>Öffentliche Transferleistungen:</b> gesetzliche Rentenversicherung aus eigenem Anspruch u. für Hinterbliebene, Pensionen, landwirtschaftl. Alterskassen, Wohngeld (davon allein Rente:)	1.142 € (1.025 €)	1.143 € (997 €)	1.134 € (1.122 €)	1.159 € (1.108 €)	1.146 € (1.038 €)	1.230 € (1.230 €)
<b>Vermögen</b> inkl. Vermietung u. Verpachtung sowie Mietwert der Eigentümerwohnung	209 €	249 €	70 €	264 €	294 €	90 €
<b>Nicht-öffentliche Transferleistungen:</b> Werks- und Betriebsrenten	29 €	37 €	0 €	91 €	106 €	0 €
<b>übrige Einkommen, z.B.</b> Erwerb, Untervermietung, Sonstiges	153 €	180 €	62 €	230 €	252 €	106 €
<b>Haushaltsbruttoeinkommen</b>	<b>1.533 €</b>	<b>1.609 €</b>	<b>1.266 €</b>	<b>1.744 €</b>	<b>1.798 €</b>	<b>1.426 €</b>

Bruttoeinkommen der Einpersonenrentnerhaushalte

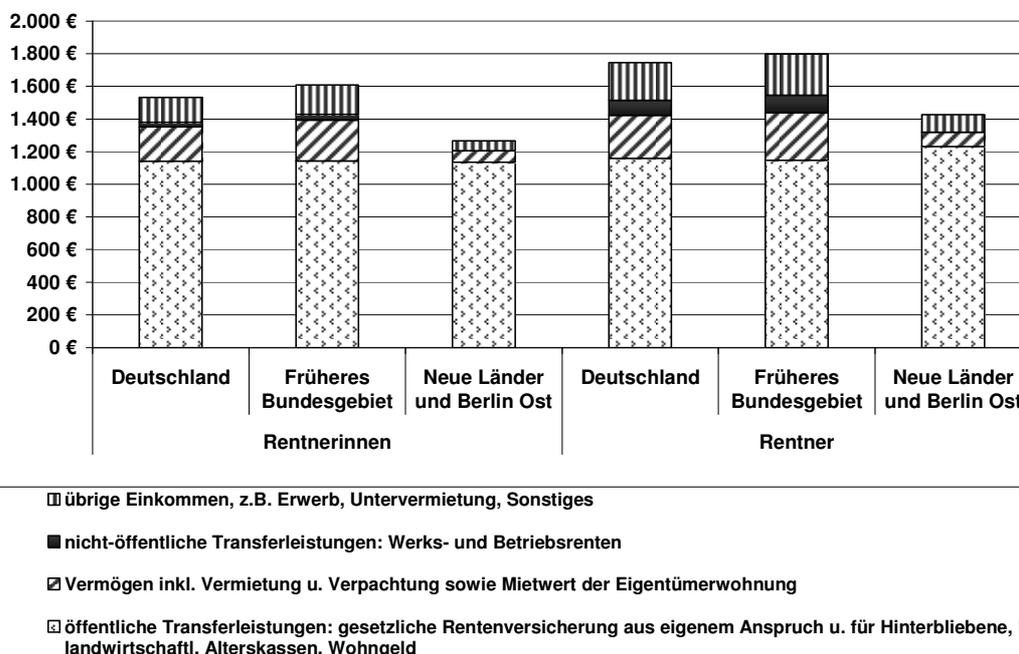


Abb. II-5: Tabellarische und graphische Darstellung des Bruttoeinkommens der Einpersonenrentnerhaushalte in Deutschland auf der Datenbasis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben 2003<sup>156</sup>

<sup>156</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Münnich, Margot (2007), S. 598.

Es spielen zwar im Durchschnitt die Einkünfte aus Vermögen und übrigem Einkommen, wie Erwerb oder Untervermietung, im Vergleich zu den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung eine eher untergeordnete Rolle, jedoch schließen sie eine wichtige Lücke im Gesamteinkommen eines Haushaltes.<sup>157</sup>

Für die meisten Frauen erlangen öffentliche Transferleistungen mit drei Viertel des Gesamteinkommens einen noch höheren Stellenwert als für Männer, deren Einkommen aus diesen Leistungen etwa zwei Drittel beträgt. Zudem verfügen Senioren mit einem Haushaltsbruttoeinkommen von 1.744 € im Durchschnitt über 200 € mehr im Monat als Seniorinnen, deren Bruttoeinkommen durchschnittlich 1.533 € beträgt. Dies resultiert neben den höher dotierten und länger andauernden Erwerbstätigkeiten<sup>158</sup> insbesondere aus der besseren Vermögenssituation der Männer, beispielsweise aus erzielen viele davon Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung beziehungsweise aus dem Mietwert der Eigentümerwohnung.

Eine vor allem bei den Frauen sowie in den neuen Ländern mit Berlin-Ost untergeordnete Rolle spielen die Einkünfte aus Werks- und Betriebsrenten. Nicht zu vernachlässigen sind Einkünfte aus Erwerbstätigkeiten oder Untervermietung, sie tragen immer-

---

<sup>157</sup> Vgl. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (Hrsg.) (1999), S. 157 ff.; vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001), S. 33 ff.; vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 191; vgl. Münnich, Margot (2007), S. 598.

<sup>158</sup> Neben der kürzeren Erwerbsarbeit waren Frauen in der Vergangenheit überwiegend in Branchen mit niedrigeren Tariflöhnen, häufig auch in Teilzeit, wie beispielsweise Friseurhandwerk, Hotel- und Gaststättengewerbe, Gebäudereinigungshandwerk, Floristik oder Garten- und Landschaftsbau tätig. Hoch dotierte Spitzenpositionen befanden und befinden sich heute noch überwiegend in der Hand der Männer. Vgl. Münnich, Margot (2007), S. 597.

hin mit durchschnittlich zehn Prozentpunkten bei den Rentnerinnen und 15 Prozentpunkten bei den Rentnern zum Einkommen im Alter bei.<sup>159</sup>

*Zweipersonenrentnerhaushalte* spiegeln nicht ganz das Bild der Einpersonenrentnerhaushalte wider: Zwar sind auch hier die Transferleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung aus eigenem Anspruch in einer durchschnittlichen Höhe von 1.625 € die dominierende Einkommensart mit 60 Prozent des Bruttogesamteinkommens von 2.702 €. Die öffentlichen Transferleistungen für Hinterbliebene spielen aber ebenso wie das Wohngeld eine sehr untergeordnete Rolle. Größeren Anteil haben in dieser Haushaltsstruktur die Einnahmen aus Vermögen mit im Schnitt 504 € sowie die Werks- und Betriebsrenten mit durchschnittlich 127 €. <sup>160</sup>

Hinter diesen Durchschnittszahlen verbergen sich bezogen auf die öffentlichen Transferleistungen allerdings hohe Streuungsquoten, wie eine Studie des Verbands Deutscher Versicherungsträger aus dem Jahr 2003 aufzeigt: So erhielten 50 Prozent der Männer eine Rente von weniger als 1.000 € monatlich, bei den Frauen waren es sogar 95 Prozent.<sup>161</sup>

---

<sup>159</sup> Im Gegensatz zu den fast 9,8 Millionen Rentnerhaushalten des Vergleichjahres 2003 umfasste die Gruppe der Pensionärshaushalte in Deutschland lediglich 1,45 Millionen Haushalte, darunter 0,89 Millionen Zwei- und 0,41 Millionen Einpersonenhaushalte, der Rest lebte in Mehrpersonenhaushalten. Es handelt sich also um eine Minderheit dieser Altersstufe, weshalb im Rahmen dieser Arbeit der Focus auf den Rentnerinnen und Rentnern liegt. Nichtsdestotrotz sollte festgehalten werden, dass das durchschnittliche Einpersonenpensionärs-Haushaltsnettoeinkommen des Jahres 2003 mit im Schnitt 3.125 € annähernd doppelt so hoch wie das der Einpersonenrentnerhaushalte ist. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist auch, dass Einpersonenrentnerhaushalte bei weitem nicht das Einkommensniveau der Haushalte von allein lebenden Erwerbstätigen erreichen, wohingegen Einpersonenpensionärshaushalte im Jahr 2003 ein höheres Nettoeinkommen als Einpersonenbeamtenhaushalte verzeichnen. In der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe findet sich zu diesem Tatbestand keine schlüssige Erklärung, warum Pensionäre im Jahr 2003 ein höheres Einkommen erzielen als aktive Beamte. Vgl. Münnich, Margot (2007), S. 611 f.

<sup>160</sup> Vgl. Münnich, Margot (2007), S. 594 f.

<sup>161</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 194.

Damit erklärt sich auch, dass im Jahr 2003 die Armutsrisikoquote für Rentner- und Pensionäre bzw. Rentnerinnen und Pensionärinnen bei nahezu 12 Prozent bezogen auf die Altersgruppe lag.<sup>162</sup>

Gleichzeitig bezieht zu Beginn des 21. Jahrhunderts noch ein als gering einzustufender Teil der älteren Menschen Sozialhilfe, wobei insbesondere allein lebende Frauen neben ihrer Rente auf einen Zuschuss über die Sozialhilfe angewiesen sind.<sup>163</sup> Dies wird im Folgenden weiter ausgeführt.

#### b) Einkünfte aus Mitteln der Sozialhilfe

Die Aufgabe der Sozialhilfe in Deutschland besteht darin, in Not geratenen Menschen ohne ausreichende anderweitige Unterstützung eine der Menschenwürde entsprechende Lebensführung zu ermöglichen. Damit erbringt die Sozialhilfe gemäß dem zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII „Sozialhilfe“) Leistungen für diejenigen Personen und Haushalte, die ihren Bedarf nicht aus eigener Kraft decken können und auch keine ausreichenden Ansprüche aus vorgelagerten Versicherungs- und Versorgungssystemen geltend machen können.<sup>164</sup> Im SGB XII werden folgende Leistungen unterschieden:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Kap. 3, §§ 27 - 40),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Kap. 4, §§ 41 - 46),
- Hilfen zur Gesundheit (Kap. 5, §§ 47 - 52),
- Eingliederungshilfen für behinderte Menschen (Kap. 6, §§ 53 - 69),
- Hilfe zur Pflege (Kap. 7, §§ 61 - 66),

---

<sup>162</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 200.

<sup>163</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2001), S. 33 ff.

<sup>164</sup> Leistungen aus vorgelagerten Systemen generieren sich aus den gesetzlichen Sozialversicherungen sowie aus Einkünften aus eigenem Vermögen. Seit Anfang 2005 erhalten bedürftige Personen, die grundsätzlich *erwerbsfähig* sind, sowie deren Familienangehörige Leistungen nach dem *zweiten Buch Sozialgesetzbuch*, vgl. SGB II.

- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Kap. 8, §§ 67 bis 69) und
- Hilfe in anderen Lebenslagen (Kap. 9, §§ 70 bis 74).<sup>165</sup>

Ein Leistungsanspruch auf Sozialhilfe erfolgt aufgrund des Nachweises eines Einkommens unterhalb einer definierten Bedürftigkeit und hängt nicht von einer vorherig erworbenen Anwartschaft durch eigene Beiträge ab. Die entscheidenden Transferzahlungen aus der Sozialhilfe für ältere Menschen bestehen im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts überwiegend aus den Leistungen aus der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie aus der Hilfe zur Pflege. Eine zu diesem Zeitpunkt untergeordnete Rolle spielt die Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen, weshalb auf diese beiden Leistungen nicht weiter eingegangen werden soll.

Nach einem Bericht des Statistischen Bundesamtes zu den Ergebnissen der Sozialhilfestatistik 2008 trägt die ab dem Jahr 2003 geschaffene Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung dazu bei, die so bezeichnete „verschämte Armut“<sup>166</sup> einzugrenzen. Dem lag die Erkenntnis zu Grunde, dass vor allem ältere Menschen in der Vergangenheit bestehende Sozialhilfeansprüche nicht geltend machten, da sie den Rückgriff auf unterhaltspflichtige Kinder fürchteten. Deshalb bleiben in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Regelfall Unterhaltsansprüche gegenüber Kindern und Eltern des Leistungsempfängers weitgehend unberücksichtigt.<sup>167</sup>

Es erweist sich die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung als wichtige Ergänzung bereits bestehender Einkünfte beispielsweise aus Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Renten aus betrieblicher Altersversorgung, da 70 Prozent der Leistungsbezieher anrechenbare Einkommen aufweisen. Bezogen auf den Anteil an der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen erhalten 2,5 Prozent Hilfe zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dabei erhalten Grundsicherungsempfänger im Rentenalter zum weit überwiegenden Teil Leistungen außerhalb von Ein-

---

<sup>165</sup> Vgl. SGB II.

<sup>166</sup> Dorn, Markus (2010), S. 62.

<sup>167</sup> Die folgenden Zahlen zur Sozialhilfestatistik des Abschnitts basieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes zum 31.12.2008, erstellt durch Dorn, Markus (2010), S. 60 ff.

richtungen (85 Prozent), lediglich 15 Prozent der Leistungsbezieher lebt in stationären Einrichtungen. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Inanspruchnahme der Grundsicherung deutet ebenso wie die im vorherigen Kapitel ausgeführte Rentenhöhe daraufhin, dass Frauen im höheren Alter aufgrund geringerer Einkommen in der Erwerbsphase verstärkt auf Zahlungen aus der Grundsicherung angewiesen sind. So beziehen in der Altersgruppe ab 65 Jahren 2,8 % der Frauen, hingegen nur 2,0 Prozent der Männer Leistungen aus der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Höhe der Bezüge aus der Grundsicherung im Alter bemisst sich aus einem Bruttobedarf, bestehend aus einem Regelsatz sowie aus anerkannten Leistungen für Unterkunft und Heizung, abzüglich des eigenen Einkommens. Im Jahr 2008 beträgt der errechnete Bruttobedarf für Menschen ab 65 Jahren im Durchschnitt, 657 Euro, abzüglich eines durchschnittlichen Einkommens in Höhe von 385 Euro ergibt sich ein auszahlender Nettobedarf von 358 Euro zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.<sup>168</sup>

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist den kommenden Jahren mit einem weiteren Anstieg der Leistungsempfänger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 65 Jahren zu rechnen, wie sich aus folgender Abb. II-6 ableiten lässt.

---

<sup>168</sup> Vgl. Dorn, Markus (2010), S. 65.

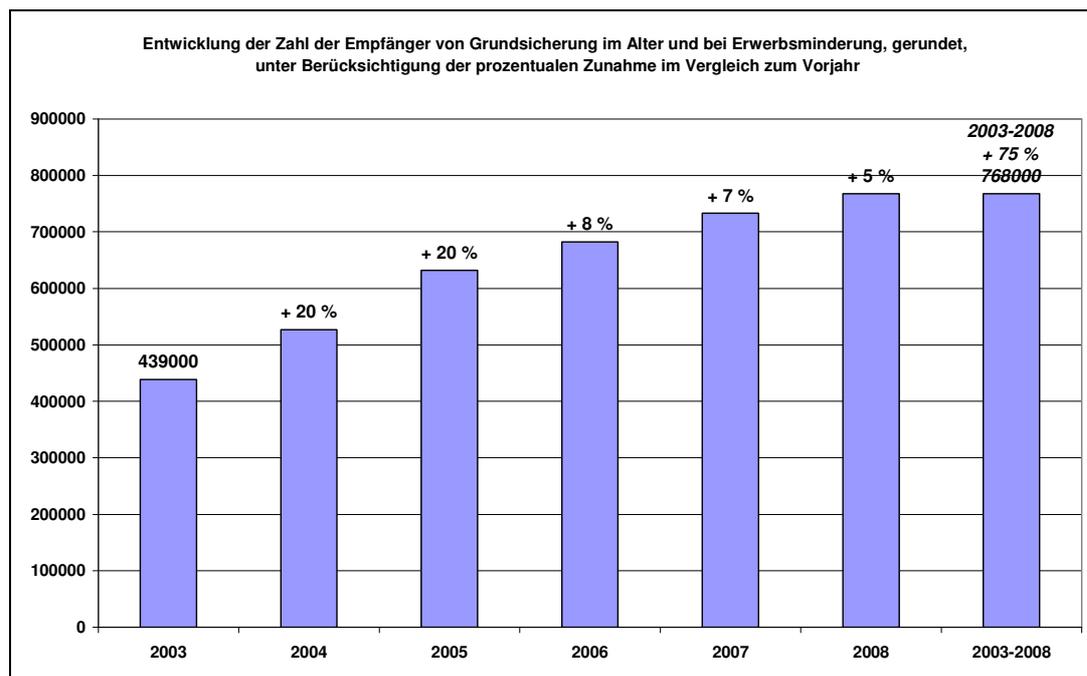


Abb. II-6 Entwicklung der Zahl der Empfänger der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung seit 2003<sup>169</sup>

Neben der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung unterstützt die Sozialhilfe mit der Hilfe zur Pflege nach dem siebten Kapitel des SGB XII auch pflegebedürftige Personen, die infolge von Krankheit oder Behinderung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen sind.<sup>170</sup> Diese Art der Transferleistung kann jedoch nur derjenige beziehen, der keine anderen Einkünfte beispielsweise aus Leistungen der Pflegeversicherung oder aus eigenem Einkommen erhält; die Zahl der Bezieher ist als niedrig einzuschätzen: So erhalten etwa 0,5 Prozent der Gesamtbevölkerung Hilfe zur Pflege. Während die Hilfe zur Grundsicherung überwiegend im ambulanten Bereich zum Einsatz kommt, wird die Hilfe zur Pflege mit 72 Prozent überwiegend von Hilfsbedürftigen in stationären Einrichtungen bezogen. Zudem überwiegt auch hier der Frauenanteil mit 68 Prozent der Bezugsberechtigten, wobei das Durchschnittsalter der leistungsempfangenden Frauen bei 79,3 Jahren, bei den Männern hingegen bei 66,4 Jahren lag. Aufgrund des insbesondere bei den bezugsberechtigten Frauen hohen Durchschnittsalters belief sich die durchschnittliche Dauer des Bezugs auf 3,7 Jahre.

<sup>169</sup> Eigene Berechnungen in Anlehnung an Dorn, Markus (2010), S. 66.

<sup>170</sup> Vgl. §§ 61 - 66 SGB XII.

Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass bei diesen Bezugsberechtigten die Unterstützung in der letzten Lebensphase eine erhebliche Rolle spielt.<sup>171</sup>

Insbesondere durch die Etablierung der Pflegeversicherung seit Ende des 20. Jahrhunderts kann davon ausgegangen werden, dass die Hilfen zur Pflege aus der Sozialhilfe konstant bleiben, wenn nicht weiter sinken werden.

c) Gesetzliche Sicherungsmechanismen bei Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung

Ein bedeutendes sozialpolitisches Instrument zur finanziellen Beihilfe insbesondere pflegebedürftiger älterer Menschen besteht seit 1995 in Form der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung des XI. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI).<sup>172</sup> Damit wurde die vorgenannte Hilfe zur Pflege (siehe oben) wesentlich entlastet. Die gesetzliche soziale Pflegeversicherung bietet Unterstützung in Form einer Finanzierung von Sach-, Dienst- und Geldleistungen und kommt insbesondere älteren Menschen bei beginnender Pflegebedürftigkeit zu Gute: Die finanziellen Zuwendungen aus der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung werden fast ausschließlich (99,5 Prozent der Zuwendungen) durch ältere Menschen ab 65 Jahren in Anspruch genommen; dies führte in den letzten Jahren zu einer wesentlichen Verringerung der pflegebedingten Inanspruchnahme der sozialen Grundsicherung.<sup>173</sup>

Leistungen erhalten die Versicherten auf Antrag unter der Voraussetzung, dass sie in den letzten zehn Jahren vor Antragsstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied selbst versichert oder familienversichert waren.<sup>174</sup>

Nachdem bis zur Mitte des ersten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts insbesondere eine Finanzierung von Leistungen, die durch private, freigemeinnützige und öffentliche

---

<sup>171</sup> Vgl. Dorn, Markus (2010), S.69 f.

<sup>172</sup> Vgl. SGB XI.

<sup>173</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), S. 8.

<sup>174</sup> Vgl. § 33 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI.

Träger erbracht wurden, im Vordergrund standen, erfolgt ab 2009 ein Paradigmenwechsel in der gesetzlichen Pflegeversicherung: Es werden zwar die definierten Zeiten und Betreuungsbedarfe des Pflegeversicherungsgesetzes beibehalten,<sup>175</sup> zum bisherigen Leistungserbringungsrecht wird zusätzlich neue Variante, das „Persönliche Pflegebudget“<sup>176</sup>, hinzugefügt.

Hier erhält der Pflegebedürftige beziehungsweise dessen Vertreter oder Bevollmächtigter als Alternative zu budgetierten Sach- oder Dienstleistungen *den Wert der Sachleistung* zum eigenen Einkauf von so bezeichneten „Care-Leistungen“. Mit dem Begriff „Care“ soll signalisiert werden, dass es sich nicht nur um klassische Pflegeleistungen im Sinne der Verrichtungen des § 14 SGB XI handelt, sondern um die Zugrundelegung eines erweiterten Pflegebegriffs: Die gesamte Sorge um den Menschen soll in den Vordergrund gerückt werden.<sup>177</sup> Eine genauere Definition der gesamten Sorge unterbleibt, vielmehr wird ein noch stärkeres Augenmerk auf eine Versorgung im eigenen Zuhause gelegt. „Von einer Erhöhung der Leistungen in den Pflegestufen I und II wurde zugunsten der Leistungsverbesserungen im häuslichen Bereich abgesehen, um den Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ stärker als bisher Geltung zu verschaffen.“<sup>178</sup>

Damit erweist sich die gesetzliche Pflegeversicherung als ein wichtiger Baustein bei der Absicherung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, denn durch die Beitrags- beziehungsweise Prämienzahlungen erwerben die Versicherten einen Rechtsanspruch darauf, dass sie Hilfe im Falle der Pflegebedürftigkeit erhalten. Die wirtschaftliche Lage des Versicherten spielt dabei keine Rolle, da die Leistungen einkommens- und vermögensunabhängig erbracht werden. Eine ökonomische Bedürftigkeitsprüfung bei Eintritt des Versicherungsfalles ist nicht zulässig.<sup>179</sup>

Dennoch reichen die Zahlungen der Pflegeversicherung allein nicht aus, so dass eine selbst zu tragende Differenz in nicht unerheblicher Höhe für den Bewohner entsteht.

---

<sup>175</sup> Vgl. § 14 Abs. 4 und § 15 SGB XI.

<sup>176</sup> § 8 Abs. 3 und § 36 SGB XI.

<sup>177</sup> Vgl. Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas (2006), S. 43.

<sup>178</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG (Hrsg.) (2010a), S. 52.

<sup>179</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004), S. 11.

Beispielsweise kann ein Pflegeplatz mehr als 100 Euro am Tag kosten; die Vergütung aus der sozialen Pflegeversicherung betrug hingegen im Vergleichsjahr 2005 für eine vollstationäre Pflege in Pflegestufe III durchschnittlich 70 Euro und für die Verpflegung 19 Euro am Tag. Auf den Monat umgerechnet – die Berechnung des Monatsbeitrags erfolgt hier mit 30,4 Tagessätzen – sind von der sozialen Pflegeversicherung circa 2.710 Euro als Vergütung für einen Platz mit der Pflegestufe III in der stationären Altenhilfe zu entrichten. Damit ergibt sich ein Eigenanteil als Differenz aus der Pflegeversicherung und den tatsächlichen Versorgungskosten von etwa 300 Euro im Monat; die Berechnung der Unterkunft, also Übernachtung, ist hier noch nicht berücksichtigt.<sup>180</sup>

Aktuelle Entwicklungen der öffentlichen Transferleistungen, insbesondere der Rentenreformen seit dem Jahr 2000, erfordern einen Ausblick auf eine zukünftige Bedeutung der öffentlichen Transferleistungen unter Einbeziehung nicht-öffentlicher Transferleistungen sowie des Geld- und Immobilienvermögens zur Erhaltung eines gewünschten Versorgungs- und Pflegestandards im Alter.<sup>181</sup>

## **2. Künftige Bedeutung von öffentlichen und nicht öffentlichen Transferleistungen sowie des Geld- und Immobilienvermögens zur Erhaltung der Versorgung im Alter**

Bereits im ausgehenden 20. Jahrhundert war abzusehen, dass sich die Vermögenssituation der Menschen in der Nacherwerbsphase sehr heterogen oder auch als „Schere“ offenbaren wird: Auf der einen Seite gibt es die Senioren, deren Lebensführung sich durch Eigenständigkeit, Kompetenz in unterschiedlichen Lebensbereichen und der finanziellen Verfügbarkeit von Ressourcen auszeichnet. Auf der anderen Seite verbleibt diejenige Gruppe an älteren Menschen, deren Leben nicht nur durch gesundheitliche

---

<sup>180</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), S. 8. Eine detaillierte Aufstellung zur Höhe der Geld- und Sachleistungen für eine ambulante und stationäre Pflege aus der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung findet sich bei Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010a), S. 40 ff.

<sup>181</sup> Vgl. Viebrock, Holger (2006), S. 164 f.

oder psychische, sondern auch durch finanzielle und soziale Faktoren eingeschränkt ist.<sup>182</sup>

Diese Scheren-Situation wird sich zukünftig verschärfen, denn in den nächsten Jahren wird voraussichtlich die gesetzliche Rentenversicherung als Haupteinnahmequelle im Alter an Bedeutung verlieren.<sup>183</sup> So erfolgte im Jahr 2000 eine Anpassung der Renten an die Entwicklung der Inflationsrate bei gleichzeitiger Abschaffung der Angleichung an die Nettoarbeitsentgelte. Weitere Reformen im Jahr 2001 sowie in 2004 bewirkten unter anderem, dass eine neue Rentenanpassungsformel langfristig eine erhebliche Reduzierung der Renten nach sich zieht, bei hinzukommender nachgelagerter Besteuerung der gesetzlichen Renten und Leistungen aus kapitalfundierte betrieblichen Altersversorgungen.<sup>184</sup> Diese Entwicklungen bewirken, dass generell Einflussgrößen für das Einkommen im Alter definiert werden müssen, um aufzuzeigen, welche monetären Voraussetzungen für die Sicherung eines angemessenen Qualitätsstandards für die Versorgung im Alter überhaupt zur Verfügung stehen können: Neben globalen Faktoren, die der Einzelne nicht unmittelbar beeinflussen kann, wie beispielsweise Lohnwachstum, Verzinsung, Rentenniveau und -anpassung oder bedarfsorientierte Grundversicherung, implizieren einzelfallbezogene Faktoren eine große Möglichkeit zur persönlichen Einflussnahme. Hierzu zählen:

- Vermögensaufbau und -abbau, wie Immobilienbesitz, Ersparnis oder Aufteilung des Vermögens für verschiedene Zwecke (zum Beispiel laufende Lebenshaltung, Vererbungsabsichten);
- Familienbedingte Einflussgrößen, wie aktueller Familienstand, empfangene oder geleistete private Transfers, Einkommen der Kinder, Zahlungsbereitschaft von Familien- beziehungsweise Haushaltsangehörigen;
- biographische Faktoren, wie Ausbildung, Einkommensverlauf, Einbeziehung in Alterssicherungssysteme, Beginn des Ruhestandes oder auch Familienbiographie, zum Beispiel Heirat, Ehescheidung, Kinder.<sup>185</sup>

---

<sup>182</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.) (1993), S. 6.; vgl. Witt, Dieter; Priem, Katja (1997), S. V-1 ff.

<sup>183</sup> Vgl. Vgl. Krupp, Hans-Jürgen; Schäper, Christiane; Weeber, Joachim (2002), S. 207 ff.

<sup>184</sup> Vgl. Viebrok, Holger (2006), S. 164 f.

<sup>185</sup> Vgl. Viebrok, Holger (2006), S. 160.

Parallel zur schrittweisen Verschiebung des Rentenalters um bis zu zwei Jahre wird das Rentenniveau, das seit 1992 auf 70 Prozent des durchschnittlichen *Nettoarbeitsentgelts* festgelegt wurde,<sup>186</sup> auf ein Niveau von 52 Prozent des durchschnittlichen *Nettoarbeitsentgelts* sinken.<sup>187</sup> Andere Quellen geben an, dass das Rentenniveau, gemessen am durchschnittlichen Arbeitsentgelt *vor Steuern* bis zum Jahr 2020 auf 46 Prozent und bis zum Jahr 2030 auf 43 Prozent sinken wird.<sup>188</sup>

Diese auf Grund des Prognosecharakters undeutlichen Zahlen müssen differenziert betrachtet werden, bedingt durch den Umstand, dass mit der Rentenreduzierung auch eine Veränderung der Besteuerung einhergehen wird. Eine Betrachtung der *Nettorenten* erscheint insofern sinnvoller, da diese die tatsächlich zur Verfügung stehenden Mittel aus öffentlichen Transferleistungen darstellen. Gleichwohl veranschaulichen unterschiedliche Annahmen zum durchschnittlichen Rentenniveau den erheblichen Rückgang des Anteils der öffentlichen Transferleistungen zur Erhaltung eines angemessenen Lebensstandards im Alter vor dem Hintergrund, dass die *Grenze zur Armut bei 40 Prozent des durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts* angenommen wird. Um allein eine Rente auf dem Niveau der armutsvermeidenden bedarfsorientierten Grundversicherung zu erhalten, erfordert es für einen Durchschnittsverdiener eine Zeit der Erwerbstätigkeit von etwa 35 Beitragsjahren. Ein Arbeitnehmer, der über die Zeitspanne der Erwerbstätigkeit unterdurchschnittlich, beispielsweise 86 Prozent des Durchschnitts verdiente, benötigt eine längere Versicherungsdauer von 40 Versicherungsjahren, um im Alter allein das Niveau der Mindestsicherung – wie oben erwähnt – 40 Prozent des durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts zu erhalten.<sup>189</sup>

Mithilfe privater Vorsorge-Maßnahmen, die teilweise von staatlicher Seite finanziell unterstützt werden beziehungsweise steuerbegünstigend wirken, sollte neben der ge-

---

<sup>186</sup> Vgl. RRG.

<sup>187</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 214.

<sup>188</sup> Das prozentuale Rentenniveau beschreibt das durchschnittliche Sicherungsniveau der Standardrente vor Steuern im Verhältnis zum durchschnittlichen Arbeitsentgelt vor Steuern, jeweils vermindert um die Sozialabgaben (sowie beim Durchschnittsentgelt vermindert um den durchschnittlichen Aufwand zur geförderten Altersvorsorge). Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2006b), S. 1.

<sup>189</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 214.

setzlichen Altersrente eine weitere Einnahmequelle zur Sicherung des Lebensstandards im Alter geschaffen werden. Deshalb wurde in 2004 eine staatliche Förderung einer privaten Altersvorsorge eingeführt, deren Aufbau auf dem Weg der Freiwilligkeit erfolgt.<sup>190</sup>

Um das künftige *Einkommen* der Rentnerinnen und Rentner einschätzen zu können, werden im Folgenden Simulationsberechnungen aufgezeigt, die sowohl die Rentenreduzierung als auch eine maximale Ausschöpfung der staatlich geförderten Altersvorsorgemöglichkeiten beinhalten.<sup>191</sup> Diejenigen Rentner, die mit 65 Jahren im Jahr 2011 erstmals ihre Rente beanspruchen, haben zunächst im Schnitt ein Nettoeinkommen aus öffentlichen Transferleistungen *und* staatlich geförderter privater Altersvorsorge von 1.077 € (Rentnerinnen: 1.066 €) zu erwarten und im Jahr 2021, das heißt mit 75 Jahren, ein Nettoeinkommen von 1.194 € (Rentnerinnen: 1.183 €). Die Männer der Geburtsjahrgänge 1965 dagegen können bei Renteneintritt im Jahr 2031 ein Nettoeinkommen von 1.516 € (Frauen: 1.445 €) und im Jahr 2041, das heißt mit 75 Jahren ein Nettoeinkommen von 1.664 € (Frauen: 1.591 €) erwarten.<sup>192</sup>

Es wird deutlich, dass die unmittelbare Nachkriegsgeneration aufgrund kurzer Möglichkeiten zur privaten, staatlich geförderter Altersvorsorge eine erhebliche Finanzierungslücke erwarten muss. Die 20 Jahre später folgenden Generation kann durch eine längere Ausschöpfung privater, staatlich geförderter Maßnahmen Vorsorge auf ein höheres Nettoeinkommen im Alter treffen.<sup>193</sup> Tab. II-6 stellt in einer Übersicht die Ergebnisse der Simulationsberechnung dar.

---

<sup>190</sup> Beispielsweise die nach dem damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Walter Riester, benannte private Altersvorsorge, die so genannte Riester-Rente, die in ihrer ursprünglichen Form sogar als obligatorisch geplant war, jedoch später in eine freiwillige, durch den Staat geförderte Altersvorsorgemöglichkeit eingeführt wurde. Vgl. Krupp, Hans-Jürgen; Schäper, Christiane; Weeber, Joachim (2002), S. 210.

<sup>191</sup> Die folgenden Daten sind entnommen aus Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 218.

<sup>192</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 218.

<sup>193</sup> Die Basisdaten für den Bericht des Bundesministeriums entstammen der Expertise von Viebrock, Holger (2006), S. 151 ff. Hier sind die Parameter der Szenarien für die Alterseinkommen, wie beispielsweise Preissteigerung, Dynamisierung anhand der Inflationsrate, Förderung und Besteuerung explizit dargestellt.

	Jahrgang 1945		Jahrgang 1965		
	Nettoeinkommen		Nettoeinkommen		
Rentenjahr	Männer	Frauen	Rentenjahr	Männer	Frauen
2011	1.077 €	1.066 €	2031	1.516 €	1.445 €
2021	1.194 €	1.183 €	2041	1.664 €	1.591 €

Tab. II-6: Prognostizierte Nettoeinkommen von Rentnerinnen und Rentnern auf Basis der gesetzlichen Renten zuzüglich maximal ausgeschöpfter staatlich geförderter Altersvorsorgemodelle zu Beginn des Renteneintritts und nach zehn Jahren Rentenbezug<sup>194</sup>

Somit zeigt sich, dass öffentliche Transferleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie eine private, staatlich geförderte Altersvorsorge eine *Grundversorgung* im Alter darstellen werden, nicht jedoch zusätzliche Ausgaben für einen erhöhten hauswirtschaftlichen und pflegerischen Bedarf abdecken können. Zudem stellen zusätzliche Einnahmequellen aus nicht-öffentlich Transferleistungen wie Werks- und Betriebsrenten, die während der Phase der Erwerbstätigkeit erarbeitet wurden, Leistungen eines Betriebes dar, mit denen viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Nacherwerbsphase im weiteren Verlauf des 21. Jahrhundert nicht mehr rechnen können.

Außerdem können monetäre Ungleichheiten innerhalb der Gruppe der Rentner entstehen. Begründet wird dies einerseits durch mögliche Verringerungen von Ausgleichswerten, beispielsweise der Zurechnungszeiten im Falle der Erwerbsminderung oder Arbeitslosigkeit, aber auch des Wertes der Kindererziehungsleistungen. Andererseits können mit staatlich geförderter privater Vorsorge weitere Risiken einhergehen, etwa je nach Anlageentscheidung und erreichbarer Verzinsung oder durch Vertragsunterbrechungen. Diese Risiken treffen, im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung nicht alle Sparer in gleicher Weise, sondern je nach präferierter Anlageform unterschiedlich und führen zu steigender Ungleichheit der Alterseinkommen. Die Problematik verschärft sich durch die Tatsache, dass insbesondere bei Hochbetagten ein exponentiell ansteigender Bedarf für Leistungen zur hauswirtschaftlichen und pflegeri-

<sup>194</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 218.

schen Versorgung abzusehen ist. Verschärft wird diese Situation noch dadurch, dass vor allem Hochbetagte von Einkommenseinbußen betroffen sein können, da ein Effekt sinkender Niveaus der gesetzlichen und privaten Rente bezogen auf das Arbeitseinkommen über die Dauer des Rentenbezugs hinweg prognostiziert wird.<sup>195</sup>

Der Aufbau eines privaten Vermögens, das im Alter zur Verfügung steht, wird zunehmend an Bedeutung gewinnen müssen und entscheidend dafür mitverantwortlich sein, welcher Lebensstandard im Alter gehalten werden kann. Gleichzeitig kann es bedeuten, dass Jungsenioren neben der gesetzlichen Rente eine Einkommensquelle durch Erwerbstätigkeit suchen werden, beispielsweise im Minijob-Segment, um den Lebensstandard in den ersten Jahren nach Rentenbeginn zu steigern. Damit ist ein Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik zur Absicherung des Risikos „Alter“ sichtbar: Es erfolgt eine Abkehr vom Solidaritätsprinzip hin zum Prinzip der Selbstverantwortung des Einzelnen.

Für eine Versorgung durch ambulante und stationäre Altenhilfe bedeutet dies, dass sie sich mit Hilfe der Finanzierung aus der Pflegeversicherung und sich verringernden Renten der Bewohner in einem finanziell äußerst begrenzten Spielraum bewegt. Je nach Möglichkeit der finanziellen Eigenbeteiligung der Bewohner für Leistungen, die selbst getragen werden müssen, etwa für Einzelzimmer im stationären Bereich oder für hauswirtschaftliche Unterstützung im ambulanten Sektor kann das Angebot der Altenhilfe erheblich variieren. Es ist abzusehen, dass dies Einfluss auf die Pflegequalität in der Versorgung durch ambulante und stationäre Altenhilfeanbieter nehmen wird.

---

<sup>195</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005), S. 218.

### **III. Ambulante und stationäre Altenhilfe: Eigenheiten der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung eines Marktes sowie der Marktpartner auf Anbieter- und Nachfragerseite**

Wie aus dem vorherigen Abschnitt abzuleiten, agieren auf dem Markt der Altenhilfe heterogene Anbieter und Nachfrager. Insbesondere unter dem Aspekt der Pflegequalität spielen eventuell nötige Regulative in einem sensiblen Markt, wie dem der Altenhilfe, eine erhebliche Rolle.

Im ersten Abschnitt werden zunächst marktliche Eigenheiten in diesem Sektor aufgegriffen, um im zweiten Abschnitt vertiefend auf die Nachfrager- und im dritten Teil auf die Anbieterseite einzugehen. Ausgehend von diesem Marktgedanken werden jeweils von Nachfrager- und Anbieterseite Einflüsse auf eine Pflegequalität abgeleitet.

#### **A. Eigenheiten von Marktbeziehungen im Altenhilfesektor**

Marktbeziehungen in der Altenhilfe zeichnen sich durch eine erhebliche Komplexität aus; dieser Aspekt findet im Folgenden weitere Berücksichtigung. Dabei spielen heterogene Strukturen, unterschiedliche Marktzugänge und differierende Ziele der Akteure ebenso in die Marktsituation hinein wie Regulierungsmöglichkeiten durch übergeordnete Instanzen.

##### **1. Marktmechanismen in der Altenhilfe**

Definitionsgemäß wird unter einem *Markt* „der abstrakte Ort des Zusammentreffens von Angebot und Nachfrage“<sup>196</sup> oder auch die „Gesamtheit der Tauschbeziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern eines Gutes oder einer Gruppe von Gütern“<sup>197</sup>

---

<sup>196</sup> Gawel, Erik (2009), S. 5.

<sup>197</sup> Heinrichsmeyer, Wilhelm; Gans, Oskar; Evers, Ingo (1988), S. 23.

verstanden. Ein Gut ist „jedes zum Zwecke der direkten oder indirekten Bedürfnisbefriedigung geeignete, also nutzenstiftendes Sach- oder Dienstleistungsobjekt.“<sup>198</sup>

Dass der Markt der Altenhilfe unterschiedlichen Ein- und Austrittsbarrieren, eventuellem Marktversagen und daraus folgenden Sanktionen von staatlicher Seite unterliegt, ist Gegenstand der folgenden Unterkapitel.

#### a) Marktein- und -austritt in der Altenhilfe

Im Versorgungsbereich der Altenhilfe werden überwiegend Dienstleistungen ausgetauscht. Sobald Austauschprozesse vorliegen, die aus dem Zusammentreffen von Anbietern und Nachfragern erwachsen, kann, wie oben bereits erwähnt, von einem Marktgeschehen ausgegangen werden, wobei es sich bei den Marktakteuren sowohl um einzelne Personen als auch um Organisationen, das heißt Unternehmen und Haushalte handeln kann.<sup>199</sup>

Marktprozesse finden statt, weil sie es den einzelnen Akteuren ermöglichen, ihre Ziele durch Spezialisierung und Tausch besser zu realisieren, als dies möglich wäre, wenn sie ausschließlich auf sich selbst gestellt wären. Eine *marktwirtschaftliche* Ausrichtung bedeutet aber auch, dass die Koordination des Marktgeschehens vor allem über den Preismechanismus geschieht: „[...] wenn alle Betriebe ihre Kosten am Markt über ihre Entgelte decken (und noch einen ‚Mehrwert‘), dann sorgt der Preismechanismus dafür, dass alle Güter und Ressourcen optimal alloziiert werden [...].“<sup>200</sup>

Hier orientieren die einzelnen Wirtschaftseinheiten, das heißt Anbieter und Nachfrager, ihre Pläne und Entscheidungen an den Erwartungen über die Entwicklungstenden-

---

<sup>198</sup> Gawel, Erik (2009), S. 37. Eine vertiefende Ausführung zu den Begriffen „Bedürfnis“, „Bedarf“ und „Dienstleistung“, insbesondere im Kontext der Altenhilfe, erfolgt in den nachgelagerten Kapiteln III.B.1.a) Bedürfnisse älterer Menschen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe und daraus abgeleitete Bedarfe bei Pflegebedürftigkeit, S. 87 ff. und IV.A.1 Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe, S. 118 ff.

<sup>199</sup> Vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 6.

<sup>200</sup> Witt, Dieter (1996), S. 15.

zen der Mengen und Preise auf den Einzelmärkten. Im Idealfall gibt es keinerlei Regulation durch staatliches Eingreifen, das heißt, dass für den Staat kein Anlass zur *Marktregulierung* bestehen dürfe, etwa indem er durch Erlass von Ge- oder Verboten in den Preismechanismus eingreift oder als Anbieter beziehungsweise Nachfrager sein Gewicht in die Waagschale wirft, um so die Verhältnisse in seinem Sinne zu verändern.<sup>201</sup>

Gleichzeitig erscheint ein Markt, in den man eindringen möchte, aus betriebswirtschaftlicher Sicht vor allem dann attraktiv, wenn sowohl die *Eintrittsbarrieren* als auch die *Marktaustrittsschranken* für die auf diesem Markt agierenden Wettbewerber niedrig sind.<sup>202</sup> Die *Größe* eines Marktes hängt von der Zahl der Bedarfsträger und deren Bedarfsintensität ab, insbesondere von der *Kaufkraft* der Abnehmer. Zudem spielen hier die *Absatzmöglichkeiten* der Anbieter und deren Bemühen um die Weckung und Ausweitung der Kaufwünsche mit hinein.<sup>203</sup>

Dieses Wechselspiel zwischen den Akteuren nimmt Einfluss auf die Pflegequalität, da Definitionen, welche Versorgungsleistungen und damit einhergehend, welche Qualitäten die richtigen sind, aus völlig unterschiedlichen Perspektiven, nämlich derer der Anbieter und der Nachfrager geschehen.

#### b) Marktversagen im Markt der Altenhilfe

In der Altenhilfe wird ein steigender Bedarf an Pflege- und Versorgungsleistungen von Seiten der älteren Menschen zu erwarten sein – die soziodemographische Entwicklung zeigt dies, wie bereits ausgeführt, deutlich. An dieser Stelle kann ein *Marktversagen*

---

<sup>201</sup> Vgl. Heinrichsmeyer, Wilhelm; Gans, Oskar; Evers, Ingo (1988), S. 23; vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 84.

<sup>202</sup> Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 84.

<sup>203</sup> Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 83 ff.

auftreten, wobei zwei wesentliche Ursachenkategorien hervorgehoben werden, die den Altenhilfemarkt beeinflussen können: externe Effekte und Informationsmängel.<sup>204</sup>

Beispielhaft für ein Marktversagen aufgrund eines pekuniären *externen Effektes* dient die, wie vorher ausgeführte, geringe Kaufkraft der Rentnerinnen und Rentner. Wenn demgegenüber privatwirtschaftliche Unternehmen die Gewinnerwartungen als zu gering und die Risiken für die Investition in den Betrieb einer Altenhilfeeinrichtung als zu hoch einschätzen, werden diese daraus folgernd kein entsprechendes Angebot liefern. Altenhilfe wird insofern als meritorisches (= verdienstvolles) Gut angesehen, „von dem angenommen wird, dass es einen größeren Nutzen stiften könnte, als sich dies in der Markt-Nachfrage spiegeln könnte.“<sup>205</sup>

Ein insbesondere für die Altenhilfe wichtiger Aspekt, der zu Marktversagen führen kann, birgt sich in *Informationsmängeln*, weiter diversifizierbar in *Unkenntnis* und *Unsicherheit* auf Seiten der Anbieter und Nachfrager.<sup>206</sup>

Marktversagen aufgrund von Unkenntnis generiert sich beispielsweise durch asymmetrische Informationsverteilung. So stellt sich für den älteren Menschen beziehungsweise dessen Angehörige der Marktzugang nicht einfach dar, da bei der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Unterstützung viele Informationen eingeholt werden müssen. Häufig bestehen Informationsasymmetrien, die eine Beurteilung der Einrichtung aus Nachfragerseite erheblich erschweren. Hier kann der Markt für eine

---

<sup>204</sup> Vgl. Gawel, Erik (2009), S. 707 ff.; vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 82 ff. Zu weiteren Ursachen zählen auch Unteilbarkeiten und Anpassungsmängel. *Unteilbarkeiten* resultieren beispielsweise meist daraus, dass die Kapazität bestimmter Ressourcen aufgrund technischer Gegebenheiten nur in großen Sprüngen variiert werden können, beispielsweise Kraftwerke, Straßen, Schienenwege. Unteilbarkeiten führen zu einer Konzentration auf der betreffenden Marktseite, bis hin zur Monopolisierung. *Anpassungsmängel* ergeben sich beispielsweise durch die fehlende Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage. Vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 331 ff. Beide Aspekte werden aufgrund der Vielfalt der Anbieter und der steigenden Anzahl an Nachfragern auf dem Altenhilfemarkt als nicht ausschlaggebend für eine weitergehende Diskussion zur Pflegequalität identifiziert und deshalb nicht weiter verfolgt.

<sup>205</sup> Gawel, Erik (2009), S. 886; zu meritorischen Gütern siehe auch Kühne, Karl (1984), S. 121 ff.; vgl. Rittig, Gisbert (1984), S. 37 ff.

<sup>206</sup> Vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 325 f.

definierte hohe Qualität versagen, wenn die Vertragsparteien bei Abschluss eines Pflegevertrags einen unterschiedlichen Informationsstand aufweisen.<sup>207</sup>

Auch die Unsicherheit spielt in Informationsmängel mit hinein, da zukünftige Ereignisse nur schwer vorhergesagt werden können. Angebotene Leistungen der ambulanten oder stationären Altenhilfe können beispielsweise durch den älteren Menschen meist erst nach Inanspruchnahme beurteilt werden; diese Leistungen werden als Erfahrungsleistungen eingestuft.<sup>208</sup>

Da die Pflegequalität einer Einrichtung der ambulanten und stationären Altenhilfe bei Informationsmängeln nur schwerlich beurteilt werden kann, bestehen unterschiedliche Regulierungsmöglichkeiten diesem Mangel entgegenzutreten, wie im folgenden Unterkapitel weiter ausgeführt wird.

### c) Regulierung des Marktes in der ambulanten und stationären Altenhilfe im Kontext von Pflegequalität

Um dem dargestellten Marktversagen entgegenzutreten, wird, wie bereits im ersten Abschnitt aufgezeigt, in Deutschland das Prinzip der *sozialen* Marktwirtschaft verfolgt.<sup>209</sup> Das bedeutet, dass staatliche Maßnahmen umgesetzt werden können, einerseits, um die wirtschaftliche Lage und soziale Stellung solcher Personenmehrheiten zu

---

<sup>207</sup> Es wird in diesem Zusammenhang von transaktionskostenrelevanten Informationen gesprochen, das heißt, dass die Inanspruchnahme des Marktes ist mit bestimmten Aufwendungen verbunden ist, die man als Transaktionskosten bezeichnet. Transaktionskosten werden in fünf Typen eingeteilt: Anbahnungskosten, Vereinbarungskosten, Abwicklungskosten, Kontrollkosten und Anpassungskosten. Insbesondere die beiden letzt genannten Transaktionskosten nehmen Einfluss auf die Qualität von Leistungen. Vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 10 f.; vgl. Schulz-Walz, Franziska (2006), S. 39; vgl. Ebers, Mark; Gotsch, Wilfried (2002), S. 227; vgl. Picot, Arnold; Dietl, Helmut; Franck, Egon (1999), S. 68 f..

<sup>208</sup> Die Bestimmung als Erfahrungsleistung erfolgt in Anlehnung an Nelson, Phillip (1970), S. 311 ff. Er definiert „Suchgüter“, das heißt Güter, die vor dem Kauf beurteilt werden und „Erfahrungsgüter“, die erst nach dem Kauf eingeschätzt werden können. Eine weitergehende Unterscheidung findet sich bei Darby und Karni, die Güter als „Vertrauensgüter“ einstufen, wenn diese selbst nach dem Kauf kaum bewertet werden können. Vgl. Darby, Michael R.; Karni, Edi (1973), S. 67 ff.

<sup>209</sup> Sinn der sozialen Marktwirtschaft ist die Verbindung des Prinzips der Freiheit mit dem des sozialen Ausgleichs. Vgl. Müller-Armack, Alfred (1956), S. 390. Zur Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2006c), S. 4 ff.

verbessern, die in einer Gesellschaft absolut oder relativ als wirtschaftlich beziehungsweise sozial schwach gelten. Andererseits wird staatliches Eingreifen nötig, um die wirtschaftliche Lage und soziale Stellung für den Fall des Eintritts existenzgefährdender Risiken für solche Personenmehrheiten zu sichern, die nicht in der Lage sind, auf sich selbst gestellt für diese Risiken Vorsorge zu treffen.<sup>210</sup>

Eingriffe von staatlicher Seite bezüglich einer geforderten Pflegequalität im Markt der Altenhilfe geschehen durch wirtschafts-, verbraucher-, sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen mit unterschiedlicher regulativer Wirkung.

(1) Staatliche Eingriffsmöglichkeiten bei Marktversagen infolge externer Effekte

Angebote der Altenhilfe entsprechen, wie oben beschrieben, meritorischen Leistungen, die aufgrund externer Effekte entstehen. Einflussmöglichkeiten von staatlicher Seite können hier unterschiedlicher Ausprägung sein, unter anderem durch moralische Appelle, staatliche Bereitstellung, beziehungsweise Verbote oder Auflagen, Erhebung von Steuern oder Zahlung von Subventionen:<sup>211</sup>

*Moralische Appelle*, an die Nachfrager gerichtet, könnten beispielsweise dahingehend lauten, bereits in jungen Jahren eine eigene Altersvorsorge vorzunehmen, um nicht für nachfolgende Generationen eine zu große Belastung, insbesondere ökonomischer Art, zu werden. Gleichzeitig könnte ein moralischer Appell, an die Anbieter gerichtet, lauten, angestrebte Überschüsse nicht abzuschöpfen, sondern in eine noch bessere Angebotsstruktur zur Verbesserung der Pflegequalität zu investieren.

Eine *Bereitstellung* von Altenhilfeeinrichtungen *von staatlicher oder kommunaler Seite* erfolgt in Deutschland, wie eingangs erwähnt, nur dann, wenn keine Angebote freigemeinnütziger Art vorliegen; die ausdrückliche Vorrangigkeit freigemeinnütziger Einrichtungen, vor allem im stationären Bereich, ist seit langer Zeit fest verankerter Bestandteil in der Pflegelandschaft.

---

<sup>210</sup> Vgl. Lampert, Heinz; Althammer, Jörg (2004), S. 4.

<sup>211</sup> Vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 112.

*Ge- beziehungsweise Verbote oder Auflagen* regeln in Deutschland eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen im Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe, etwa durch Vorgaben wie Hygienerichtlinien oder durch spezielle Gesetze zur Finanzierung und Qualitätssicherung der Pflege, beispielsweise das Pflegeversicherungsgesetz oder das Heimgesetz.<sup>212</sup>

Damit erwerben Nachfrager der Altenhilfe, sofern sie sich in einer Pflegestufe befinden, einen Anspruch auf eine zu bestimmende Pflegequalität aus eigenem Recht durch die Mitgliedschaft in der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung, unter der Voraussetzung, dass sie sich einer Einrichtung versorgen lassen, die Vertragspartner der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung ist. In diesem Zusammenhang kann von einem Empfängerkollektiv gesprochen werden, für das Dienstleistungen produziert werden, um ein aus der staatlichen sozialen Pflegeversicherung folgendes Gewährleistungsziel, das der qualitativ guten Pflege, für das Kollektiv der Bewohner zu erhalten.<sup>213</sup>

*Steuerliche Lenkung* erfolgt auf der Nachfragerseite beispielsweise in Form von Steuerergünstigungen bei freiwilliger Altersvorsorge mithilfe staatlich genehmigter Vorsorgeverträge; gleichzeitig werden diese Altersvorsorgemöglichkeiten staatlich *subventioniert*, etwa durch festgelegte Förderbeitragsätze. Damit kann auf Anbieterseite von einem zumindest in der Basis stabilen Finanzierungsmodell ausgegangen werden, um ein Angebot an Altenhilfeleistungen vorzuhalten.

Diese beispielhaft dargestellten Eingriffsmöglichkeiten von staatlicher Seite dienen dem Zweck, einem Marktversagen aufgrund externer Effekte im Bereich der Altenhilfe vorzubeugen. Im Folgenden werden weitergehende Lenkungsmöglichkeiten bei Informationsmängeln umrissen.

---

<sup>212</sup> Vgl. Kapitel V.A Qualitätssicherungsmaßnahmen aufgrund der Gesetzeslage und mithilfe ergänzender freiwilliger Zertifizierungen in der Altenhilfe, S. 170 ff.

<sup>213</sup> Vgl. Oettle, Karl (2003), S. 391. Oettle betont hier, dass öffentliche oder verbandliche Verwaltungen Gewährleistungen für ein Empfängerkollektiv produzieren, um bestimmte Zustände herbeizuführen, zu erhalten oder zu verändern, und zwar so, wie sie von den staats- oder selbstverwaltungspolitischen Kräften gewollt sind.

## (2) Staatliche Eingriffsmöglichkeiten bei Marktversagen infolge von Informationsmängeln

Weiter oben wurde angesprochen, dass Informationsmängel in Unkenntnis und Unsicherheit unterschieden werden können. Für die Behandlung möglicher staatlicher Eingriffe aufgrund von Informationsmängeln erscheint diese Unterteilung nicht zweckmäßig, da entsprechende Maßnahmen häufig auf beide Problembereiche gerichtet sind, weshalb auf diese Unterscheidung im weiteren Verlauf verzichtet wird.

Eine Beseitigung von Informationsmängeln betrifft in den weit überwiegenden Fällen die Anbieterseite, um eine für den Nachfrager angemessene Grundlage für eine gewünschte Markttransparenz zu erreichen. Eine Beseitigung von Informationsmängeln kann unter anderem in einer Einführung von Informationspflichten beziehungsweise in der öffentlichen Bereitstellung von Informationen, in einem Erlass von Mindeststandards und subjektiven Marktzugangsbeschränkungen, in einer Bereitstellung eines umfassenden rechtlichen Rahmens oder auch in der Informationsbereitstellung durch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger umgesetzt werden.<sup>214</sup>

Eine Einführung von *Informationspflichten* beziehungsweise einer *Informationsbereitstellung* ist in der Altenhilfe beispielsweise mit einer Verpflichtung zu einer Zertifizierung, umgangssprachlich als „Pflege-TÜV“<sup>215</sup> bezeichnet, erkennbar. Hier werden festgelegte Standards in der Pflege mithilfe eines unmissverständlichen erkennbaren Qualitätszeichens kommuniziert.

Durch Setzung von *Mindeststandards* werden in der Altenhilfe ausschließlich solche Anbieter zugelassen, die den gesetzlichen Mindestanforderungen, geregelt in spezifischen Gesetzen, zum Beispiel dem Heimgesetz, dem Pflegequalitätssicherungsgesetz oder dem Pflegeversicherungsgesetz, entsprechen. Damit soll dem Nachfrager eine gewisse Mindestqualität garantiert werden. Subjektive *Marktzugangsbeschränkungen* bestehen etwa bei der Zulassung von für die Versorgung mit alten Menschen zugelassenen Berufsgruppen, wie Pflegefachkraft oder Arzt. Problematisch sind Mindeststan-

---

<sup>214</sup> Vgl. Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 317.

<sup>215</sup> Bohsem, Guido (2011), S. 1.

dards beziehungsweise Marktzugangsbeschränkungen aber dann, wenn es Nachfrager gibt, die eine geringere Qualität als die vorgesehene Mindestqualität zu entsprechend niedrigerem Preis beziehen möchten,<sup>216</sup> etwa einer Pflegehilfe ohne entsprechende Qualifikation. Hier sei beispielsweise auch der „Graumarkt“ von Pflegehilfen zu Niedriglöhnen aus Osteuropa oder Fernost angesprochen.

Für die Altenhilfe besteht eine Reihe von spezifischen *Gesetzen*, die eine Zulassung als Einrichtung mit zu erfüllenden Standards rechtlich regeln. Eine Ausnahme von der ausschließlichen Betrachtung der Anbieterseite bilden die *Sozialversicherungsgesetze*, hier sind die Nachfrager über Beitragszahlungen eingebunden. Insbesondere über das Pflegeversicherungsgesetz geregelt, entstehen dabei Informationsmöglichkeiten sowohl für Anbieter als auch für Nachfrager, die eine gewisse Sicherheit für die Pflegequalität geben sollen. So gibt es Pflegeberater oder Pflegestützpunkte, in denen Beratungsleistungen durch Mitarbeiter der Sozialversicherungsträger angeboten werden.<sup>217</sup>

## 2. Altenhilfe: Märkte im engeren und weiteren Sinn

Wie im ersten Abschnitt dargestellt, sind vier Versorgungssysteme für ältere Menschen zu unterscheiden. Erstens der private Haushalt in Wechselwirkung mit familiären oder nachbarschaftlichen Strukturen, zweitens professionelle Versorgungssysteme des Nonprofitbereichs, beispielsweise Einrichtungen öffentlicher oder freigemeinnütziger Träger, drittens Versorgungssysteme der Dienstleistungserwerbswirtschaft, etwa durch die Hotellerie, Gastronomie oder private Pflegeanbieter, und viertens Versorgungssysteme durch ehrenamtliche Helfer.<sup>218</sup> Diese Versorgungssysteme agieren in einem sehr komplexen Zusammenhang miteinander.

Für eine Finanzierung der Altenhilfe über die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme gilt, dass Absatzhelfer als Leistungsbestimmer bei der Anbahnung von Kontakten zwi-

---

<sup>216</sup> Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007), S. 317 ff.

<sup>217</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010a), S. 73 ff.

<sup>218</sup> Vgl. II.A.2.c) Bedeutung von Netzwerken im Alter für die ambulante Versorgung, S. 28 ff.

schen den einzelnen Beteiligten eine wichtige Rolle einnehmen, ohne selbst Nutznießer der Dienstleistung zu werden. Dies sind beispielsweise Ärzte, Pflegeberater oder Mitarbeiter eines Sozialverbands, die älteren Menschen eine Einrichtung vermitteln. Zwischengeschaltet zwischen Bedarfsträger und Anbietern sind gesetzliche oder private Versicherungsträger, die an der Finanzierung der Leistungen der stationären Altenhilfe beteiligt sind. Einen weiteren Bestandteil des Beziehungsgeflechts stellen Lieferanten der Altenhilfeeinrichtung dar, etwa für Hilfsmittel in der Pflege, Lebensmittel für die Verpflegung oder Erzeugnisse für die Reinigungshygiene. Ehrenamtliche Helfer, zum Beispiel Nachbarn, können dieses komplexe System, wie bereits in Kapitel II.A angeführt, zusätzlich unterstützen. Auch Pflegehilfen aus dem Graumarkt, die sich für eine begrenzte Zeit (unter Umständen illegal) in Familien mit pflegebedürftigen älteren Menschen aufhalten, können am Beziehungsgeflecht teilhaben.

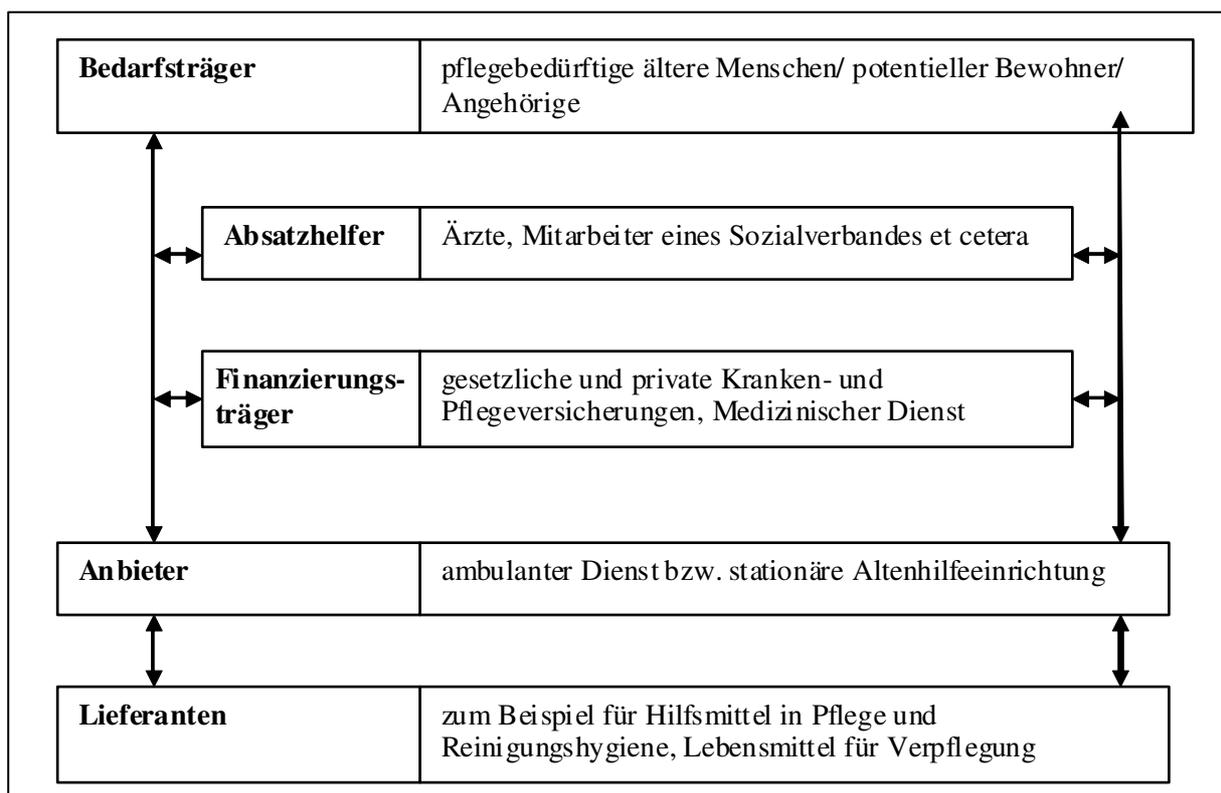


Abb. III-1: Beziehungsgeflecht der Anspruchsgruppen auf dem Soziomarkt der Altenhilfe

Wie aus Abb. III-1 ersichtlich, agieren Nachfrager und Anbieter auf dem Markt der Altenhilfe nicht immer in direktem Kontakt, insbesondere wenn es sich dabei um die Finanzierung der beanspruchten Pflegeleistungen durch die gesetzliche Versicherungen handelt. Hier sind Versicherungsträger zwischengeschaltet, die eine Beurteilung

des jeweiligen Bewohners zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit vornehmen, was wiederum ausschlaggebend für den größten Teil der Finanzierung der Einrichtungen ist.

Damit entscheiden Finanzierungsträger mit über die Bedarfsdeckung der nachfragenden älteren Menschen, vor allem im Bereich der Grundpflege, wenn die alleinige Finanzierung über die gesetzlichen Versicherungen geschieht. Dass von Seiten der Nachfrager durchaus andere Bedürfnisse bestehen können, erschließt sich bereits aus der Betrachtung der Haushaltsfunktionen, wie im vorherigen Kapitel ausgeführt wurde.<sup>219</sup>

Nach von Rosenstiel und Neumann<sup>220</sup> können daraus folgend Märkte im weiteren und engeren Sinn unterschieden werden: Unterscheidungsmerkmale bestehen darin, dass in Märkten im engeren Sinne der Marktpreis die Interaktion zwischen dem Anbieter und dem Nachfrager direkt regelt, während in Märkten im weiteren Sinne keine echten Marktpreise verlangt werden.

Die erstgenannten Märkte im engeren Sinne können als Versorgungssysteme der Erwerbswirtschaft angesehen werden. Hierzu zählen beispielsweise Anbieter der Gastronomie und Hotellerie, die spezielle Versorgungspakete für ältere Menschen verkaufen. Einen weiteren Zweig stellt zum Beispiel die Vermittlung privater Haushaltshilfen, meist im Niedriglohnssektor, dar.

Die zweitgenannten Märkte, das heißt Märkte im weiteren Sinne, werden manchmal auch als *Soziomärkte*<sup>221</sup> bezeichnet, in denen entweder überhaupt keine monetären Preise gefordert werden oder Preise, die sich nicht im freien Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage einpendeln. Der Eintritt als privater, freigemeinnütziger oder öffentlicher Anbieter auf dem Soziomarkt der Altenhilfe ist aufgrund der gesetzlichen Richtlinien, die vor allem dem Schutz der pflegebedürftigen älteren Menschen dienen,

---

<sup>219</sup> Vgl. Kapitel II.A.2.b) Kennzeichen privater Haushaltssysteme und deren Funktionen in der Nacherwerbsphase, S. 25 ff.

<sup>220</sup> Von Rosenstiel und Neumann beziehen sich hier auf Aspekte der Marktpsychologie, die insbesondere in der Altenhilfe aufgrund der individuellen Beurteilung von Pflegequalität von erheblicher Bedeutung ist. Vgl. Rosenstiel, Lutz von; Neumann, Peter (2002), S. 55 ff.

<sup>221</sup> Vgl. Rosenstiel, Lutz von; Neumann, Peter (2002), S. 55.

erheblich erschwert. *Staatliches Eingreifen* wird sowohl in der Sozialgesetzgebung, beispielsweise dem SGB XI, deutlich, als auch im Angebot öffentlicher oder freigemeinnütziger Einrichtungen wie derjenigen der stationären Altenhilfe. Diese Organisationen bewegen sich in einem streng geordneten Raum; es gibt eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, die die Marktbeziehungen regeln. Das stark regulierende Eingreifen von staatlicher Seite in das Marktgeschehen der stationären Altenhilfe beschränkt die Koordination des Marktes; eine Steuerung über den Preismechanismus kann somit nur eingeschränkt erfolgen.

Eine weitere Differenzierung kann durch eine Bestimmung von Handlungsspielräumen im Nonprofit-Bereich erfolgen; Kotler beispielsweise erweitert für Nonprofit-Organisationen den Begriff des Marktes, indem er unter Markt jeden potentiellen Schauplatz für den Austausch von Ressourcen beziehungsweise allein den Austausch mit Interessensgruppen als Markt ansieht: „Sobald Austauschwerte bei den Überlegungen zu der Gestaltung von Beziehungen zwischen einer Organisation und einer Interessensgruppe eine Rolle zu spielen beginnen, wird die Interessensgruppe von der Organisation als ein Markt angesehen [...]“. <sup>222</sup>

Purtschert widerspricht dieser Markt Betrachtung, indem er verdeutlicht, dass die genannten Austauschprozesse im Nonprofit-Bereich gerade *nicht* durch marktliche Steuerungselemente beeinflusst werden können. <sup>223</sup> Insbesondere private Nonprofit-Organisationen, die eine Bedarfsdeckung bezwecken, zeichnen sich dabei durch drei wesentliche Merkmale aus: Erstens durch die Nicht-Identität zwischen Leistungsnehmer und Zahler, wie dies beispielsweise bei den Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung der Fall ist. Zweitens werden bestimmte Leistungen gratis oder nicht kostendeckend abgegeben, etwa bei karitativer oder ehrenamtlicher Unterstützung. Drittens werden Kollektivleistungen angeboten, die einer ganzen Gruppe zu Gute kommen und eventuell von Trittbrettfahrern, die sich an den Kosten der Leistungserstellung nicht beteiligen, ebenfalls genutzt werden können. <sup>224</sup>

---

<sup>222</sup> Kotler, Philip (1978), S. 23.

<sup>223</sup> Vgl. Purtschert, Robert (2001), S. 63.

<sup>224</sup> Vgl. Purtschert, Robert (2001), S. 63 f.

Eine Auflösung dieses Widerspruchs kann insofern vorgenommen werden, dass insbesondere im Nonprofit-Sektor marktähnliche Beziehungen, wie sie Von Rosenstiel und Neumann definieren, vorliegen. Der Begriff des „Soziomarktes“ wird deshalb für die Altenhilfe als zielführend angesehen.

### **3. Erste zusammenfassende Schlussfolgerungen zu den Marktbeziehungen der Altenhilfe**

Die vorstehenden Ausführungen lassen folgenden erste Schlüsse zu:

*Ein älterer Mensch mit Pflegebedarf* steht als Nachfrager einer komplexen Fülle an unterschiedlichen Angeboten der ambulanten und stationären Altenhilfe gegenüber. Der Bedarf an Unterstützungsleistung bei Pflegebedürftigkeit kann einerseits aus eigenem Recht aufgrund der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung und andererseits basierend auf eigener Kaufkraft gedeckt werden. Ein älterer Mensch mit Pflegebedarf handelt nicht nur aus rationalen Gründen, sondern ist auch durch seine besonders schutzbedürftige Situation emotionalen und heuristischen Entscheidungswegen gegenüber offen.

*Familie und Nachbarn als Anbieter* sind vordergründig von der Betrachtung des Marktes auszunehmen, da hier aus gesellschaftlicher Sicht keine Gegenleistungen bei der Versorgung angesetzt werden können. Handelt ein Angehöriger jedoch in *Vertretungsfunktion* für den pflegebedürftigen älteren Menschen, so steht der Angehörige als Nachfrager Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe gegenüber. Zudem können sowohl Familienangehörige als auch Nachbarn als Produktionsfaktoren von Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe angesehen werden da diese Pflegeleistungen erbringen.

*Forprofit-Organisationen* als Anbieter der Altenhilfe oder auch der Hotellerie, Gastronomie oder Unternehmen privater haushaltsnaher Dienstleistungen handeln nach den Erfordernissen eines Marktes.

Beim Altenhilfemarkt des *Nonprofit-Sektors* handelt es sich um ein *marktähnliches Gefüge*: Es besteht zwar kein direkter Bezug zwischen Entgelt und Leistung, wie dies in bedarfsorientierten Einrichtungen der Fall ist.<sup>225</sup> Gleichwohl gibt es bestimmte Leistungen, die der ältere Mensch wählen und durch einen privaten Eigenanteil mitfinanzieren kann. Vor diesem Hintergrund kann ein höheres Anspruchsdenken bei den älteren Menschen erkennbar werden.

*Ehrenamtliche Helfer*, koordiniert durch öffentliche oder freigemeinnützige Organisationen können künftig für Anbieter und Nachfrager von Altenhilfeleistungen eine größere Rolle spielen. Dies gilt insbesondere bei nicht durch Versicherungsträger finanzierten Leistungen außerhalb der Grundpflege, etwa im Rahmen einer Umsetzung der Sozialisationsfunktion.

*Private Pflegehilfen* ohne nachgewiesene Qualifikation, die sich beispielsweise aus Osteuropa oder Fernost (unter Umständen illegal) für eine begrenzte Zeitdauer in Familien mit pflegebedürftigen älteren Menschen aufhalten, können ebenfalls als Anbieter auftreten. Hier ist in den letzten Jahren ein Graumarkt entstanden, auf dem sich diese Pflegehilfen zu niedrigsten Löhnen anbieten.<sup>226</sup>

Gleichwohl spielen *alle* genannten Teilnehmer im Netzwerk zur Versorgung des älteren Menschen und damit für eine Pflegequalität eine erhebliche Rolle.

Im Folgenden werden die ausschlaggebenden Marktteilnehmer im Kontext der Nachfrager- und Anbieterseite einer vertiefenden Betrachtung unterworfen.

---

<sup>225</sup> Vgl. Witt, Dieter (1985), S. 479 f.

<sup>226</sup> Einerseits werden Arbeitskräfte aus Osteuropa als Hilfen für haushaltsnahe Dienstleistungen über die Zentrale Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit legal vermittelt, andererseits dürfen diese keinerlei Pflegeleistung ausüben. Gleichzeitig finden sich auch Modelle der illegalen Beschäftigung, in dem sich ausländische Haushalts- oder Pflegehilfen im Dreimonatsrhythmus – orientiert an der Dauer eines Touristenvisums – abwechseln. Vgl. Schneiders, Karin (2010), S. 115.

## **B. Der ältere Mensch als Verbraucher zwischen Mündigkeit und Schutzbedürftigkeit**

Ältere Menschen beziehungsweise deren Angehörigen stehen einer Fülle unterschiedlicher Altenhilfeangebote gegenüber. Gleichzeitig muss sich der hilfebedürftige ältere Mensch darüber klar werden, welches Qualitätsniveau er für seine Versorgung wünscht und – das spielt in diesen Aspekt stark hinein – welche Wünsche er mithilfe privater und/ oder Sozialversicherungsmittel erfüllen kann.

Insofern wird innerhalb dieses Kapitels der Begriff des „Bewohners“ als Nachfrager in der Altenhilfe unter Einbeziehungen von dessen Bedürfnissen und Bedarfen beleuchtet. Zudem werden Aspekte der Konsumentensouveränität der Schutzbedürftigkeit eines älteren Menschen gegenübergestellt.

### **1. Herleitung des Begriffes „Bewohner“ für einen Nachfrager in der Altenhilfe unter Einbeziehung von dessen Bedürfnissen und Bedarfen**

Die bisherigen Ausführungen zum Markt in der Altenhilfe machen eine Abgrenzung des Nachfragerbegriffes notwendig. Handelt es sich bei einem älteren Menschen mit Pflegebedarf um einen Kunden, Pflegebedürftigen, Patienten, Klienten oder Bewohner?

*Kunden* können als solche Nachfrager definiert werden, die bei einem bestimmten Anbieter einmal oder mit einem gewissen Maß an Regelmäßigkeit ihren Bedarf decken.<sup>227</sup> Insofern kann der Kundenbegriff auf den älteren Mensch als Nachfrager ambulanter oder stationären Altenhilfe angewandt werden, da er bei Pflegebedürftigkeit dauerhaft von einer Versorgung abhängig ist. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass der Wechsel zu einem anderen Dienstleistungsanbieter bei möglicher Unzufriedenheit mit erheblichem Aufwand persönlicher und materieller Art verbunden wäre.

---

<sup>227</sup> Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 88.

Dieser Umstand wird auch mit dem Begriff des so genannten „gefangenen Kunden“<sup>228</sup> beschrieben, da die Barrieren so hoch sind, insbesondere im stationären Bereich, dass ein Wechsel nicht mehr in Betracht gezogen werden kann. Im Extremfall wird in den Haushaltswissenschaften auch von einem entmachteten Kunden gesprochen:

„Der Leistungsempfänger entspricht dann einem entmachteten ‚Kunden‘ mit dem einzigen verbleibenden Recht, die Leistungen anzunehmen oder zu verweigern [...]. Der Begriff ‚Kunde‘ ist eine weitgehend ungeeignete Bezeichnung der Situationen von Menschen in Institutionen der markt- und gewinnorientierten Unternehmungen der [...] Sozialstaatsbereiche. Sie ähneln, rein betriebswirtschaftlich gesehen, eher Gefängnissen oder Kasernen.“<sup>229</sup>

Das bedeutet, dass sich die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten und stationären Pflege in vielen Fällen nicht aus freien Stücken heraus begründet, sondern meist durch Umstände, die die Lebenssituation stark beeinträchtigen, wie vorher ausgeführt wurde.<sup>230</sup> Von einem „Kaufwunsch“ als Voraussetzung für die Nachfrage kann hier also nicht unbedingt die Rede sein; vielmehr steht die Bedarfsdeckung der grundlegenden, das heißt vor allem der physiologischen Bedürfnisse im Vordergrund, die nicht immer deckungsgleich mit weitergehenden Wünschen des Nachfragers sein muss.

Auch wenn in den letzten Jahren die Anwendung des Kundenbegriffs im Sozialbereich häufig Einzug gehalten hat, stellt sich generell die Frage, ob das Verständnis, den älteren, pflegebedürftigen Menschen als Kunden zu betrachten, in der ambulanten und stationären Altenhilfe als zutreffend bezeichnet werden kann. Es erscheint deshalb notwendig, für diese Personengruppe eine eigene Begriffsbestimmung vorzunehmen. Dies geschieht im Folgenden unter Betrachtung der alters- und pflegebedürftigkeitsabhängigen Bedürfnisse beziehungsweise der daraus abgeleiteten Bedarfe der älteren Menschen. Zudem werden die individuellen Lebensumstände der älteren Menschen mit Pflegebedarf in der Altenhilfe und die Sicht der Mitarbeiter von entsprechenden Anbietern einbezogen.

---

<sup>228</sup> Velsen-Zerweck, Beate von; Berndt, Jens-Peter (2003), S. 17.

<sup>229</sup> Schweitzer, Rosemarie von (2007), S. 27.

<sup>230</sup> Vgl. Kapitel II.A.3.b) Übertritt in stationäre Einrichtungen als Bruch zum bisherigen Leben, S. 39 ff. und Kapitel II.A.4 Zusammenfassende Klassifikation der verschiedenen Lebensabschnitte und Haushaltsformen im Alter als Voraussetzung für eine Qualitätssicherung in der Versorgung älterer Menschen, S. 46 ff.

- a) Bedürfnisse älterer Menschen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe und daraus abgeleitete Bedarfe bei Pflegebedürftigkeit

Vor der Inanspruchnahme einer Sach- oder Dienstleistung stehen individuelle Bedürfnisse, das heißt das Gefühl eines Mangels, verbunden mit dem Bestreben, diesen zu beseitigen.<sup>231</sup> Weitergehend werden Bedürfnisse beziehungsweise Motive im Sinne der Motivationstheorie als autonom entstehende oder durch Sozialisation gelernte Antriebskräfte im Inneren des Menschen angesehen, die sowohl von aktivierenden als auch von kognitiven Komponenten gekennzeichnet sind. Dabei muss beachtet werden, dass Bedürfnisse handlungswirksame, aber unspezifische Antriebsempfindungen darstellen, also auf kein konkretes Objekt der Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet sind.<sup>232</sup>

- (1) Bedürfnisse älterer Menschen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe

Eine allgemeine Einteilung von Bedürfnissen im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Altenhilfe kann über die Hierarchiebildung nach Maslow geschehen, die folgende Bedürfnisse in der angegebenen Reihenfolge ihres Entstehens ableitet:

1. Physiologische Bedürfnisse,
2. Bedürfnis nach Sicherheit,
3. Bedürfnis nach Zugehörigkeit,
4. Bedürfnis nach Wertschätzung,
5. Bedürfnis nach Selbstverwirklichung.<sup>233</sup>

Die Annahme einer hierarchischen Motivaktivierung drückt aus, dass ein nächst höheres Bedürfnis erst dann entstehen kann, wenn das hierarchisch untergeordnete Bedürf-

---

<sup>231</sup> Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 640.

<sup>232</sup> Vgl. Böcker, Franz (1996), S. 13 f.; vgl. Schäfer, Erich; Knoblich, Hans (1978), S. 109 ff.; vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 640; vgl. Gabler (Hrsg.) (2010), S. 346.

<sup>233</sup> Vgl. Maslow, Abraham H. (1943), S. 370 ff., zitiert in: Freiling, Jörg; Reckenfelderbäumer, Martin (2004), S. 110; vgl. Töpfer, Armin (2007), S. 57; vgl. Gabler (Hrsg.) (2010), S. 346.

nis befriedigt ist.<sup>234</sup> Die Hierarchiebildung von Bedürfnissen, wie sie Maslows vornahm, beeinflusste die wirtschaftswissenschaftliche Literatur maßgeblich; nach aktueller Literatur kann theoretische Fundierung sowie empirische Evidenz für eine Klassifikation der Bedürfnisse und die Annahme der hierarchischen Motivierungsbildung im Gegensatz zu ihrem Bekanntheitsgrad eher als unzureichend eingeschätzt werden.<sup>235</sup>

Dennoch kann im Kontext der Altenhilfe deutlich gesehen werden, dass mit der Einführung der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung eine hierarchische Orientierung nach Maslow angewendet wurde. Wie vorher ausgeführt, konzentrieren sich die Leistungen der Pflegeversicherung überwiegend auf physiologische Bedürfnisse, und hier insbesondere auf die Körperpflege. Eine prioritäre Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen alleine muss nicht unbedingt eine als zufriedenstellend empfundene Qualität beim Nachfrager hervorrufen. Unter Umständen können etwa Kommunikationsaspekte, einzuordnen unter den Gesichtspunkten Zugehörigkeit und Wertschätzung, in der individuellen Bedürfnishierarchie höher stehen.

Daraus folgernd sollte bei der Betrachtung von Bedürfnissen auf eine Hierarchiebildung verzichtet werden, wenngleich grundsätzlich eine *hierarchiefreie Benennung nach Maslow* angewendet werden kann. Insofern kann diese grundlegende Darstellung als Differenzierung der Bedürfnisarten nach Maslow im Kontext der Altenhilfe verwenden.

## (2) Bedarfe älterer Menschen im Zusammenhang mit Haushaltsfunktionen

Sobald sich aus einem Bedürfnis eine Nachfrage generiert, wird aus ökonomischer Sicht von einem *Bedarf* gesprochen, das heißt, es entsteht eine objektorientierte Handlungsabsicht, die einem bestimmten Bedürfnis folgt.<sup>236</sup> Aus einem bestimmten Be-

---

<sup>234</sup> Vgl. Freiling, Jörg; Reckenfelderbäumer, Martin (2004), S. 110; vgl. Töpfer, Armin (2007), S. 57; vgl. Gabler (Hrsg.) (2010), S. 346.

<sup>235</sup> Vgl. Töpfer, Armin (2007), S. 57; vgl. Gabler (Hrsg.) (2010), S. 346.

<sup>236</sup> Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 640; vgl. Gabler (Hrsg.) (2010), S. 343.

dürfnis heraus erwachsen unterschiedliche, individuell geprägte Ansprüche an eine erwartete Pflegequalität.

Ausgehend von den vorher beschriebenen Haushaltsfunktionen, die als wesentlich für eine Versorgung in der ambulanten und stationären Versorgung herausgearbeitet wurden, werden im Folgenden exemplarisch Bedürfnisse älterer Menschen verknüpft, um im weiteren Verlauf einen Kontext zur Pflegequalität herstellen zu können, wie hier am Beispiel des physiologischen Bedürfnisses „Nahrungsaufnahme“ gezeigt. Damit verknüpft kann sein

- das *Bedürfnis nach Sicherheit*, etwa in dem Zusammenhang, dass eine gesundheitsfördernde Speise eingenommen wird, die nicht durch krankheitsauslösende Faktoren, wie Bakterien oder Schadstoffe, belastet ist;
- das *Bedürfnis nach Zugehörigkeit*, zum Beispiel durch ein gemeinsames Essen des älteren Menschen mit von ihm geschätzten Personen;
- das *Bedürfnis nach Wertschätzung*; hier kann eine Unterhaltung während des Essens ein wichtiger Bestandteil der Nahrungsaufnahme sein;
- das *Bedürfnis nach Selbstverwirklichung*; dies spielt insbesondere bei individuellen ethischen oder religiösen Gründen eine Rolle, beispielsweise für den Fall des bewussten Verzichtens auf Fleisch oder der Verwendung von bestimmten Fleischarten.

Um die genannten Bedürfnisse befriedigen zu können, können Haushalte folgende Funktionen erfüllen: Mit der *ökonomischen Funktion* steht der Einkauf von Lebensmitteln im Vordergrund; gleichzeitig können hier unterschiedliche Schwerpunkte ökonomischer Art zum Tragen kommen, etwa dass bewusst teuer eingekauft wird, da auf eine bestimmte Lebensmittelqualität (beispielsweise mit einem BIO-Siegel) Wert gelegt wird. Im Rahmen der *Regenerationsfunktion* kommen die Vorratshaltung, die Nahrungszubereitung, die Verköstigung, die Reinigung des Geschirrs und von Teilen des Körpers sowie der Wäsche (zum Beispiel bei Bettlägerigkeit) zum Tragen. Mit der *Sozialisationsfunktion* verbunden ist eine Mobilisierung zur Teilhabe an einem gemeinsamen Essen. *Generative Funktionen* können durch Teilnahme mehrerer Generationen geschehen, die sich gegenseitig unterstützen; das heißt körperliche Hilfe durch jüngere Menschen beziehungsweise mentale Unterstützung durch Zuhören der Älteren. Schließlich bildet auch die *politische Funktion* einen wesentlichen Aspekt, da der

Haushalt als Nachfrager bestimmter Lebensmittel Einfluss auf das Anbieterverhalten nehmen und eine Lenkungsfunktion ausüben kann.<sup>237</sup>

<b>Nahrungsaufnahme</b>					
<b>Bedürfnisart</b>					
<b>Haushaltsfunktion</b>	<b>Physiolog. Bedürfnis</b>	<b>Bedürfnis nach Sicherheit</b>	<b>Bedürfnis nach Zugehörigkeit</b>	<b>Bedürfnis nach Wertschätzung</b>	<b>Bedürfnis nach Selbstverwirklichung</b>
<b>Regeneration</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Generative Funktion</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Sozialisationsfunktion</b>	<b>X</b>			<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Ökonomische Funktion</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Politische Funktion</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>

Tab. III-1: Verknüpfung von Bedürfnissen mit Haushaltsfunktionen in der Altenhilfe am Beispiel der Nahrungsaufnahme; Verknüpfungen sind mit x gekennzeichnet<sup>238</sup>

Wie Tab. III-1 verdeutlicht, gehen Bedürfnisse älterer, pflegebedürftiger Menschen wesentlich über die im Pflegeversicherungsgesetz finanzierten Ansätze hinaus; gleichzeitig können Haushalte eine weitergehende Funktionen erfüllen, als die der Regeneration.

Wie eingangs dieses Unterkapitels erläutert, entsteht ein Bedarf, sobald aus einem Bedürfnis eine tatsächliche Nachfrage entsteht. Insofern wird nun in einem nächsten Schritt der nachfragende ältere Mensch im Kontext eines passenden Konsumenten-Begriffes näher beleuchtet.

<sup>237</sup> Vgl. Kapitel II.A.2.b) Kennzeichen privater Haushaltssysteme und deren Funktionen in der Nacherwerbsphase, S. 25 ff.

<sup>238</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Piorkowsky, Michael-Burkhard (1997), S. 46 ff. und Maslow, Abraham H. (1943), S. 370 ff., zitiert in: Freiling, Jörg; Reckenfelderbäumer, Martin (2004), S. 110, sowie Töpfer, Armin (2007), S. 57 und Gabler (Hrsg.) (2010), S. 346.

- b) Betrachtung der ungewohnten Ausgangslage des nachfragenden pflegebedürftigen älteren Menschen bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als Eingrenzungsvoraussetzung für den Begriff des „Kunden“

Der Übergang in die Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen stellt einen gravierenden Einschnitt im Leben des betroffenen älteren Menschen dar, der selten geplant oder vorsorgend geschieht. Die oft unangenehme Gewissheit, sich nicht mehr aus eigener Kraft versorgen zu können, und auf die Hilfe von Angehörigen, Nachbarn oder ambulanten Diensten angewiesen zu sein, wird ergänzt durch die Angst, aus dem gewohnten Lebensbereich in eine stationäre Versorgungsform als letzte Lebensstation überwechseln zu müssen. Hinzu kommt, dass der Übergang selbst vom privaten Haushalt in eine stationäre Einrichtung für manchen alten Menschen ein kritisches Lebensereignis bedeutet, das die psychische Bewältigungskapazität stark heraus-, eventuell auch überfordert.<sup>239</sup>

Das Eintreten einer starken Verschlechterung des Gesundheitszustandes im höheren Alter stellt sowohl den alten Menschen selbst als auch die Angehörigen vor ein Problem, das schnell und für alle Beteiligten so angenehm wie möglich gelöst werden muss: Welche ambulanten Dienste beziehungsweise welche stationäre Einrichtung der Altenhilfe kann gewählt werden? Dabei ist es durchaus möglich, dass dieses Anliegen nicht von dem alten Menschen selbst kommt, sondern dass dessen Angehörige aufgrund der eigenen Überlastung dessen Versorgung nicht mehr aufrecht erhalten können oder möchten.

Der Übergang in die Pflegebedürftigkeit markiert meist einen Bruch mit dem bisherigen Leben. Durch die entstandenen Veränderungen der individuellen Lebensweise können partielle Identitätsverluste verbunden sein, die je nach Empfinden des Einzelnen von sozialer Entwurzelung bis hin zur relativen Deprivation reichen können.<sup>240</sup>

---

<sup>239</sup> Vgl. Backes, Gertrud, M.; Clemens; Wolfgang (2003), S. 245; Düx, Holger (1997), S. 21.

<sup>240</sup> Vgl. Düx, Holger (1997), S. 21 ff. Die relative Deprivation bezeichnet die von einem Individuum subjektiv als Versagung, Benachteiligung, Verlust empfundene Diskrepanz zwischen seinen Erwartungen und den realen Verhältnissen, in denen es lebt.

Das bedeutet, dass die *Erwartungshaltung* von älteren Menschen, die von ambulanten Diensten versorgt werden beziehungsweise die in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung umziehen, in der Regel auf die Kontinuität der individuellen Existenzweise ausgerichtet ist, das heißt darauf, ihr bisheriges Leben in möglichst uneingeschränkter Form weiterführen zu können. Dem stehen die *realen Verhältnisse* der neuen Lebenssituation entgegen, die den bisherigen individuellen Lebensstil in Schranken weisen. Aus diesem Widerspruch heraus resultiert das Gefühl der relativen Deprivation, das sich in Autonomie- und Individualitätsverlusten spiegelt. Hinzu können Mobilitätsverluste, massive individuelle Einschränkungen, Restriktionen und Kommunikationsprobleme kommen.<sup>241</sup>

Die genannten Umstände können für den älteren Menschen bei einer ambulanten Versorgung oder in einer stationären Altenhilfe Ausgrenzung, Desintegration, Entfremdung und Isolation – sowohl gesellschaftlich gesehen, als auch innerhalb des eigenen Haushalts beziehungsweise der stationären Einrichtung – mit sich bringen: Insbesondere eine *gesellschaftliche* Ausgrenzung der älteren Menschen manifestiert sich bei einem Übertritt in eine stationäre Versorgungsform in der zwangsweisen „Parallelexistenz“ in einer separaten, von der alltäglichen Welt abgeschlossenen Institution.<sup>242</sup>

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen *Stigmatisierung* und *Ausgrenzung* von pflegebedürftigen älteren Menschen drückt sich in der kollektiven Verdrängung und Tabuisierung von Phänomenen wie Alter, Krankheit, Schwäche, Siechtum und Tod aus dem sozialen Kontext aus. Diese Ausgrenzung erfährt ihren Höhepunkt insbesondere in der räumlichen *Separation* der Betroffenen vom Rest der Gesellschaft in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.<sup>243</sup>

---

<sup>241</sup> Vgl. Düx, Holger (1997), S. 23.

<sup>242</sup> Vgl. Kapitel II.A.3.b) Übertritt in stationäre Einrichtungen als Bruch zum bisherigen Leben, S. 39 ff.

<sup>243</sup> Hier besteht die Gefahr, dass der ältere Mensch innerhalb einer stationären Einrichtung einem kontinuierlichen Prozess der Entprivatisierung durch eine Ausgrenzung aus dem familiären Kontext unterliegen kann. Zudem bestehen häufig aufgrund von Krankheiten oder senilen Demenzen massive Kommunikationsprobleme der alten Menschen untereinander, was zu einer Isolation innerhalb der Einrichtung führen kann. Vgl. Düx, Holger (1997), S. 113 ff.

Die Bedenken vor der stationären Unterbringung in einem Altersheim scheinen vielschichtig zu sein und sind häufig mit Vorurteilen oder Angst verursachenden Informationen aus den Medien gekoppelt, weshalb dieser Aspekt noch etwas vertieft werden soll: Berichte über Dekubitusfälle, erhebliche Freiheitsverletzungen durch Fixierungen oder auch Dehydrierungen aufgrund erheblichen Flüssigkeitsverlustes prägen die Berichte über Einrichtungen der stationären Altenhilfe.<sup>244</sup> Diese Darstellungen führen zu erheblicher Verunsicherung in der Öffentlichkeit und vermitteln eventuell ein völlig falsches Bild der stationären Altenhilfe.

Es wird vielfach konstatiert, dass die Angst vor der stationären Versorgung im Alter in den letzten Jahren gewachsen zu sein scheint. Nach einer Studie des Institutes für Rechtsmedizin der Berliner Charité war von 130 untersuchten Suiziden von Menschen zwischen 65 und 95 Jahren, die zwischen 1995 bis 2003 in Berlin lebten, auch die Angst vor dem Umzug in ein Heim als Motiv für den Freitod in Betracht gezogen worden.<sup>245</sup> Sicherlich wäre ein großer Anteil dieser verzweifelten alten Menschen in einer gut geführten Einrichtung der stationären Altenhilfe wesentlich besser versorgt und betreut worden, als es ihnen selbst im eigenen Haushalt mit einem gering ausgeprägten Netzwerk möglich gewesen wäre.

Unter Umständen spielt auch der Gedanke, nun den Rest der verbleibenden Lebenszeit in einer Institution und nicht im eigenen Haushalt zu verbringen, eine wesentliche Rolle: Das Leben in einer stationären Altenhilfeeinrichtung ist für alte Menschen nicht wie bei einem Krankenhausaufenthalt von zeitlich überschaubarer Dauer, sondern kristallisiert sich als eine bis zum Tod währende Lebensform heraus.<sup>246</sup>

Der Begriff „Verweildauer“<sup>247</sup>, der dabei im Zusammenhang mit der Unterbringung der alten Menschen in einer stationären Altenhilfeeinrichtung verwendet wird, impliziert wie bei einem Krankenhausaufenthalt einen vorübergehenden Zustand, der durch

---

<sup>244</sup> Zudem prägen Berichterstattungen in sprachlich überhöhter Form, wie beispielsweise der Titel „Abgezockt und totgepflegt – Alltag in deutschen Pflegeheimen“ [Breitscheidel, Markus (2007)] verdeutlicht, die Medienlandschaft.

<sup>245</sup> Vgl. Klostermann, Peter; Schneider, Volkmar (2004), S. 39.

<sup>246</sup> Vgl. Klostermann, Peter; Schneider, Volkmar (2004), S. 39.

<sup>247</sup> Vgl. beispielsweise Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1997), S. 37 f.

Genesung wieder beendet werden kann. Bezogen auf das Leben in einer stationären Altenhilfeeinrichtung mutet das eher zynisch an, da diese „Verweildauer“ meist durch den Tod ein Ende findet. Nach Meinung der Verfasserin sollte daher auf den Begriff „Verweildauer“ verzichtet und eher von „Lebenszeit“ gesprochen werden.

Versorgungsformen der ambulanten und stationären Altenhilfe und hier insbesondere deren Mitarbeiter sollten sich bei der Betrachtung ihrer „Kunden“, der pflegebedürftigen älteren Menschen und deren Angehörigen, deren Ängsten und Vorbehalten stellen.

c) Beurteilung des Kundenbegriffs aus Sicht der Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Altenhilfe

Aus Sicht der Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Altenhilfe bedarf die Betrachtung des älteren Menschen als Kunden ebenfalls einer differenzierten Sichtweise.

Einerseits kann der ältere Mensch als ein Kunde, der Anspruch auf objektivierbare Leistungen, beispielsweise aufgrund des Pflegeversicherungsgesetzes, hat, definiert werden. Es werden dabei mit dem Kundenbegriff die Autonomie und Selbstbestimmung des älteren Menschen in seiner Wichtigkeit betont. Andererseits befindet sich der ältere Mensch in einer erheblichen Abhängigkeit von der ambulanten und stationären Versorgung und deren Mitarbeitern.

Wie eine Studie der Soziologen *Heinlein* und *Anderson* belegt, identifizieren sich Mitarbeiter einer Altenhilfeeinrichtung dennoch nicht als Gegenüber eines Kunden: Dies geschieht nicht aus der Missachtung des pflegebedürftigen älteren Menschen als Person heraus, sondern im Gegenteil aufgrund der von den Mitarbeitern als zu unpersönlich gesehenen Interpretation des Kundenbegriffes.<sup>248</sup>

Das heißt, viele Mitarbeiter lehnen den Kundenbegriff ganz bewusst ab, nicht, weil sie nicht verstehen, worum es bei diesem Begriff geht, vielmehr spielt das Verständnis von einer vertrauensvollen, fast familiären Beziehung zwischen Bewohner und Mitar-

---

<sup>248</sup> Vgl. Heinlein, Michael; Anderson, Philip (2004), S. 49 ff.

beiter mit hinein. Diese Beziehung wird als eine ganz spezielle Form des Miteinander-Umgehens begriffen, die nicht mit der Beziehung einer anderen Dienstleistung, beispielsweise einer Finanzdienstleistung, verglichen werden kann: Einerseits wird der ältere Mensch in seiner Ganzheit, mit seiner ganzen biographischen Vergangenheit und seinem gegenwärtigen Zustand gesehen und andererseits spielt das persönliche Erfahrungswissen des Mitarbeiters, das er durch seine eigene Tätigkeit gesammelt hat, mit hinein.<sup>249</sup>

Diese eigene Art der Wahrnehmung in Berufsgruppen im Pflegebereich entsteht auch durch persönliche Motive, genau diesen Beruf gewählt zu haben. Das Bedürfnis nach Anerkennung im Beruf wird hauptsächlich von zufriedenen und dankbaren Bewohnern befriedigt.<sup>250</sup> Hinzu kommt, dass auch Erfolgserlebnisse von Mitarbeitern in der Form gesehen werden, Menschen in kritischen Situationen zeitintensiv betreuen zu können, wie dies beispielsweise bei einer Sterbebegleitung geschieht.<sup>251</sup> Hier treten ökonomische weit hinter zwischenmenschlichen Aspekten zurück.<sup>252</sup>

- d) Begriffsbestimmung des Nachfragers im Dienstleistungsprozess in der ambulanten und stationären Altenhilfe als „Bewohner“

Wie sollte also ein älterer Mensch, der ambulante Dienstleistungen in Anspruch nimmt oder in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe lebt, bezeichnet werden? Von einem „Kunden“ zu sprechen, erscheint, wie vorher beschrieben, in diesem Zusammenhang als zu unpersönlich und vernachlässigt das Bedürfnis des Individuums nach menschlicher Wärme und Zuwendung innerhalb des Pflege- und Versorgungsprozesses. Zudem kann die Entscheidungsautonomie, bei möglicher Unzufriedenheit, das Altenhilfeangebot zu wechseln, eingeschränkt sein.

---

<sup>249</sup> Vgl. Heinlein, Michael; Anderson, Philip (2004), S. 50 f.

<sup>250</sup> Vgl. Sturm, Hilmar (2002), S. 205.

<sup>251</sup> Vgl. Sturm, Hilmar (2002), S. 204.

<sup>252</sup> In diesem Zusammenhang kommen Merkmale des so bezeichneten „Dienstprinzips“ zum Tragen; hierzu erfolgen weitergehende Ausführungen in Kapitel III.C.3 Berufliche Motivationen von Mitarbeitern in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe, S. 112 ff.

Zugleich ist fraglich, ob die Bezeichnung „Pflegebedürftiger“ oder „Patient“ nicht zutreffender wäre. Mit diesen Begriffen wird der ältere Mensch auf seinen hilfsbedürftigen, wenn nicht sogar kranken Zustand reduziert. Wie bereits dargelegt, werden in unserer Gesellschaftsform Phänomene wie Alter, Krankheit, Schwäche, Siechtum und Tod aus dem sozialen Kontext ausgegrenzt. Eine generalisierte Bezeichnung „Pflegebedürftige“ oder „Patient“ für ältere Menschen in der ambulanten und stationären Altenhilfe gleicht damit neben einer gesellschaftlichen Ausgrenzung einer sprachlichen Stigmatisierung. Hinzu kommt, dass es Abstufungen in der Pflegebedürftigkeit gibt, so dass eine Verallgemeinerung dem einzelnen Menschen nicht gerecht wird.

Eher zutreffend für den alten Menschen, der ambulant in seinem eigenen Haushalt versorgt wird beziehungsweise seine verbleibende Lebenszeit in einer stationären Altenhilfeeinrichtung verbringt, ist demzufolge der Begriff *Bewohner*, denn er impliziert eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen innerhalb einer Lebensgemeinschaft, ob in seinem eigenen Zuhause mithilfe ambulanter Dienste oder in einer Institution wie der stationären Altenhilfe. Je nach gewählter ambulanter oder stationärer Lebensform kann der Bewohner soziale, medizinische, pflegerische, ernährungsphysiologische, technische und hauswirtschaftliche Versorgungs- und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Eine Analogisierung erfolgt durch die Übertragung des Begriffs der „Kundenorientierung“ auf die *Bewohnerorientierung*, das heißt, dass hier die Wünsche des Bewohners Berücksichtigung finden.

Ergänzend hierzu kann die erwerbswirtschaftlich belegte Deutung des Kundenbegriffes für zwei Bereiche eingesetzt werden: Erstens bei der Nachfrage nach Privatleistungen, wie bei Leistungen der Hotellerie, Gastronomie oder bei privaten Anbietern von Haushaltsdienstleistungen. Zweitens bei künftigen Nachfragern, das heißt *potentiellen Bewohnern* beziehungsweise dessen *Angehörige*. Hier greifen kommunikationspolitische Instrumente des Marketings, um die Information über den ambulanten Dienst beziehungsweise die stationäre Einrichtung zu verdeutlichen. Meist geht die Entscheidung für die Inanspruchnahme einer Pflegedienstleistung nicht von dem zu Pflegenden selbst aus, sondern von dessen Angehörigen, insbesondere von Ehepartnern, Kindern

oder Schwiegerkindern. Diese Angehörigen sind durchaus offen für kommunikationspolitische Aktivitäten, wenn Dienstleistungseigenschaften wiedergegeben werden, die den Ansprüchen und Wünschen der Angehörigen gerecht werden.<sup>253</sup>

## 2. Konsumentensouveränität versus Schutzbedürftigkeit des Bewohners

Bei der Findung einer geeigneten Einrichtung zur ambulanten oder stationären Versorgung sieht sich ein Bewohner in der schwierigen Lage, geeignete und stichhaltige Informationen über ein Altenhilfeangebot zu erhalten. Hier schwankt ein Bewohner zwischen den Kontrapunkten eines Souveräns seiner Entscheidungen bei gleichzeitiger Schutzbedürftigkeit. Dies wird in den nächsten Unterkapiteln weitergehend vertieft.

### a) Konsumentensouveränität – Fiktion für den Markt der Altenhilfe

Voraussetzung für die Wahl einer ambulanten oder stationären Altenhilfeeinrichtung ist für den Bewohner, potentiellen Bewohner oder dessen Angehörige, sich über die Einrichtung zu informieren. Dies impliziert, dass der Bewohner als mündiger, selbstbewusster Verbraucher auftreten und durch seine Art der Nachfrage das Angebot steuern könnte.<sup>254</sup> Das wäre das Leitbild der *Konsumentensouveränität*, das Adam Smith bereits 1776 zwar noch nicht so genannt, aber bereits beschrieben hat:

„Der Verbrauch allein ist Ziel und Zweck einer jeden Produktion, daher sollte man die Interessen der Produzenten eigentlich nur soweit beachten, wie es erforderlich sein mag, um das Wohl des Konsumenten zu fördern. Diese Maxime leuchtet ohne weiteres ein, so daß es töricht wäre, sie noch beweisen zu wollen.“<sup>255</sup>

---

<sup>253</sup> Vgl. Eichhorn, Peter; Schuhen, Axel (2001), S. 303.

<sup>254</sup> Vgl. Mitropoulos, Stefan (1997), S. 19.

<sup>255</sup> Smith, Adam (1990), S. 558 (original aus dem Jahr 1776), zitiert in: Mitropoulos, Stefan (1997), S. 19.

Das Leitbild der Konsumentensouveränität kann nicht ohne weiteres auf das Beziehungsgefüge der ambulanten und stationären Altenhilfe übertragen werden, da das zu Grunde liegende *Ordnungsleitbild* der vollkommenen Konkurrenz nicht oder nur teilweise besteht. Wie vorher beschrieben liegen wesentliche Merkmale der vollkommenen Konkurrenz, zum Beispiel eine atomistische Angebots- und Nachfragestruktur, die Idee eines freien Marktzutritts für neue Anbieter und gleichzeitig das Vorliegen einer statischen Volkswirtschaft, deren Faktorangebot, technisches Wissen und Einkommensverhältnisse keiner Änderung unterliegen, nicht vor.<sup>256</sup>

Neben diesem Ordnungsleitbild setzt Konsumentensouveränität das Menschenleitbild des *homo oeconomicus* voraus, das den Verbraucher durch zwei Axiome kennzeichnet: das Informations- und das Rationalitätsaxiom. Das *Informationsaxiom* beinhaltet, dass der Verbraucher genau und vollständig über seine Bedürfnisse und über alle Güter einschließlich ihrer Angebotsbedingungen sowie über die damit erreichbaren Handlungen informiert ist. Nach dem *Rationalitätsaxiom* maximiert der Konsument seine Zielgröße „Nutzen“ und handelt dabei automatisch, das heißt, er ist keinem Einfluss seiner Umgebung unterworfen. Dem gegenüber steht ein entsprechend gekennzeichnete Anbieter, der seine Zielgröße „Gewinn“ maximiert.<sup>257</sup> Vollständige Information und absolute Nutzenmaximierung sind hypothetische Annahmen, denen sich in der ambulanten und stationären Altenhilfe bestenfalls angenähert werden kann.<sup>258</sup>

Insbesondere bei der Betrachtung, dass sich ein älterer Mensch aufgrund von hoher Pflegebedürftigkeit – und dann meist durch eine schlagartige Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes – zu einem Leben in einer stationären Altenhilfeeinrichtung oder zu einer Betreuung durch ambulante Dienste entschließt, kann aufgrund der schnell zu fällenden Entscheidung nicht von einer vollkommenen Informiertheit ausgegangen werden. Hinzu kommt, wie bereits erwähnt, dass sich die angebotenen Leistungen, ob durch ambulante oder stationäre Altenhilfe, eher durch Erfahrungsei-

---

<sup>256</sup> Vgl. Kuhlmann, Eberhard (1990), S. 30.

<sup>257</sup> Vgl. Kuhlmann, Eberhard (1990), S. 30.

<sup>258</sup> Vgl. Kuhlmann, Eberhard (1990), S. 30.

genschaften auszeichnen, so dass eine Qualitätsbeurteilung erst nach Inanspruchnahme der Leistung erfolgen kann.<sup>259</sup>

Konsumentensouveränität wird heute bestenfalls als eine Illusion gesehen, die gleichwohl bis zur Gegenwart fester Bestandteil der Wahrnehmung des Verbrauchers in den Wirtschaftswissenschaften ist.<sup>260</sup>

„Der gesamten traditionellen ökonomischen Wahlhandlungstheorie liegt die Annahme eigennützig-rationaler Wirtschaftssubjekte zugrunde: *Homines oeconomici* kalkulieren – emotionslos und einzig auf das selbstdefinierte Ziel bedacht – Kosten und Nutzen [...] und entscheiden zweckrational [...]. Diese Hypothese über das menschliche Verhalten wird auch REM-Hypothese (rational-eigennütziger Mensch) genannt [...].“<sup>261</sup>

Dem gegenüber wird größtenteils in der *Politologie* das Leitbild der Konsumentensouveränität *tatsächlich* als Fiktion wahrgenommen. Hier gilt der Verbraucher als passiv, der mehr oder weniger auf Reize seiner Umwelt reagiert.<sup>262</sup> Inzwischen ist empirisch evident, dass Menschen in Wirklichkeit unvollkommen kalkulierend entscheiden, sich altruistisch und moralsensibel zeigen sowie emotionsbedingt handeln – Eigenschaften, die dem homo oeconomicus nicht zugeschrieben werden.<sup>263</sup>

Gleichzeitig sieht die deutsche *Rechtsprechung* den Konsumenten als besonders schutzbedürftig an. Die *Schutzbedürftigkeit* des Bewohners wird in der stationären Altenhilfe durch zahlreiche gesetzliche Regelungen berücksichtigt, zu deren Einhaltung die Einrichtungen verpflichtet sind. Verstöße gegen diese Vorschriften können zur Aufhebung der Pflegesatzvereinbarung und damit zum Entzug der finanziellen Grundlage einer Einrichtung führen.

Ein schutzbedürftiger, in der Literatur zudem als „flüchtiger Verbraucher“<sup>264</sup> bezeichneter Nachfrager, nimmt beispielsweise werbliche Aussagen eher unkritisch auf und

---

<sup>259</sup> Vgl. Nelson, Phillip (1970), S. 311 ff.

<sup>260</sup> Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 685.

<sup>261</sup> Gawel, Erik (2009), S. 617 f.

<sup>262</sup> Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 685.

<sup>263</sup> Vgl. Gawel, Erik (2009), S. 618; vgl. Scherer, Christian; Held, Dirk (2008), S. 60 f.

<sup>264</sup> Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 714.

verzichtet auf eine nähere Prüfung von Leistungsversprechen wie etwa Gütezeichen, Labels oder Zertifikaten, die Einrichtungen, wie vorher beschrieben, zur Verbesserung von Informationsasymmetrien vergeben werden.<sup>265</sup>

Eine neuere Sichtweise in der Altenhilfe sollte sowohl diesen schutzbedürftigen, irrational handelnden als auch den mündigen, aktiven Verbraucher vergegenwärtigen.<sup>266</sup>

b) Einbeziehung der Schutzbedürftigkeit eines Bewohners bei Entscheidungswegen zur Wahl einer ambulanten und stationären Altenhilfe

Ein (potentieller) Bewohner und dessen Angehörige benötigen auf den Entscheidungsweg<sup>267</sup> für eine Institution der ambulanten und stationären Altenhilfe sowohl Vertrauen auf als auch Orientierung und Wissen über diese Einrichtung. Die Informiertheit des Bewohners und von dessen Angehörigen kann positiv beeinflusst werden, wobei Informationen von den Nachfragern individuell aufgenommen und verarbeitet werden: Es muss sowohl ein Wille bestehen, die Information überhaupt aufzunehmen (Motivation), als auch eine Verarbeitungsfähigkeit (Ability) dieser Information gegeben sein.<sup>268</sup>

*Motivation* hängt unter anderem von der als persönlich empfundenen Relevanz und den sozialen Erwartungen an das eigene Tun ab. Mit steigender Wichtigkeit des Sachverhaltes wächst auch die Motivation. So werden insbesondere potentielle Bewohner und deren Angehörige Kommunikationsaktivitäten von ambulanten und stationären

---

<sup>265</sup> Eine Irreführungsfahrer der Verbraucher wird nach demoskopischen Gutachten bei einem Prozentsatz von zehn bis 15 Prozent angenommen. Vgl. Kraft, Astrid (1999), S. 44 ff.; vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 714 f.

<sup>266</sup> Vgl. Eckert, Simone; Karg, Georg; Zängler, Thomas (2005), S. 115.

<sup>267</sup> Entscheidungswege können anhand eines definierten Verhaltens beim Kaufvorgang abgegrenzt werden. In Anlehnung an die Entscheidungstheorie stellt sich eine für die Altenhilfe ausschlaggebende Entscheidung eher in extensiver Art dar, weil sie durch ein hohes Involvement zustande kommen kann. Mit einem hohen Involvement können zum Beispiel ein intensives Studium verschiedener Quellen, sorgfältiges Abwägen von Eigenschaften einer Einrichtung, Abwägen von Alternativen oder eine Ausrichtung auf an persönlichen Standards verbunden sein. Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 370 f.; vgl. Kuß, Alfred (2004), S. 66 ff.

<sup>268</sup> Vgl. Gottschalk, Ingrid (2001), S. 127 ff.

Altenhilfeeinrichtungen erst dann deutlich wahrnehmen, wenn die Inanspruchnahme einer Einrichtung unmittelbar ansteht.

*Ability* steht in engem Zusammenhang mit der individuellen Verarbeitungskapazität, die gleichzeitig von der Quantität und Qualität der Informationen abhängt. Bei der Wahl einer bestimmten Altenhilfeeinrichtung fühlen sich Bewohner und deren Angehörige jedoch häufig überfordert, da beispielsweise eine starke gesundheitliche Beeinträchtigung oder eine Überlastung durch viel Bürokratismus vorliegt.<sup>269</sup>

Die durch den Bewohner oder dessen Angehörige vorgenommene Informationsverarbeitung, die zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Einrichtung der Altenhilfe führt, kann mehrere Wege gehen: Erstens die *Vermeidung*, das bedeutet, die Informationen werden selektiert und nicht weiter verarbeitet. Zweitens ein *zentraler Weg*, die Informationen werden systematisch verarbeitet. Dabei handelt es sich um eine akribische Informationsaufnahme, der eine lange Reflexion vorausgeht. Drittens ein *peripherer Weg*, der Informationen heuristisch umsetzt. Dabei wird gezielt und zeitsparend gehandelt, so dass Schlüsselinformationen bevorzugt werden.<sup>270</sup>

Aufgrund der meist schnell zu fällenden Entscheidung, eine bestimmte Altenhilfeeinrichtung wählen zu müssen, besteht die Möglichkeit, dass Bewohner oder deren Angehörige eher den Weg heuristischer Art wählen, da hier Schlüsselinformationen verarbeitet werden.

Unterstützt wird die Annahme zu einer in der Regel heuristischen Entscheidung durch moderne Ansätze, die sich aus der Hirnforschung ableiten. Die Annahme, dass ein

---

<sup>269</sup> Vgl. Gottschalk, Ingrid (2001), S. 127 ff.

<sup>270</sup> Vgl. Gottschalk, Ingrid (2001), S. 127 ff. Unter einem heuristischen Entscheidungsweg wird eine Methode verstanden, komplexe Probleme, die sich nicht vollständig lösen lassen, mithilfe einfacher Regeln und unter Zuhilfenahme nur weniger Informationen zu entwirren. Vgl. Gawel, Erik (2009), S. 648.

Mensch als homo oeconomicus handelt und lediglich ausreichend Informationen benötigt, um rational entscheiden zu können, wird hier ebenfalls als überholt angesehen.<sup>271</sup>

Diese Aspekte unterstreichen eine differenzierte Wahrnehmung von Qualität, die über rationale Gesichtspunkte weit hinausgeht.<sup>272</sup>

Bevor jedoch auf den Qualitätsanspruch in der Altenhilfe vertieft eingegangen wird, soll zunächst eine Betrachtung der Anbieterseite erfolgen. Denn für Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe bedeuten die neuen Erkenntnisse, dass zunächst die Hürde der Annäherung an den potentiellen Bewohner oder dessen Angehörige positiv überwunden werden muss und danach das Abwehrverhalten als negative Reaktion des Nachfragers vermieden werden sollte.<sup>273</sup> Das Beachten der Schutzbedürftigkeit des Bewohners durch eine Einrichtung sollte über eine real wahrzunehmende Nähe transportiert sowie eine emotionale, individualisierte Dienstleistung implizieren.

---

<sup>271</sup> Vielmehr soll das menschliche Gehirn nach zwei Funktionsweisen vorgehen: nach einer automatisierten (Autopilot) und nach einer reflektierten (Pilot). Der wesentliche Aspekt ist in der Verarbeitungskapazität des Gehirns zu sehen, bei der ein automatisierter Teil („Autopilot“) alle Informationen aus der Umwelt verarbeitet und eine fast unbegrenzte Kapazität aufweist. An die für reflektiertes Verhalten zuständige Steuerung („Pilot“) wird hingegen nur ein minimaler Teil weitergegeben. Der Pilot, das heißt das Bewusstsein, kann Studien zufolge, nur etwa 40 Bits „verarbeiten“ und ist damit als sehr begrenzt einzustufen. Diese Unterscheidung ersetzt die bisherige Annahme von emotionalen und rationalen Vorgängen im Gehirn, denn sowohl der Autopilot als auch der Pilot wurden als gleichzeitig emotional und kognitiv diagnostiziert. Vgl. Töpfer, Armin (2007), S. 67; vgl. Scherer, Christian; Held, Dirk (2008), S. 60 f.

<sup>272</sup> Der Transport aus Informationen mithilfe hochtechnisierter Möglichkeiten bei gleichzeitiger Emotionalität wird als „High touch“-Kommunikation bezeichnet. Vgl. Förster, Anja; Kreuz Peter (2006), S. 73; vgl. Horx, Matthias (2001); S. 9 ff; vgl. Priem, Katja (2009), S. 46 ff.; vgl. Scherer, Christian; Held, Dirk (2008), S. 60 f.

<sup>273</sup> Vgl. Töpfer, Armin (2007), S. 66.

### **C. Anbieter der Altenhilfe zwischen Bedarfsorientierung und Gewinnorientierung**

Dem Bewohner gegenüber stehen Anbieter unterschiedlicher Altenhilfeleistungen und differierender Zielrichtungen. In einem ersten Schritt wird deshalb innerhalb dieses Kapitels eine Begriffsdefinition der Anbieter erfolgen. Je nach Zielrichtung werden dementsprechend in einem zweiten Schritt Versorgungsabstufungen vorgenommen. Als besonders hervorzuhebende Komponente auf Anbieterseite sind die Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenhilfe zusehen, weshalb dies in einem dritten Schritt explizit bearbeitet wird.

#### **1. Definition des Begriffes „hauswirtschaftlicher Dienstleistungsbetrieb auf dem Soziomarkt der Altenhilfe“**

Wie bereits ausgeführt, existieren Märkte beziehungsweise Soziomärkte,<sup>274</sup> in denen entweder überhaupt keine monetären Preise gefordert werden beziehungsweise Preise, die sich nicht im freien Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage einpendeln. Dieser Begriff des Soziomarktes sollte aus heutiger Sicht für die Altenhilfe aus folgenden Gründen modifiziert werden:

Auf dem Markt der Altenhilfe stehen dem Bewohner Anbieter ambulanter und stationärer Einrichtungen gegenüber, bei denen es sich unabhängig von der Zielrichtung des Trägers (öffentlich, freigemeinnützig oder privat) um Betriebe handelt. Da sich gemeinwirtschaftliche Betriebe, auch Nonprofit-Organisationen (NPO) genannt, in ihrer Zielbildung von erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Betrieben unterscheiden, wird zunächst auf Eigenheiten von NPO vertieft eingegangen.

Definitionsgemäß sind NPO „institutionalisierte Zusammenschlüsse von Personen (oder Organisationen), welche gemeinsame Zwecke in der und durch die Institution erfüllen wollen. [...] Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie von Mitgliedern getragen

---

<sup>274</sup> Vgl. Rosenstiel, Lutz von; Neumann, Peter (2002), S. 55.

werden, die Mitglieder mindestens in der Willensbildung (in Organen), teils auch in der Aufgabenerfüllung (z.B. Mitglieder eines Samaritervers) mitwirken und die Institutionen als solche nicht gewinnorientiert handeln, sondern Bedarfsdeckungs-, Unterstützungs- und Hilfszwecke erfüllen [...].<sup>275</sup> Die Verortung von Versorgungsformen innerhalb der NPO gibt Tab. III-2 wieder, in einem ersten Schritt geordnet nach staatlicher und privater Trägerschaft, in einem zweiten Schritt nach deren Ziel- und Aufgabenstellung. Ausgehend von dieser Einteilung können Altenhilfe-Einrichtungen je nach Trägerschaft sowohl öffentlichen als auch privaten NPO zugeordnet werden:

*Öffentliche NPO* verfolgen *gemeinwirtschaftliche Ziele*, wie die Erfüllung demokratisch festgelegter öffentlicher Aufgaben (auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene) oder die Erbringung konkreter Leistungen für die Bürger. Hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen, deren Träger eine Stadt oder ein Landkreis ist und die als öffentliche Betriebe die Dienstleistung der Versorgung von Senioren anbieten.<sup>276</sup> *Private NPO* verfolgen ganz unterschiedliche Ziele. So gibt es zum einen *Wirtschafts-NPO* (beispielsweise Wirtschafts- oder Berufsverbände), aber auch *soziokulturelle Organisationen* (wie Sportvereine) und *politische NPO* (zum Beispiel Parteien oder Bürgerinitiativen).<sup>277</sup>

Eine Einordnung von Versorgungsformen in der Altenhilfe unter frei-gemeinnütziger Trägerschaft erfolgt in die Kategorie der *karitativen NPO*, deren Ziel die Erbringung von karitativen Unterstützungsleistungen an bedürftige Bevölkerungskreise im Sinne der Wohltätigkeit oder Gemeinnützigkeit ist. Insbesondere im karitativen Bereich spielen Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz, paritätischer Wohlfahrtsverband und Arbeiterwohlfahrt, um nur einige zu nennen, eine bedeutende Rolle.<sup>278</sup> Dabei zeichnen sich die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege durch unterschiedliche politische, humanitäre und konfessionelle Bindungen aus und verfolgen die Intention einer advokatorischen Interessensvertretung. Innerhalb der Wohlfahrts-

---

<sup>275</sup> Schwarz, Peter (1992), S. 17.

<sup>276</sup> Schwarz, Peter (1992), S. 17 ff.

<sup>277</sup> Schwarz, Peter (1992), S. 17 ff.

<sup>278</sup> Vgl. Witt, Dieter; Velsen-Zerweck, Burkhard von; Thiess, Michael; Heilmair, Astrid (2006), S. 4.

verbände bestimmen deshalb gemeinsame Sinn- und Werthaltungen das Handeln, das direkt am Sozialstaat ausgerichtet ist.<sup>279</sup>

Trägerschaft		Zweck, Aufgabe	Arten, Typen
Staatliche NPO	<b>Gemeinwirtschaftliche NPO</b>	Erfüllung demokratisch festgelegter <i>öffentlicher Aufgaben</i> (auf Bundes-, Länder-, Gemeindeebene), Erbringung konkreter Leistungen für die Bürger (Mitglieder)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- öffentliche Verwaltungen</li> <li>- öffentliche Betriebe</li> <li>- Verkehr, Energie</li> <li>- öffentliche Wohlfahrtspflege, z.B. stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, Heime, Krankenhäuser</li> <li>- Schule, Universität</li> <li>- Museum, Theater, Bibliothek</li> </ul>
Private NPO	<b>Wirtschaftliche NPO</b>	Förderung und Vertretung der <i>wirtschaftlichen Interessen</i> der Mitglieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wirtschaftsverband</li> <li>- Arbeitnehmerorganisation</li> <li>- Berufsverband</li> <li>- Konsumentenorganisation</li> <li>- Genossenschaft</li> </ul>
	<b>Soziokulturelle NPO</b>	Gemeinsame Aktivitäten im Rahmen <i>kultureller, gesellschaftlicher Interessen</i> und Wertvorstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportvereine</li> <li>- Freizeitvereine</li> <li>- Kirche, Sekte</li> <li>- Privatclub</li> <li>- Spiritistischer Zirkel</li> </ul>
	<b>Politische NPO</b>	Gemeinsame Aktivitäten zur Bearbeitung und Durchsetzung <i>politischer (ideeller)</i> und Wertvorstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- politische Partei</li> <li>- Natur-, Heimat-, Umweltschutzorganisation</li> <li>- politisch orientierter Verein</li> <li>- organisierte Bürgerinitiative</li> </ul>
	<b>Karitative NPO</b>	Erbringung <i>karitativer Unterstützungsleistungen</i> an bedürftige Bevölkerungskreise (Wohltätigkeit, Gemeinnützigkeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilfsorganisationen für Betagte, Behinderte, Geschädigte, Süchtige, Arme, Benachteiligte</li> <li>- Entwicklungshilfe-Organisationen</li> <li>- Selbsthilfegruppen mit sozialen Zwecken</li> <li>- frei-gemeinnützige Wohlfahrtspflege, z.B. Versorgungsformen der ambulanten und stationären Altenhilfe</li> </ul>

Tab. III-2: Verortung von Altenhilfe-Einrichtungen in der Vielfalt der Nonprofit-Organisationen<sup>280</sup>

<sup>279</sup> Vgl. Lemnitzer, Jörg (2005, S.172).

<sup>280</sup> In Anlehnung an Schwarz, Peter (1992), S. 18. Zur besseren Orientierung wurde die Verortung der Versorgungsformen der ambulanten und stationären Altenhilfe innerhalb der NPO grau unterlegt.

Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes wurden zunehmend Bedingungen geschaffen, die vor allem für Nonprofit-Organisationen einen Wettbewerbs-, Konkurrenz- und Kostendruck implizieren. Insofern sind auch diese Betriebe gezwungen, marktwirtschaftliche Organisationsprinzipien zu einem Bestimmungsmoment des Handelns zu machen, um dadurch das wirtschaftliche Überleben absichern zu können.<sup>281</sup>

Dementsprechend ist eine allmähliche Übertragung des Zielsystems von Profit-Organisationen auf Nonprofit-Organisationen erkennbar,<sup>282</sup> weshalb mit dieser deutlich erkennbaren Ausprägung für den weiteren Verlauf dieser Arbeit der allgemeine Begriff des Soziomarktes verengt wird auf den speziellen Fall *Soziomarkt der Altenhilfe*.

Aus dieser Sichtweise heraus kann für den Soziomarkt der Altenhilfe die strikte Unterscheidung der Betriebe nach deren Zielen Gewinnstreben oder Bedarfsdeckung<sup>283</sup> nicht mehr stringent nachvollzogen werden. Für private Anbieter gilt vordergründig das Ziel des Gewinnstrebens, jedoch bewegen sich auch diese Betriebe ebenso wie freigemeinnützige und öffentliche Betriebe in dem vorher beschriebenen Soziomarkt; sie profitieren von staatlicher Subvention über Pflegeverträge mit der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung beziehungsweise müssen sich staatlichen Sanktionen unterziehen. Insofern kann heute von einer Mischung der Zielsysteme ausgegangen werden, bei dem sich die Anbieter auf dem Soziomarkt sowohl um eine Bedarfsdeckung als auch zumindest um Kostendeckung, wenn nicht sogar um die Erlangung von Überschüssen bemühen müssen.

Vor diesem Hintergrund wird die neuere Terminologie aus der Haushaltswissenschaft zur Beschreibung einer Betriebsform angewandt, die sich überwiegend der Versorgung

---

<sup>281</sup> Vgl. Lemnitzer, Jörg (2005), S. 190.

<sup>282</sup> Vgl. Lemnitzer, Jörg (2005), S. 190.

<sup>283</sup> Zur Bedarfsdeckung durch Großhaushalte vgl. Bottler, Jörg (1982), S. 20; Bräunig, Dietmar (2007), S. 16 ff.; Witt, Dieter (1993), S. 127 sowie Witt, Dieter; Seufert, Gernot; Emberger, Hannes (1996), S. 419.

pflegebedürftiger älterer Menschen widmet, des *hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebes*,<sup>284</sup> und weitergehend definiert:

Betriebe der ambulanten und stationären Altenhilfe werden als *hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe auf dem Soziomarkt der Altenhilfe* definiert, die als Oberziel eine Bedarfsdeckung mit zunehmender Orientierung in Richtung eines Gewinnstrebens implizieren.

Zur Erreichung der Ziele können bei diesem Betriebstyp zwei Angebotsstränge abgegrenzt werden, die in diesem Kontext als notwendig und hinreichend klassifiziert werden:

Mit *notwendigen* Leistungen werden durch hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe auf dem Soziomarkt der Altenhilfe *grundlegende* Bedarfe, wie sie gemäß SGB XI gefordert und finanziert werden, abgedeckt. Mit *hinreichenden* Leistungen erfolgen zusätzliche Angebote, die ein Nachfrager ausschließlich aufgrund seiner eigenen monetären Leistungsfähigkeit in Anspruch nehmen kann. Ergänzt werden kann das Angebot dieser Leistungen durch Familie, Nachbarn und ehrenamtliche Helfer, die entweder durch eine Aufwandsentschädigung oder gänzlich entgeltfrei tätig werden.

Je mehr notwendige Leistungen angeboten beziehungsweise nachgefragt werden, umso mehr bewegen sich die Marktbeziehungen im Bedarfsbereich und im Umkehrschluss bedeutet das, je mehr hinreichende Leistungen angeboten beziehungsweise nachgefragt werden, um sehr mehr gelangen Gewinnziele in den Vordergrund. Abb. III-2 verdeutlicht diese Ausrichtungsmöglichkeiten von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe.

---

<sup>284</sup> Vgl. Bräunig, Dietmar (2007), S. 17.

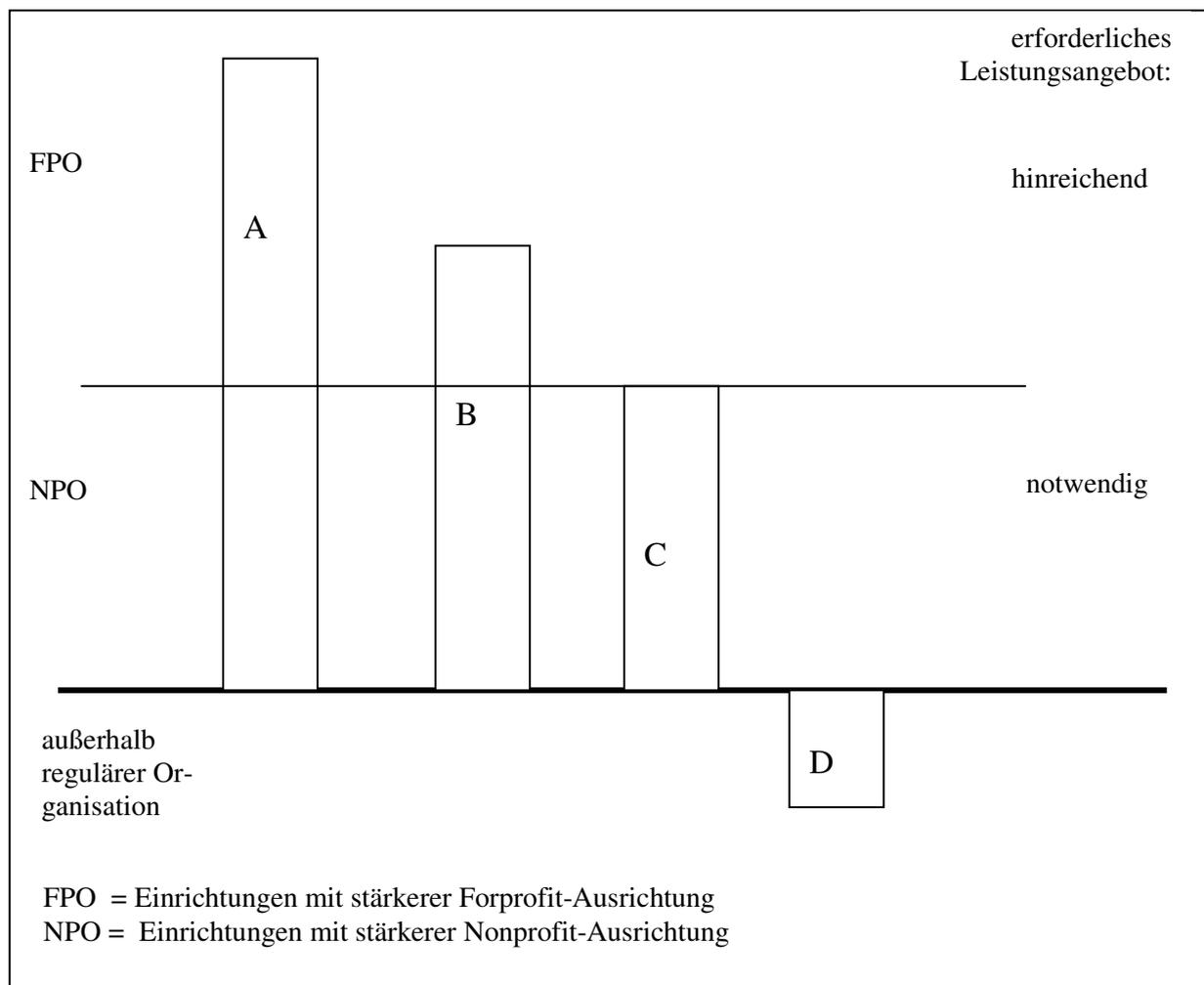


Abb. III-2: Notwendige und hinreichende Leistungsangebote in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der ambulanten und stationären Altenhilfe nach unterschiedlichen Kategorien

Einrichtungen der Kategorie A agieren vor allem deshalb am Soziomarkt für Altenhilfe erfolgreich, weil sie für ein entsprechendes Nutzerpotenzial besonders attraktive Zusatzleistungen gegen zusätzliche Vergütung anbieten. Nonprofit-Organisationen wie Einrichtungen der Kategorie C bieten demgegenüber für eine finanziellen Restriktionen unterliegenden Nutzerschaft überwiegend notwendige Leistungen.<sup>285</sup> Weitergehend kann es Organisationen geben, die vornehmlich notwendige Leistungen anbieten, jedoch auch ein überschaubares Angebot an Zusatzleistungen zur Verfügung stellen, etwa private Pflegedienste (Typ B). Angebote unterhalb der Grenze notwendiger Leistungen (Typ D) werden außerhalb regulärer Organisationen angeboten und richten

<sup>285</sup> Nach persönlicher Einschätzung der Verfasserin zählen zu Anbietern der Kategorie A beispielsweise Einrichtungen wie das „Augustinum“, zur Kategorie C Einrichtungen zum Beispiel der „Arbeiterwohlfahrt“.

sich zum Beispiel an eine Nutzerschaft, die im ambulanten Bereich eine Rund-um-die-Uhr-Pflegebedarf beanspruchen, jedoch das Budget dafür nicht aufbringen. Hier werden beispielsweise Pflegehilfen aus dem Graumarkt beansprucht, die gegebenenfalls nicht qualifiziert erscheinen, jedoch 24-stündlich zur Verfügung stehen und unterhalb des pflegeüblichen Lohnniveaus erwerbstätig sind.

Das Leistungsangebot eines hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebes ist auf eine Personengruppe mit gemeinsamen Merkmalen oder Merkmalsausprägungen ausgerichtet. Es werden hier, analog zu den vorher definierten Haushaltsfunktionen, Unterkunft-, Verpflegungs- und Pflegeleistungen beziehungsweise damit zusammenhängende Versorgungsleistungen erstellt. Eine gewichtigere Bedeutung innerhalb des Betriebes in Richtung „Bedarf“ erlaubt Rückschlüsse auf eine Betriebsführung, wie sie in Großhaushalten umgesetzt wird, während eine stärkere Gewichtung des Ziels „Gewinn“ eine unternehmensorientierte Betriebsführung erwarten lässt.

Ausgehend von dieser Betrachtung müssen besondere Kennzeichen in der Betriebsführung dieser Organisationen beachtet werden.

## **2. Betriebsführung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe: Abstufung der Versorgung zwischen Nonprofit und Forprofit**

Hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe, die sich auf dem Soziomarkt der Altenhilfe bewegen, werden als Produzenten eingestuft, die im Gegensatz zu Verbraucherkonsumhaushalten nicht um ihrer selbst willen existieren, sondern für Dritte oder für die Allgemeinheit etwas leisten.<sup>286</sup>

Diese Produzenten können Leistungen anbieten, die einerseits aufgrund der Vertragsbindung durch die Pflegeversicherung bestehen beziehungsweise zwingend angeboten werden (notwendige Leistungen) und andererseits ein Leistungsspektrum vorhalten,

---

<sup>286</sup> Vgl. Witt, Dieter (1993), S. 127.

das ausschließlich aus dem privaten Budget der Bewohner finanziert werden kann (hinreichende Leistungen). Je nach finanziellen Möglichkeiten des Bewohners kann das als hinreichend zu beurteilende Leistungsspektrum des Anbieters variieren.

Wie erwähnt, umfasst eine Finanzierung durch die gesetzliche soziale Pflegeversicherung überwiegend die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse physiologischer Art. Der Bedarf des Bewohners kann hingegen weit darüber hinausgehen und eventuell über ein hinreichendes Angebot gedeckt werden.

Hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe auf dem Soziomarkt der Altenhilfe erzeugen ihre Dienstleistungen, die notwendiger Art sind, nicht gegen ein spezielles Entgelt, das heißt, hier fehlt der innere Zusammenhang zwischen den produzierten beziehungsweise verzehrten Leistungen auf der einen Seite<sup>287</sup> und den Einnahmen auf der anderen Seite. Diese weitgehende Unabhängigkeit von Leistung und Entgelt wird auch als „haushaltsweise Führung“<sup>288</sup> bezeichnet.

Einrichtungen mit einem überwiegenden Angebot an notwendigen Leistungen sind daraus folgend vornehmlich beitragsorientiert, wobei die Beiträge als finanzielle Leistungen durch die Bewohner zunächst *in* die Pflegeversicherung und dann als Versicherungsleistungen *aus* der Pflegeversicherung erbracht werden. Die Höhe der Beiträge ist unabhängig davon, welchen Nutzen der einzelne Bewohner aus den erstellten Leistungen bezieht.<sup>289</sup> Gleichzeitig können hinreichende Leistungen angeboten werden, die in einem direkten Entgeltsystem beglichen werden, etwa Einzelzimmer-Zuschläge, spezielle Verpflegungsleistungen, Cafeteria, Friseurangebote, Leseservice, Taxifahrten.

Diese definierten Betriebe der Altenhilfe handeln zwar nicht in erster Linie mit der Absicht, Gewinn zu erzielen, sondern ihr primärer Zweck liegt vielmehr in der Erbringung spezifischer Leistungen unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit. In Zeiten knap-

---

<sup>287</sup> Dies verursacht beim Nutzer nach Meinung der Verfasserin nur eine geringe Kosten- und Leistungstransparenz, negativ unterstützt durch eine Konditionierung von Nutzern, die zeit ihres Lebens in gesetzlichen Sozialversicherungssystemen abgesichert waren.

<sup>288</sup> Witt, Dieter; Velsen-Zerweck, Burkhard von; Thiess, Michael; Heilmair, Astrid (2006), S. 15.

<sup>289</sup> Vgl. Witt, Dieter (1985), S. 479 f.

per Budgets und vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen wird explizit im Pflegeversicherungsgesetz gefordert:

„Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.“<sup>290</sup>

Bei der Leistungserbringung steht das Einhalten gesetzlicher Regelungen im Vordergrund.<sup>291</sup> Hervorzuheben ist hier vor allem die Erfüllung von Pflegesatzvereinbarungen, wie dies im Pflegeversicherungsgesetz geregelt ist:

„Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.“<sup>292</sup>

Als weiterer wichtiger, einflussnehmender Bestandteil im Pflegeprozess auf Anbieterseite sind Mitarbeiter in der Pflege und deren Motive näher zu betrachten, da auch hier ein Unterschied bestehen soll, in welcher Betriebsform Mitarbeiter tätig werden. Während in erwerbswirtschaftlichen Betrieben die Leistungsmotivation der Betriebspersonen vor allem in der Einkommensmaximierung gesehen wird, wird für einen hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieb auf dem Soziomarkt der Altenhilfe für einen Mitarbeiter angenommen, dass dieser in einem höheren Maß um der zu versorgenden Menschen willen arbeitet. Eventuell spielen ethische Maßstäbe, wie etwa das Dienstprinzip<sup>293</sup> und eine intrinsische Motivation,<sup>294</sup> eine größere Rolle als Geld. Diese Aspekte werden im nächsten Kapitel weiter vertieft.

---

<sup>290</sup> § 29 Abs. 1, Satz 1 SGB XI.

<sup>291</sup> Vgl. Kapitel V.A.1 Gesetzlich determinierte Qualitätssicherung in der Altenhilfe: Chancen für eine Integration bewohnerorientierter Pflegequalität unter Einbeziehung eines monetären Streckfaktors, S. 170 ff.

<sup>292</sup> § 29 Abs. 1, Satz 2 SGB XI.

<sup>293</sup> Vgl. Witt, Dieter (1991a), S. 293.

<sup>294</sup> Vgl. Sturm, Hilmar (2002), S. 157 und S. 169.

### 3. Berufliche Motivationen von Mitarbeitern in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe

Vor der Betrachtung der Motivationen von Mitarbeitern in der Altenhilfe, soll eine kurze Skizze des Arbeitsumfeldes erstellt werden, in dem sich Betriebspersonen bewegen, da dieses im ambulanten und stationären Bereich einige Unterschiede aufweisen kann, die Einfluss auf die Tätigkeit von Mitarbeitern in der Pflege nehmen können.

Nach Auffassung von einigen Autoren aus den Pflegewissenschaften befindet sich eine Pflegekraft bei ambulanter Pflege sozusagen als Gast im Haushalt des Bewohners, im Umkehrschluss wird der Bewohner in der stationären Altenhilfe als Gast im Pflegeheim wahrgenommen.<sup>295</sup>

Diese Sichtweise sollte überdacht werden, da der Begriff des Gastes, auf den Bewohner bezogen, einen vorübergehenden Aufenthalt impliziert, der insbesondere im stationären Bereich der Altenhilfe als äußerst unzutreffend einzuschätzen ist. In jedem Fall, ob ambulant oder stationär, begibt sich ein Mitarbeiter in den privaten, mitunter intimsten Wohnbereich des Bewohners, um Pflegehandlungen zu vollziehen. Es befindet sich also ausschließlich der *Mitarbeiter als Gast in der Umgebung des Bewohners*. Insofern ergeben sich hier zwar unterschiedliche Voraussetzungen räumlicher Art, insbesondere im ambulanten Bereich, die Intimsphäre des Bewohners ist in beiden Bereichen jedoch gleichsam zu beachten.

In der ambulanten Altenhilfe erweisen sich räumliche Gegebenheiten oft als ungünstig, so dass Pflegehandlungen gegebenenfalls unter erschwerten Bedingungen stattfinden, beispielsweise durch zu hohe Badewanneneinstiege oder Betten ohne Liftfunktion. Zudem halten sich Pflegekräfte an einem Arbeitstag in mehreren Haushalten auf, so dass sie sich immer wieder auf unterschiedliche Arbeitsbedingungen einstellen müssen. Manchmal können in der ambulanten Pflege problematische hygienische Bedingungen vorherrschen.<sup>296</sup> Diese räumlichen Gegebenheiten sind zumeist im stationären Bereich ausgeräumt, hier ergeben sich eventuell andere Problembereiche, bei-

---

<sup>295</sup> Vgl. Menke, Marion (2005), S. 65.

<sup>296</sup> Vgl. Menke, Marion (2005), S. 65 f.

spielsweise bei der Beachtung von bestimmten Schamgrenzen während einer Pflegehandlung in Mehrbettzimmern.

Unabhängig von den räumlichen Bedingungen, in denen sich Mitarbeiter der Altenhilfe bewegen, wird diesen gemeinhin als Motivation zur Berufswahl in der Altenhilfe ein besonders hoher Grad an Nächstenliebe bis hin zum Altruismus unterstellt.<sup>297</sup>

Diese Annahme resultiert eventuell aus den Ursprüngen der stationären Altenhilfe, als diese überwiegend von kirchlichen Vertretern beziehungsweise von Klosterschwestern als Dienst am Nächsten erbracht wurde.<sup>298</sup>

Manche Autoren verstehen eine Erfüllung der Aufgaben in der Altenhilfe als so bezeichnete Gefühlsarbeit:

„Pflegekräfte leisten ständig ‚Gefühlsarbeit‘ und befinden sich in einem emotionalen Spannungsfeld zwischen den eigenen Ansprüchen, den Erwartungen anderer und bestehenden Schwierigkeiten, diese tatsächlich in die Praxis umsetzen zu können. Dabei ist außerdem von entscheidender Bedeutung, dass sie ständig in ihrer professionellen Rolle eine Balance zwischen Distanz und Nähe herstellen müssen.“<sup>299</sup>

Tatsächlich können aus in der Literatur postulierte besondere Motive für die Arbeit in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe abgeleitet werden, die unter der Maxime des *Dienstprinzips* zusammengefasst werden können:<sup>300</sup>

Hierzu zählt insbesondere eine *uneingeschränkte Mitwirkung* und *Leistungsbereitschaft*, die aufgrund der Art der Tätigkeit in der ambulanten und stationären Altenhilfe nötig erscheint. So bedingen beispielsweise unregelmäßige Dienste, Schwankungen

---

<sup>297</sup> Vgl. Becker, Wolfgang (1998), S. 35.

<sup>298</sup> Vgl. Kapitel I.A Hinführung zum Thema: Skizze der historischen Entwicklung hin zur gegenwärtigen Versorgung in der ambulanten und stationären Altenhilfe aus gesellschaftlicher Sicht in Deutschland als strukturelle Voraussetzung für eine Untersuchung der Thematik „Pflegequalität“, S 1 ff.

<sup>299</sup> Menke, Marion (2005), S. 69.

<sup>300</sup> Zu den folgenden Ausführungen zum Dienstprinzip vgl. Witt, Dieter (1991a), S. 293 f.

der Arbeitsintensität aber auch die Besonderheit der Arbeit durch menschliche Zuwendung einen hohen persönlichen Mitwirkungsgrad in diesen Einrichtungen.

Zudem ergibt sich aus der Leistungsart eine besondere *moralische und ethische Verantwortung*, die auch als Voraussetzung für eine uneingeschränkte Mitwirkung angesehen werden kann. Volle persönliche Leistungsbereitschaft ist nur möglich, wenn Leistungen mit ethischer Verantwortung und daraus folgend mit Anteilnahme, Herzlichkeit und positiven Gefühlen ausgeübt werden.

Des Weiteren wird angenommen, dass nicht nur materielle Gründe für die Ausübung des Berufes in der stationären Altenhilfe ausschlaggebend sind. *Immaterielle Beweggründe* können beispielsweise eine besondere Zufriedenheit durch positive Rückmeldungen von Bewohnern sein, aber auch Anerkennung der Berufsausübung durch Mitarbeiter, Vorgesetzte oder Gesellschaft.

Ein wesentlicher Aspekt für das Dienstprinzip ist viertens eine *ganzheitliche Sichtweise des Leistungsauftrags*. Dies ist insofern wichtig, als dass der Bewohner nicht nur als pflegebedürftiger Mensch wahrgenommen wird, der lediglich einer Grundpflege bedarf, sondern auch als Mensch beispielsweise mit Kommunikationsbedürfnissen.<sup>301</sup>

Alle vier Merkmale des Dienstprinzips hängen eng mit einer intrinsischen Motivation, einen Beruf in der ambulanten und stationären Altenpflege zu wählen, zusammen. Empirische Untersuchungen belegen, dass der Wunsch, diesen Beruf zu ergreifen vor allem damit begründet wird, mit und am Menschen zu arbeiten beziehungsweise hilflosen Menschen zu helfen.<sup>302</sup>

Starker Ökonomisierungsdruck und hoher bürokratischer Aufwand durch Dokumentationen wirken sich eher hemmend auf die genannten Motive aus. Ähnliche Wirkungen erzielen negative Berichte in Medien, die das Image der Altenhilfe in einem schlechten Licht erscheinen lassen.<sup>303</sup>

---

<sup>301</sup> Vgl. Witt, Dieter (1991a), S. 293 f.

<sup>302</sup> Vgl. Sturm, Hilmar (2002), S. 165; Becker, Wolfgang (1998), S. 35.

<sup>303</sup> Vgl. Sturm, Hilmar (2002), S. 179.

Mitarbeitern in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe kommt somit ein wesentlicher Aspekt bei einer näheren Betrachtung von Pflegequalität zu. Schließlich sind sie es, die in die Lebenswelt des Bewohners, ob ambulant oder stationär eingreifen (müssen), um die individuelle Situation so lebenswert wie möglich zu machen.<sup>304</sup>

---

<sup>304</sup> Siehe hierzu weiterführend Becker, Wolfgang (1998); Menke, Marion (2005); Sturm, Hilmar (2002); Wittmann-Wurzer, Annegret Jutta (2008). Die beiden erstgenannten Quellen beschäftigen sich explizit mit der Altenhilfe, Sturm greift Aspekte aus dem Krankenhaussektor auf, während Wittmann-Wurzer auf die Hotellerie abzielt. Da Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe als hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe auf dem Soziomarkt der Altenhilfe definiert wurden, erscheint diese Betrachtung sinnvoll: spezifische Arbeit mit und für ältere Menschen ähneln, insbesondere im medizinisch-pflegerischen Bereich krankenhausaähnlichen Leistungen, während eine Betrachtung der Hotellerie eher das Anforderungsprofil der so bezeichneten Hotelleistungen umfasst.

#### **IV. Ganzheitlicher Qualitätsanspruch in der ambulanten und stationären Altenhilfe – von der Dienstleistungsqualität zur bewohnerorientierten Pflegequalität unter Berücksichtigung eines monetärer Streckfaktors**

In den vorderen Kapiteln wurden Haushaltsfunktionen für private Seniorenhaushalte, die sich gegebenenfalls ambulante Unterstützung einholen, ebenso aufgezeigt wie für Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Aus den unterschiedlichen Gesundheitszuständen, ökonomischen Ressourcen, individuellen Bedürfnissen sowie Zielen der älteren Menschen soll nun ein Qualitätsanspruch extrahiert werden.

Der gesellschaftliche Konsens zur Versorgung von Menschen in einer Notlage, wie das Alter sie darstellen kann, stößt unter Umständen an Grenzen persönlicher Befindlichkeiten älterer Menschen. So findet beispielsweise eine ambulante Versorgung, die sich im Privathaushalt älterer Menschen abspielt, einerseits Wohnumfeldbedingungen vor, die möglicherweise einen negativen Einfluss auf die Hygiene oder räumliche Versorgungsmöglichkeit nehmen, andererseits aus psychologischer und seelsorgerischer Sicht eher positiv auf die Pflegequalität wirken können. Zugleich werden sich ambulante Altenhilfeorganisationen unter Umständen auf eine neue, hohe Anspruchshaltung der Senioren mit geringerer Morbidität einstellen müssen. Hinzu kommt, dass die Betreuung von Altsenioren und Hochbetagten, deren Leben von hoher Pflegebedürftigkeit geprägt ist, eine besondere Behandlung in stationären Wohnformen erfordert. Stationäre Altenhilfe-Einrichtungen, die sich mit einer zunehmend hochaltrigen und stark pflegebedürftigen Bevölkerungsgruppe beschäftigen werden, müssen sich eventuell mit einer Dissonanz zwischen einer aus hygienisch-medizinischer Sicht guten Pflege und einer geringen psychischen Zufriedenheit der Bewohner in Bezug auf die Pflegequalität auseinandersetzen.

Im Folgenden werden Aspekte zur Qualität aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet, um daraus eine neue Definition zur Pflegequalität abzuleiten.

## A. Dienstleistungen und Dienstleistungsqualität in der ambulanten und stationären Altenhilfe

Die Erbringung von Versorgungs- beziehungsweise Pflegeleistungen an älteren Menschen ist geprägt durch einen Prozess, der als Dienstleistung angesehen werden kann.

Für eine volkswirtschaftliche Betrachtung von Marktbeziehungen, etwa bei Leistungsangeboten im Rahmen öffentlicher und frei-gemeinnütziger Altenhilfe kann eine erweiterte Unterscheidung von Sach-, Dienst- und Gewährleistungen<sup>305</sup> zur Anwendung kommen.

Der Begriff Gewährleistung ergänzt den Begriff der Dienstleistungen, kommt jedoch vor allem für ein Empfängerkollektiv zur Anwendung. Insbesondere in der Bundesrepublik herrscht das Prinzip der sozialen Marktwirtschaft vor, das sowohl positive Effekte, wie etwa eine gute Versorgung in Altenhilfe-Einrichtungen als auch negative Auswirkungen, etwa einer Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen für ein Kollektiv *impliziert*. Der unmittelbare individuelle Nutzen kann erst bei Inanspruchnahme der Leistung durch eine Sozialversicherung entstehen; eventuell kann dieser Nutzen jedoch gar nicht zum Zuge kommen, falls diese Leistung nicht nachgefragt werden muss. Andererseits kann jedoch das Gefühl der *Sicherheit* bereits als Nutzen für den Nachfrager dienen, so dass den Beiträgen in ein Sozialversicherungssystem ein immaterieller Nutzen gegenüberstehen kann.

Für eine Untersuchung zur Pflegequalität erscheint allerdings die Zugrundelegung einer individuellen Dienstleistung sinnvoll, wie im Folgenden weiter aufgezeigt wird.

---

<sup>305</sup> Unter Gewährleistungen, insbesondere im Kontext des öffentlichen Sektors, sind Leistungen zu verstehen, die einem Empfängerkollektiv zu Gute kommen und durch öffentliche Betriebe angeboten werden. Vgl. Oettle, Karl (1972), S. 153 ff.; Oettle, Karl (1986), S. 315. Als problematisch am Gewährleistungsbegriff kann diskutiert werden, dass Gewährleistungen auch negative Folgen im Sinne von Belastungen des Leistungsempfängers, beispielsweise durch Sozialversicherungsabgaben, haben können. Dies widerspricht jedoch im Grundsatz dem angenommenen Handlungsprinzip eines Nachfragers, dass monetäre Belastungen, etwa durch Beträge in ein Sozialversicherungssystem, eines Einzelnen *nicht* der Befriedigung von Bedürfnissen im Sinne der Erlangung eines *unmittelbaren* wirtschaftlichen Vorteils dienen. Vgl. Lotz, Ulrich (2008), S. 38. Wenn das empfundene Verhältnis überwiegend als Belastung empfunden wird, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Flucht aus dem System zum Beispiel durch Rückgriff auf Angebote aus dem „Graumarkt“ der Altenhilfe stattfindet.

Dienstleistungen und deren Qualität zeichnen sich durch verschiedene Dimensionen aus. Um sich dem Qualitätsaspekt in der ambulanten und stationären Altenhilfe nähern zu können, erscheint es plausibel, zunächst die Art der Leistungserstellung in diesem Dienstleistungssektor zu erläutern. Nach einer allgemeinen Betrachtung des Dienstleistungsbegriffes werden ausgewählte Konzepte zur Strukturierung von Qualität im Kontext der Altenhilfe dargestellt. Daran schließt sich eine Berücksichtigung der Komplexität der angebotenen Leistungen in der Altenhilfe an.

### 1. Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe

Der Dienstleistungsbegriff ist vielfach und unterschiedlich in der Literatur erörtert worden. So legt beispielsweise das Deutsche Institut für Normung e.V. dar, dass eine *Dienstleistung* an der Schnittstelle zwischen Lieferant und Kunde sowie durch interne Tätigkeiten des Lieferanten entsteht.<sup>306</sup> Diese knappe Auslegung wird den verschiedenen Arten von Dienstleistungen beziehungsweise dem Ablauf des Dienstleistungsprozesses nur marginal gerecht.<sup>307</sup>

Deshalb soll hier zunächst eine der grundsätzlichen Begriffsbestimmungen von Schüler genannt werden, die nach Corsten auch als *tätigkeitsorientierte* Definition<sup>308</sup> charakterisiert wird und damit einer Versorgung in der Altenhilfe näher kommt:

„Jede menschliche Tätigkeit ist im eigentlichen und ursprünglichen Sinne eine ‚Dienstleistung‘, das heißt eine Leistung im Dienste eigener und/oder anderer Interessen. Man kann auch sagen: Das, was der Mensch tut, um seine physische und psychische Arbeitskraft mit oder ohne Verbindung zur materiellen Güterwelt

---

<sup>306</sup> Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995b), S. 7.

<sup>307</sup> Siehe auch Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2003), S. 27 ff. Meffert und Bruhn liefern eine ausführliche Zusammenstellung verschiedener Definitionen von Dienstleistungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln, die sich zu einer weiteren Vertiefung des Begriffes sehr anbietet. Es werden hier unter anderem die Ansätze von Berekoven, Maleri, Meyer und Mattmüller sowie Stauss und Hentschel dargelegt.

<sup>308</sup> Vgl. Corsten, Hans (1988), S. 81 f.

in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen, ist eine Dienstleistung.“<sup>309</sup>

Neben dieser – eher allgemein gehaltenen – tätigkeitsorientierten Definition unterscheidet Corsten noch drei weitere Ansätze.<sup>310</sup> So spricht er weitergehend von einer *potentialorientierten* Dienstleistung, das heißt, dass beispielsweise die personellen und materiellen Ressourcen einer ambulanten und stationären Altenhilfe die zu erbringenden Leistungen determinieren. Ein weiterer Ansatz ist eine *prozessorientierte* Sichtweise, bei der die Tätigkeit an sich, insbesondere die Gleichzeitigkeit von Produktion und Absatz beziehungsweise Konsum, im Vordergrund steht. Dies wird bei Pflegeleistungen deutlich, wie etwa bei der Versorgung mit Wundcreme zur Dekubitusprophylaxe. Eine *ergebnisorientierte* Sichtweise bezieht sich schließlich auf das tatsächlich produzierte immaterielle Gut als Konkretisierung des Dienstleistungsprozesses. So ist ein bettlägeriger älterer Mensch nur dann gut versorgt, wenn die Dekubitusprophylaxe erfolgreich ausgeführt und ein Wundliegen vermieden wurde.

In der ambulanten und stationären Altenhilfe können Dienstleistungen von Sachleistungen durch eine vom Bewohner vorgenommene Gewichtung wahrgenommener Eigenschaften der jeweiligen Leistung nach Sucheigenschaften („search qualities“), Erfahrungseigenschaften („experience qualities“) und Vertrauenseigenschaften („credence qualities“) abgegrenzt werden.<sup>311</sup>

*Sucheigenschaften* sind beispielsweise Aussehen oder Preis eines Gutes oder einer Dienstleistung und können vor der Leistungsanspruchnahme eruiert werden. *Erfahrungseigenschaften*, wie Geschmack der Verpflegung oder Ablauf medizinischer Versorgung, zeichnen sich dadurch aus, dass sie dem Bewohner erst während oder nach Inanspruchnahme der Leistung bekannt sind. *Vertrauenseigenschaften* einer Leistung implizieren, dass sich der Bewohner erst nach Inanspruchnahme dieser Leistung ein Qualitätsurteil bilden kann. Je höher die Graduierung von einer Sach- zu einer Dienstleistung vorgenommen werden kann, umso größer ist der Anteil an Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften. Insbesondere beim Angebot von Dienstleistungen in der am-

---

<sup>309</sup> Vgl. Schüller (1967), S. 19, zitiert in: Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2003), S. 27.

<sup>310</sup> Vgl. Corsten, Hans (1988), S. 81 f.

<sup>311</sup> Vgl. Zeithaml, Valarie A. (1981), S. 186.

bulanten und stationären Altenhilfe überwiegen diese beiden letztgenannten Eigenschaften.

Weitergehend zeichnen sich Dienstleistungen, die am Bewohner ausgeführt werden, durch besondere Merkmale aus:<sup>312</sup>

- Charakteristisch für Dienstleistungen ist deren *Immaterialität*, das heißt, sie können nicht auf Vorrat angefertigt werden, so dass Dienstleistungserstellung und -konsum synchron erfolgen müssen.
- Darüber hinaus ist die Erstellung der Dienstleistung abhängig von der Beteiligung des Bewohners, gleich welcher Art er sich zu beteiligen vermag, also von der *Integration des externen Faktors*. Die Einbeziehung des älteren Menschen in diesen Leistungserstellungsprozess bewirkt, dass nicht nur Leistungsersteller sondern auch -abnehmer erheblichen Einfluss auf den Ablauf der Dienstleistung nehmen können.
- Zugleich ist die eigentliche Kernleistung nicht greifbar, was als *Intangibilität* bezeichnet wird. Diesem Prinzip widerspricht nicht, dass das Ergebnis vieler Dienstleistungen untrennbar mit Sachleistungen verbunden ist: Beispielsweise werden ältere Menschen in der ambulanten und stationären Altenhilfe mit medizinischen Produkten, wie etwa Inkontinenzartikeln, versorgt. Zusätzlich benötigen viele Dienstleistungen unmittelbar eine Sachleistungsstruktur, etwa Pflegedienststruflsysteme bei Bettlägerigkeit; oder der Sachleistungsanteil macht die Dienstleistung zumindest komfortabler, zum Beispiel die Ausstattung des Zimmers, in dem sich der ältere Mensch beim Versorgungsvorgang aufhält.
- Ferner erfolgen Produktion und Konsumtion der Dienstleistung simultan. Dies drückt sich im Prinzip der *Unteilbarkeit* aus, eng verbunden mit dem Kriterium der *Vergänglichkeit*: So ist das Ergebnis der erbrachten Leistung nicht von langer Dauer, beispielsweise das Sättigungsgefühl des älteren Menschen nach dem Essen. Spätestens zur nächsten Mahlzeit tritt erneut ein Hungergefühl auf, das wiederholt befriedigt werden muss.<sup>313</sup>
- Hinzu kommt ein weiteres Kriterium, das der *Standortgebundenheit*: Die Dienstleistung wird direkt beim älteren Menschen erstellt, entweder bei ambulanter Pflege am Ort des Dienstleistungsnachfragers im privaten Haushalt oder

---

<sup>312</sup> Die folgende Aufzählung erfolgt in Anlehnung an Bruhn, Manfred (1997), S. 10 ff.

<sup>313</sup> Demgegenüber gilt, dass das Kriterium der Vergänglichkeit für manche Dienstleistungen, insbesondere für Dokumentationen, nur bedingt zutrifft: Beispielsweise können (beziehungsweise müssen) Patientendaten in der Pflegedokumentation über einen längeren Zeitraum genutzt werden.

bei stationärer Versorgung am Ort des Dienstleistungsanbieters, das heißt der stationären Altenhilfeeinrichtung.

- Letztes und entscheidendes Kriterium für die Definition von Dienstleistung ist deren *Individualität*, was bedeutet, dass eine Dienstleistung für jeden Bewohner neu erstellt und individuell empfunden wird.<sup>314</sup>

Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe können damit als selbständige Leistungen verstanden werden, die – unter Einsatz der Potential- und Prozessfaktoren der privaten Haushalts oder der stationären Einrichtung – an dem in den Erstellungsprozess eingebrachten externen Faktor „Bewohner“ gewollte, nutzenstiftende Wirkungen erzielen.<sup>315</sup>

Die angeführten Beschreibungen von Dienstleistungen schildern zunächst das Zusammenspiel von Dienstleistungserbringer und Dienstleistungsnehmer, die Güte beziehungsweise Qualität der Leistungserstellung sollte weitergehend betrachtet werden.

Es kristallisiert sich heraus, dass aufgrund der Komplexität von Dienstleistungen, wie sie in der ambulanten und stationären Altenhilfe vorrangig anzutreffen sind, verschiedene Motivationen, Perspektiven und auch das persönliche Empfinden jedes einzelnen in den Qualitätsbegriff hinein spielen. So kann nicht von *der* Qualität schlechthin gesprochen werden, vielmehr muss sie nach unterschiedlichen Aspekten erklärt werden, wie im Folgenden weiter vertieft wird.

## **2. Kritische Würdigung von Konzepten zur Strukturierung von (Dienstleistungs-) Qualität**

Die nachfolgenden Konzepte beschäftigen sich grundsätzlich mit der Strukturierung von Qualität im Sinne der Erfüllung eines bestimmten (Dienst-) Leistungsversprechens. Jeweils integriert soll eine kritische Würdigung des Transferpotenzials auf den Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe vorgenommen werden.

---

<sup>314</sup> In Anlehnung an Bruhn, Manfred (1997), S. 10 ff.

<sup>315</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 5.

a) Qualität nach DIN ISO 8402 als Relation zwischen Ist- und Soll-Zustand

Ein grundsätzliche Möglichkeit, Qualität zu definieren, bietet das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN), das in seiner DIN ISO 8402 Qualität als die Gesamtheit von Merkmalen und Merkmalswerten einer Einheit bezeichnet, die sich auf die Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht. Unter einer Einheit wird in diesem Zusammenhang eine Tätigkeit, ein Prozess, ein Produkt, eine Organisation oder auch eine Kombination daraus verstanden.<sup>316</sup> Qualität im Sinne der Norm zählt nicht vorrangig Merkmale eines Produkts oder einer Dienstleistung auf, sondern sie beginnt mit der Festlegung eines erwünschten Zustandes. Gute beziehungsweise schlechte Qualität entspricht der Relation zwischen Ist-Zustand und Soll-Forderung, also zwischen realisierter und geforderter Beschaffenheit.<sup>317</sup>

Als problematisch in diesem Zusammenhang muss die Festlegung der Soll-Forderung erachtet werden: Je nach individuellen Anliegen und Vorlieben kann der erwünschte Zustand unterschiedlich ausfallen. Gleichzeitig spielt es eine erhebliche Rolle, von wem die Soll-Forderung aufgestellt wird, zum Beispiel, ob der Anbieter oder der Nachfrager über das richtige Maß an Qualität entscheidet. Zudem verdeutlicht der Qualitätsbegriff nach DIN ISO 8402 die Messbarkeit und Erreichbarkeit von Qualität mit der Konsequenz einer Optimierungsfähigkeit. Eine Beurteilung der Qualität erbrachter Leistungen setzt deren vorangegangene Festlegung von Zielen beziehungsweise Standards voraus.

Eine Unterstellung der Messbarkeit von Leistungen impliziert möglicherweise, dass diejenigen Leistungen, die nicht messbar sind, auch nicht zu verbessern wären.<sup>318</sup> Insbesondere in der Pflege gibt es durchaus einige Aspekte, die nicht oder nur sehr schwer messbar sind. Insofern greift eine alleinige Betrachtung gemäß dieser Norm wesentlich zu kurz, vielmehr sollten unterschiedliche Dimensionen von Qualität näher beleuchtet werden.

---

<sup>316</sup> Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995b), S. 9.

<sup>317</sup> Vgl. Daumenlang, Konrad; Palm, Wolfgang (1997), S. 356.

<sup>318</sup> Vgl. Liebelt, Jutta (1998), S. 2.

b) Qualitätsdimensionen nach Garvin, Stauss und Hentschel unter Beachtung kommunikationspolitischer Elemente

Einen weiteren Ansatzpunkt, sich dem Qualitätsbegriff zu nähern, stellt die Unterscheidung in fünf unterschiedliche Definitionsansätze zur Qualität nach Garvin dar: Er spricht von absoluter („transcendent“), produktorientierter („product-based“), kundenorientierter („user-based“), herstellungsorientierter („manufacturing-based“) und wertorientierter („value-based“) Qualität.<sup>319</sup>

- Unter *absoluter* Qualität wird die Güte einer Dienstleistung in dem Sinne verstanden, dass eine qualitativ überlegene Positionierung gegenüber Mitbewerbern in Bezug auf die angebotene Dienstleistung angestrebt wird.
- Mit dem *produktorientierten* Ansatz wird Qualität als ein der Dienstleistung zwingend anhängendes Eigenschaftsbündel, also als eine durch bestimmte Leistungsmerkmale präzise ausdrückbare Größe gesehen. Diese Betrachtung ist insbesondere in der Planung der Dimensionen und Merkmale für ein anzustrebendes Qualitätsniveau anzusiedeln.
- Demgegenüber steht der *kundenorientierte* Ansatz, der, ausgehend von der Sichtweise des älteren Menschen, Qualität mit Qualitätswahrnehmung im Hinblick auf die Erfüllung der Bedürfnisse gleichsetzt.
- Der *herstellungsorientierte* Ansatz dagegen begreift Qualität als Einhaltung vorgegebener betrieblicher Standards.
- Der *wertorientierte* Qualitätsbegriff schließlich drückt ein günstig beurteiltes Preis-Leistungs-Verhältnis aus.<sup>320</sup>

Stauss und Hentschel reduzieren diese fünf genannten Definitionsansätze zur Qualität auf die drei Qualitätsdimensionen absoluter, produktorientierter und kundenorientierter Qualität.<sup>321</sup> Dabei wird deren Koexistenz betont:

„Denn eine auf Exzellenz ausgerichtete Qualitätsstrategie muss durch eine Festlegung von Standards im Sinne des produktorientierten Ansatzes konkretisiert werden, und die Konkretisierung erfordert gemäß kundenorientiertem Ansatz In-

---

<sup>319</sup> Die folgenden Ausführungen sind angelehnt an Garvin, David A. (1984), S. 25 ff.

<sup>320</sup> Vgl. Garvin, David A. (1984), S. 25 ff.

<sup>321</sup> Vgl. Stauss, Bernd; Hentschel, Bert (1991), S. 239.

formationen darüber, welche Leistungsmerkmale die Nachfrager für wichtig erachten und wie sie die Eigenschaften [...] beurteilen.“<sup>322</sup>

Diese Qualitätsdimensionen kommen dem Dienstleistungsbegriff in der ambulanten und stationären Altenhilfe insofern näher, dass hier viele unterschiedliche Leistungsbündel angeboten werden, beispielsweise Leistungen zur Regeneration, wie pflegerische und medizinische Versorgung, oder Leistungen zur Sozialisation, etwa therapeutische Leistungen.

c) Einbeziehung des Images einer Einrichtung in wahrgenommene Qualitätsdimensionen nach Grönroos

Auch Grönroos verknüpft technische und funktionale Elemente in seiner Betrachtung von Qualitätsdimensionen, die jedoch im Kontext der Altenhilfe stark abhängig von der Wahrnehmung der Anspruchsgruppen an ambulante und stationäre Altenhilfeeinrichtungen sein können.<sup>323</sup>

*Technische* Qualität bezieht sich dabei auf das Ergebnis der Dienstleistung, also *was* der Bewohner als Leistung erhält und deren objektive Beurteilung durchaus möglich ist. Darunter kann etwa eine optimale Wundversorgung, eine ernährungsphysiologisch ausgewogene Verpflegung oder eine einwandfrei funktionierende Dialyse verstanden werden.

Unter *funktionaler* Qualität wird die Art der Leistungserstellung bezeichnet, das heißt, *wie* die Dienstleistung erfolgt ist. Die Wahrnehmung funktionaler Qualität unterliegt sehr stark dem subjektiven Empfinden des Leistungsnachfragers, beispielsweise das Benehmen und Erscheinungsbild der Mitarbeiter, das Betriebsklima oder die Erreichbarkeit der Leistungen für die Bewohner. Das bedeutet, die wahrgenommene Qualität ist auch hier das Resultat des Vergleichs von erwarteter und tatsächlich erhaltener Qualität.

---

<sup>322</sup> Stauss, Bernd; Hentschel, Bert (1991), S. 239.

<sup>323</sup> Vgl. Grönroos, Christian (2006), S. 63 ff.

Gleichzeitig ist ein weiterer, sich von anderen Qualitätsmodellen abhebender Punkt, die Einbeziehung des *Images* von Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe, ausschlaggebend für deren Bewertung. Unter Image ist die aggregierte und subjektive Form sämtlicher Einstellungen eines Nachfragers zu einem Dienstleistungsanbieter zu verstehen.<sup>324</sup> Als *Einstellung* wird die Bereitschaft zur positiven oder negativen Bewertung eines Bezugsobjektes charakterisiert; Einstellungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie auf ein Objekt bezogen sind, erfahrungsbedingt erworben wurden, in eine Richtung wirken und unterschiedlich bedeutsam sind.<sup>325</sup>

Imagedimensionen werden vom Bewohner oder potentiellen Bewohner beziehungsweise von dessen Angehörigen aufgrund von persönlichen Erlebniswelten gewichtet und bewertet und führen daraus folgend zu einer Einstellung im Sinne eines Meinungsbildes. Für eine Qualitätsbeurteilung kann das Image einer Einrichtung der ambulanten oder stationären Altenhilfe als Filter hinsichtlich der Wahrnehmung der Qualitätskomponenten ausschlaggebend sein.

d) Gap-Modell zur wahrgenommenen Dienstleistungsqualität nach Zeithaml, Berry und Parasuraman

Ähnlich dem Modell von Grönroos stellt bei Zeithaml, Berry und Parasuraman eine empfundene Qualität das Ergebnis des Vergleichs zwischen erwarteter und tatsächlich erhaltener Leistung dar.<sup>326</sup>

Der Unterschied zu Grönroos besteht darin, dass gute Qualität nur dann erzielt werden kann, wenn die Erwartungen des pflegebedürftigen älteren Menschen *übertroffen* werden. Das bedeutet, die Erwartungen beinhalten nicht die Vorstellung dessen, was der

---

<sup>324</sup> Vgl. Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2003), S. 193.

<sup>325</sup> Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 594; vgl. Kroeber-Riel, Werner (1992), S. 161 ff.; Rosenstiel, Lutz von (2007), S. 430 ff.; vgl. Kuhlmann, Eberhard (1990), S. 386 ff.

<sup>326</sup> Zum Gap-Modell siehe Zeithaml, Valarie A., Parasuraman, A., Berry, Leonard L. (1992), S. 62 ff. Eine sehr kompakte Zusammenfassung des Gap-Modells findet sich bei Wittmann-Wurzer, Annetta Jutta (2008), S. 31 ff.

jeweilige Anbieter erbringen wird, sondern vielmehr das, was der Anbieter erbringen *sollte*. Die Differenz zwischen erwarteter und wahrgenommener Leistung durch älteren Menschen beziehungsweise auch dessen Angehörige kann als Ergebnis von fünf organisatorischen Mängeln beziehungsweise Lücken (in anglikanischer Literatur als GAP bezeichnet) auf Seiten des Dienstleistungsanbieters betrachtet werden. Die Mängel beziehungsweise Lücken generieren sich am Beispiel der ambulanten und stationären Altenhilfe aus folgenden Gründen:<sup>327</sup>

- Differenz zwischen der Vorstellung des Managements und den Erwartungen älteren Menschen von einem ausgezeichneten Angebot aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Führungsebene.
- Mangelnde Qualitätsorientierung und -entschlossenheit des Managements bei gleichzeitiger Favorisierung feststehender Betriebsabläufe gegenüber den Wünschen der älteren Menschen.
- Fehlerhafte Ausführung der von der Führungsebene ausgearbeiteten Normen für ein hochwertiges Angebot durch Mitarbeiter.
- Defizitäre Kommunikation der ambulanten und stationären Altenhilfe nach außen, beispielsweise durch unrealistische Versprechen in der Öffentlichkeitsarbeit oder mangelhafte Unterrichtung der Mitarbeiter, die in direktem Kontakt mit dem pflegebedürftigen älteren Menschen beziehungsweise dessen Angehörigen stehen.
- Schlussfolgerung aus den vier genannten Lücken ist eine Diskrepanz zwischen erwarteter und wahrgenommener Leistung.<sup>328</sup>

Dieses Modell berücksichtigt insbesondere das Verhalten des Anbieters im gesamten Prozess der Leistungserstellung, da hier vor allem betriebsinterne Qualitätslücken betrachtet werden. Insofern eignet sich dieses Modell nicht vollständig für eine Betrachtung im Altenhilfebereich.

---

<sup>327</sup> Die folgenden Ausführungen sind angelehnt an. Zeithaml, Valarie A., Parasuraman, A., Berry, Leonard L. (1992), S. 62 ff.

<sup>328</sup> Vgl. Zeithaml, Valarie A., Parasuraman, A., Berry, Leonard L. (1992), S. 62 ff.

## e) Trichotomie von Prozess-, Struktur- und Ergebnis-Qualität nach Donabedian

Als letzter ausgewählter Ansatz wird die Einschätzung von Qualität nach dem Arzt Donabedian aus dem Jahr 1966 dargestellt, die sich im pflegerisch-medizinischen Bereich durchgesetzt hat. Dieses Modell wird als Grundlage für die Umsetzung des Qualitätsmanagements im SGB XI verwendet.<sup>329</sup>

Donabedian teilt Qualität in die drei Bestandteile „structure“, „process“ und „outcome“ auf.<sup>330</sup> Unter „structure“ (Struktur) sind die relativ stabilen Charakteristika der Anbieter zu verstehen, so zum Beispiel die zur Dienstleistungserstellung notwendigen Fähigkeiten von Mitarbeitern, aber auch die technische Ausrüstung, die physischen und organisatorischen Arbeitsbedingungen und die Zugangs- und Nutzungsmöglichkeit durch den Nachfrager. Mit „process“ (Prozess) ist die Gesamtheit aller Aktivitäten gemeint, die im Verlauf der Dienstleistungserstellung stattfinden. Der Begriff „outcome“ (Ergebnis) bedeutet die Änderung des gegenwärtigen oder zukünftigen Zustandes des Nachfragers respektive des Bewohners, sofern sie auf die erstellte Leistung zurückgeführt werden kann. Zwischen Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität besteht nach Donabedian prinzipiell eine lineare Beziehung, wie in Abb. IV-1 verdeutlicht.<sup>331</sup>

Das Modell von Donabedian wird bis heute insbesondere für den pflegerischen Bereich als gültig erachtet, weil es nicht nur vom Ergebnis der Dienstleistung ausgeht, sondern auch den Erstellungsprozess selbst und die strukturellen Gegebenheiten mit einbezieht.

---

<sup>329</sup> Vgl. Kapitel V.A.1.b) Konkretisierung von Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe im XI. Sozialgesetzbuch, S. 174 ff.

<sup>330</sup> Vgl. Donabedian, Avedis (1966), S. 166 ff.

<sup>331</sup> Vgl. Donabedian, Avedis (1980), S. 81 ff.

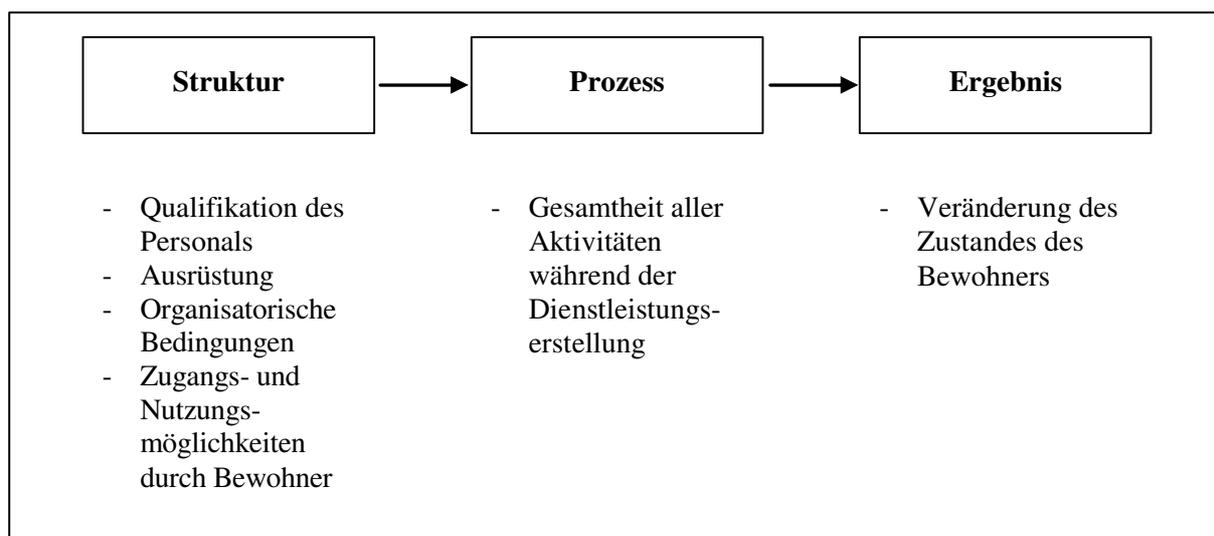


Abb. IV-1: Trichotomie der Dienstleistungsqualität nach Donabedian<sup>332</sup>

Für die Ansprüche in der ambulanten und stationären Altenhilfe muss dieser Ansatz, obwohl er im SGB XI Anwendung findet, modifiziert werden: Zum einen sollte das Ergebnis, das nach Donabedian in der Änderung des Gesundheitszustandes eines Patienten gesehen wird, abgeändert werden, da der pflegebedürftige ältere Mensch nicht kurzfristig behandelt wird, sondern eine dauerhafte Versorgung in Anspruch nimmt. Zudem nimmt der ältere Mensch als externer Faktor Einfluss auf den Leistungserstellungsprozess und steht nicht nur einer einzigen medizinischen beziehungsweise pflegerischen Leistung oder einer Versorgungsleistung, sondern einem komplexen Bündel vieler unterschiedlicher Leistungen gegenüber. Diese Betrachtung der Qualität komplexer Dienstleistung in der stationären Altenhilfe wird im Verlauf dieses Abschnitts weiter vertieft.

#### f) Folgerungen aus den beschriebenen Qualitätsansätzen für die Altenhilfe

Eine grundlegende Festlegung des Qualitätsbegriffs nach der Norm DIN ISO 8402 findet sich in allen beschriebenen Qualitätsdimensionen wieder: Ein wünschenswerter Zustand des Bewohners durch die Dienstleistung „Pflege“ soll erreicht werden. Die unterschiedlichen Gewichtungen des „gewünschten Zustands“, drücken sich in diffe-

<sup>332</sup> Vgl. Gutzwiller, Felix (1982), S. 15 ff.

renzierten Qualitätsdimensionen aus, gewichtet nach Anbieter und Nachfrager. Das GAP-Modell von Zeithaml, Berry und Parasuraman greift dies auf, wobei die Erwartungen des Nachfragers übertroffen werden sollten. Hier stehen insbesondere organisatorische Fehlerquellen bei Abweichungen von einer festgelegten Qualität im Vordergrund. Auch das Modell nach Donabedian, das sogar Eingang in die Gesetzgebung gefunden hat, scheint vor allem auf Organisationsstrukturen ausgerichtet.

Besonders hervorzuheben für die Qualitätsfindung der Altenhilfe ist der Ansatz nach Garvin, Stauss und Hentschel, die ihren ursprünglich aus fünf Dimensionen bestehenden Qualitätsansatz auf drei (absolute, produktorientierte und kundenorientierte) reduzierten. Für die Altenhilfe sollte jedoch insbesondere die Berücksichtigung der Wertorientierung (value-based) erfolgen, da hier ein günstig beurteiltes Preis-Leistungs-Verhältnis miteinbezogen wird. Wie bereits mehrfach erwähnt, wird zukünftig die Qualität in der Pflege verstärkt vom persönlichen Budget des Nachfragers abhängen, da eine beträchtliche Differenz zwischen tatsächlichem Einkommen in der Nacherwerbsphase und Kosten für die Pflege, vor allem in den höheren Pflegestufen, bestehen kann. Hier sind erhebliche Restriktionen für eine Qualitätsbetrachtung erkennbar.

Eine bedeutende Rolle kann das Image einer Einrichtung spielen, wie dies von Grönroos beschrieben wurde. Die enge Verknüpfung von Einstellungen der Nachfrager, die sich daraus – bewusst oder unbewusst – ein Bild von der Einrichtung formen, spielt entscheidend in die Beurteilung der Einrichtung mit hinein.

### **3. Dienstleistungsqualität unter Berücksichtigung der Komplexität der Leistungserstellung in der ambulanten und stationären Altenhilfe**

Wie aus den vorher erläuterten Funktionen des privaten Haushalts beziehungsweise einer stationären Einrichtung abzuleiten ist, sind Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe durch Merkmale gekennzeichnet, die sich sowohl auf die Leistungen selbst als auch auf die Persönlichkeiten der im Dienstleistungsprozess involvierten Menschen sowie auf die Dauer der Dienstleistungserstellung beziehen.

a) Einfluss der Anzahl und Heterogenität von Teilleistungen auf die Dienstleistungsqualität

Zu den Merkmalen, die eine Dienstleistung insbesondere in der Altenhilfe als komplex erscheinen lassen, sind zunächst *Anzahl* und *Heterogenität der Teilleistungen* zu zählen, die angeboten werden.<sup>333</sup>

In der ambulanten und stationären Altenhilfe werden eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen angeboten, sie umfassen beispielsweise sowohl Hotelleistungen wie Übernachtung (dies gilt insofern auch für den ambulanten Bereich, da hier die Ermöglichung einer Versorgung in der gewohnten Umgebung, beispielsweise durch spezielle Betten oder Rufsysteme angestrebt wird), Verpflegung, Reinigungshygiene als auch medizinisch-pflegerische Leistungen wie Betreuung, Körperhygiene, ärztliche und pflegerische Versorgung. Aufgrund der Vielfalt der Leistungen sieht sich der ältere Mensch unterschiedlichen Anforderungen hinsichtlich seiner Teilnahme am Erstellungsprozess gegenüber: Die Notwendigkeit, sich den verschiedenen Situationen so anzupassen, dass sowohl der Prozess als auch das Ergebnis ihren erwünschten Verlauf nehmen, stellt hohe Anforderungen an das Pflegepersonal, aber auch an den pflegebedürftigen älteren Menschen,<sup>334</sup> unter Umständen an dessen pflegende Angehörige oder Nachbarn.

Die Betrachtung einzelner Teilleistungen in Zusammenhang mit der Komplexität als qualitätsbeeinflussender Faktor findet sich bei Witt, der die Leistungen eines Hotelbetriebes einerseits in Hauptleistungen, Nebenleistungen und Zusatzleistungen unterscheidet und andererseits Standorteigenschaften bestimmt (siehe Abb. IV-2).<sup>335</sup>

---

<sup>333</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 31 ff.

<sup>334</sup> Wie weiter vorne ausgeführt, hängt die Dienstleistung in der Altenhilfe auch von der „Integration des externen Faktors“, also dem älteren Menschen selbst, ab. Vgl. Kapitel IV.A.1 Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe, S. 118 ff.

<sup>335</sup> Vgl. Witt, Dieter (1994), S. 179. Die Übertragung von Leistungen eines Hotelbetriebes auf diejenigen der Altenhilfe wird aufgrund vergleichbarer Dienstleistungsspektren als plausibel angesehen. Es ist der Verfasserin bewusst, dass sich Hotels ausschließlich im Forprofit-Sektor bewegen. Zudem müssen in der Altenhilfe gemäß den vereinbarten Pflegeleistungen zwischen Bewohner und Einrichtung über das Hotelangebot hinausgehenden Leistungen angeboten werden.

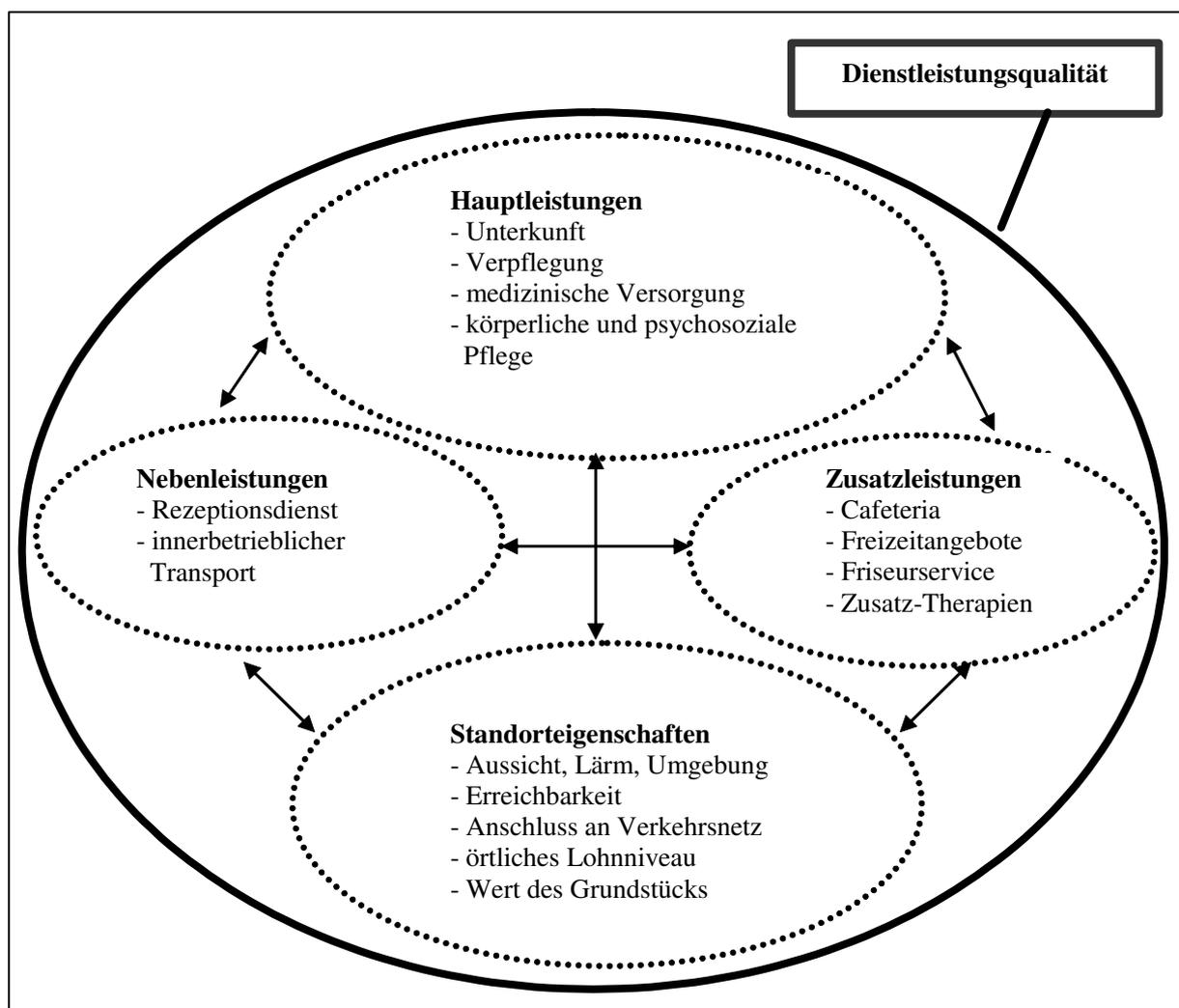


Abb. IV-2: Wechselwirkungen einflussnehmender Teilleistungen und Standorteigenschaften auf die Dienstleistungsqualität<sup>336</sup>

Zu den *Hauptleistungen* zählen die klassischen Haushaltsfunktionen zur Regeneration, Unterkunft und Verpflegung, die für ambulante und stationäre Altenhilfeeinrichtungen durch die medizinische Versorgung und körperliche beziehungsweise psychosoziale Pflege ergänzt werden müssen.

*Nebenleistungen* dienen der optimalen Ausführung der Hauptleistung, so zum Beispiel die Dienste der Pflegeberater, die gemäß Pflegeversicherungsgesetz zur Verfügung gestellt werden, aber auch Rezeptions- oder Transportdienste.

<sup>336</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Witt, Dieter (1994), S. 179 f.

*Zusatzleistungen* hingegen stehen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Hauptleistung; beispielsweise Freizeitangebote wie Vorlese- oder Spazierdienste, Friseurservice, zusätzliche Therapieangebote oder eine betriebseigene Cafeteria in stationären Einrichtungen, üben jedoch ebenfalls Einfluss auf die Dienstleistungsqualität aus.

Leistungen im weiteren Sinne stellen zudem bestimmte *Standorteigenschaften* dar, die einerseits die unmittelbare Umgebung einer Einrichtung betreffen, etwa Lärm, Aussicht und Außenanlagen, andererseits die Erreichbarkeit der Einrichtung und deren Anschluss an das Verkehrsnetz. Dieser Aspekt muss als besonders ausschlaggebend für eine Versorgung im ambulanten Bereich angesehen werden, da der eigene private Haushalt als die eigene Wahrnehmung erheblich beeinflussender Qualitätsfaktor entscheidend für die Zufriedenheit sein kann. Nicht umsonst strebt der weitaus größte Teil der älteren Menschen den Verbleib im eigenen Zuhause, auch bei höherer Pflegebedürftigkeit, an.

Weitere Standortfaktoren als unmittelbare Bestandteile der betrieblichen Leistungen betreffen eher Einrichtungen der stationären Altenhilfe und umfassen beispielsweise den Wert des Grundstücks. Als ein hervorzuhebender Standortfaktor für die Pflegequalität muss die Betrachtung des örtlichen Lohnniveaus der Pflegenden herausgegriffen werden: Ältere Menschen, die eine Versorgung im ambulanten Bereich anstreben, müssen unter Umständen erhebliche monetäre Mittel aufbringen, um eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung in den eigenen vier Wänden erreichen zu können.<sup>337</sup>

Dienstleistungsqualität ergibt sich folglich auf der Grundlage der *Bewertung* von Teilleistungen, die aber nicht isoliert zu betrachten sind, sondern deren jeweilige *Wechselwirkungen* berücksichtigt werden müssen.<sup>338</sup> So können beispielsweise die Lebensmittel für das Leistungsbündel „Mittagsmenü“ in sehr guter ernährungsphysiologischer Qualität zubereitet und in optisch ansprechender Weise angerichtet sein. Ist jedoch die für die Nahrungsaufnahme vorgesehene Räumlichkeit in einem desolaten Zustand oder

---

<sup>337</sup> Vgl. Witt, Dieter (1994), S. 179 f.

<sup>338</sup> Vgl. Witt, Dieter (1994), S. 180.

sind die Mitarbeiter unfreundlich, so kann die gesamte Dienstleistung als eher schlecht bewertet werden.

Es spielt demzufolge die *Wahrnehmung* des Leistungsbündels in die Beurteilung der Dienstleistungsqualität mit hinein. Bei Kroeber-Riel findet sich diese Theorie wieder, der davon ausgeht, dass zur Beurteilung einer Leistung eine vorher stattgefundene Verarbeitung von Reizen, deren Entschlüsselung und gedankliche Weiterverarbeitung erfolgt.<sup>339</sup> Kroeber-Riel unterscheidet hierbei die folgenden drei Aspekte:

- *Attributdominanz* beschreibt den Umstand, dass ein Konsument von einer Produkteigenschaft auf die Produktqualität insgesamt schließt.<sup>340</sup> Bezogen auf die Altenhilfe wäre das beispielsweise der Markenname der Einrichtung (häufig dient der Träger als Marke, etwa Diakonie, Arbeiterwohlfahrt oder Augustinum), der Preis oder Qualitätsurteile, wie Zertifizierungen.
- *Irridation* bedeutet, dass der Nachfrager von einem Attribut auf ein anderes schließt, wenn also zwei Eindrücke nicht voneinander unabhängig sind.<sup>341</sup> Dies trifft etwa auf die Farbgebung des Speisesaals oder die eigene Umgebung zu Hause und die wahrgenommene Schmackhaftigkeit des Essens zu.
- *Halo*<sup>342</sup>-*Effekt* umschreibt das Phänomen, dass die einzelnen Produktattribute von einem bereits gebildeten Qualitätsurteil abhängen. Im realen Beurteilungsverhalten äußert sich der Halo-Effekt darin, dass man bei Dienstleistungen, die man schätzt, auch all ihre Eigenschaften für gut empfindet.<sup>343</sup>

Der Teilleistungsansatz nach Witt in Verbindung mit den Forschungsthese von Kroeber-Riel korreliert mit dem Gedanken von Grönross, der das Image einer ambulanten und stationären Einrichtung als ausschlaggebende Komponente bei der Beurteilung von Qualität aufgreift.

---

<sup>339</sup> Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 275 f.

<sup>340</sup> Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 301.

<sup>341</sup> Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 309.

<sup>342</sup> Aus dem Englischen: halo = Heiligenschein.

<sup>343</sup> Vgl. Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003), S. 310.

## b) Multipersonalität als Einflussfaktor auf die Dienstleistungsqualität

Ähnlich der Anzahl und Heterogenität der Leistungen ist für die Komplexität von Dienstleistungen die Anzahl der Personen von Bedeutung mitentscheidend, die an der Leistungserstellung beteiligt sind.<sup>344</sup>

Diese *Multipersonalität* bezieht in der ambulanten und stationären Altenhilfe sowohl die Anzahl der Mitarbeiter beziehungsweise der pflegenden Angehörigen oder Nachbarn als auch die nachfragenden älteren Menschen ein. Deutlichen Einfluss auf die Dienstleistungsqualität hat demnach die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft eines Menschen, sich in die Leistungserstellung mit einzubringen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Art und Weise, wie die Mitarbeiter mit einem Bewohner umgehen, sondern auch auf die Mitwirkung des älteren Menschen, die so genannte „compliance“, selbst. Diese unterliegt ebenfalls Einflussfaktoren, die in der Person des Bewohners begründet sind, etwa durch soziodemographische Faktoren wie Alter, Bildung und persönliche Vergangenheit,<sup>345</sup> aber auch durch monetäre Einflüsse eigener verfügbarer monetärer Mittel. Hinzu kommt insbesondere im pflegerischen Bereich der Gesundheitszustand des Bewohners, der sich je nach Pflegestufe unterschiedlich in den Dienstleistungsprozess einzubringen vermag.

Auf Seiten der Anbieter in der ambulanten und stationären Altenhilfe findet häufig keine personelle Kontinuität statt. Dies kann zu Unsicherheiten auf Bewohnerseite führen, da differierende Akteure mit ihren individuellen Handlungsweisen den Pflegeprozess unterschiedlich gestalten können. Mit wachsender Zahl an Personen nehmen diese Unsicherheit und das vom Bewohner wahrgenommene Risiko zu, sich immer wieder auf neue Charaktere einzustellen.<sup>346</sup>

Für die Dienstleistungsqualität in der ambulanten und stationären Altenhilfe hat die Multipersonalität vor allem auch deshalb eine hohe Bedeutung, da das Auftreten des Pflegepersonals, beispielsweise deren Freundlichkeit, Geduld, Sanftheit bei der Kör-

---

<sup>344</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 35.

<sup>345</sup> Vgl. Witt, Dieter (1994), S. 180.

<sup>346</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 33.

perpflege, Sprache – um nur einige zu nennen – hinsichtlich der Beziehung zum Bewohner eine wichtige Determinante für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit des Bewohners mit der Dienstleistung darstellen kann. Einerseits können häufige Personalwechsel einen langfristigen Beziehungsaufbau stark erschweren, der besonders wichtig für das Wohlfühl der gepflegten älteren Menschen sein kann. Andererseits können auch Leistungsschwankungen der Mitarbeiter die Dienstleistungsqualität beeinträchtigen. So gibt es zwischen den Mitarbeitern Unterschiede aufgrund des Charakters oder der Qualifikation, aber auch die Tagesverfassung des jeweiligen Mitarbeiters selbst kann Auswirkungen auf die Leistungserstellung haben.<sup>347</sup>

Gleichzeitig lenkt das Zusammentreffen mehrerer älterer Menschen beziehungsweise deren Angehörigen oder Nachbarn die Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität jedes einzelnen. Neben den eigenen Eindrücken, die der Bewohner von der Dienstleistung hat, kommen weitere Erfahrungen der Angehörigen, Nachbarn oder ehrenamtlichen Helfer hinzu, die diese kommunizieren. Diese Mund-zu-Mund-Kommunikation ist eine wesentliche Quelle der Information sowohl vor, während als auch nach der Leistungserstellung. Der pflegebedürftige ältere Mensch erhält damit zusätzlich zu seinen eigenen Einschätzungen Informationen, die indirekt seine eigenen Erwartungen und Beurteilungen erheblich beeinflussen.<sup>348</sup>

c) Zeitdauer der Dienstleistungserstellung als Einflussfaktor auf die Dienstleistungsqualität

Einen weiteren Einfluss auf die Komplexität von Dienstleistungen im Kontext der Dienstleistungsqualität nimmt die *Zeitdauer* der Dienstleistungserstellung bezie-

---

<sup>347</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 32 f.

<sup>348</sup> Siehe hierzu auch Witt, Dieter (1994), S. 180, Güthoff, Judith (1995), S. 33, Kuhlmann, Eberhard (1990), S. 340. Kuhlmann klassifiziert außerdem Informationsquellen weitergehend in *interessensgebundene*, zum Beispiel Werbung, und *nicht-interessensgebundene* Quellen. Letztere kann zum Beispiel in *institutionalisierter* Form eine Verbraucherberatung durch Verbraucherzentralen sein; *nicht-institutionalisiert* hingegen stellt sich die Information durch Bekannte, Kollegen oder Familie dar.

ungsweise der einzelnen Erstellungsepisoden.<sup>349</sup> Aus den einzelnen Leistungserstellungsepisoden ergeben sich zu differenzierende Beurteilungsphasen, die sich schließlich zu einem Gesamturteil zusammensetzen. Für den älteren Menschen in der ambulanten und stationären Altenhilfe kann dies bedeuten, dass er sich in einer andauernden Evaluationssituation befindet, mit der Folge, ständig neue Beurteilungen der jeweiligen Erstellungssituation vorzunehmen. Daraus folgt, dass er wiederholt seine eigenen Bedürfnisse und Erwartungen beziehungsweise Informationen zur Beurteilung der Qualität messen muss.

Zudem sind zu Beginn der Inanspruchnahme von ambulanter oder stationärer Versorgung die Dimensionen der Dienstleistungsqualität noch nicht eindeutig determiniert, vielmehr liegt eine Erwartungshaltung des älteren Menschen beziehungsweise seiner Angehörigen vor. Mit zunehmender Dauer der ambulanten oder stationären Pflege konkretisieren sich die Beurteilungen der angebotenen Leistungen. Die Schwierigkeit der Beurteilungssituation kann im Zeitablauf eher abnehmen, jedoch erfordert die Einschätzung einzelner Leistungserstellungsabläufe eine hohe Konzentration, wenn einzelne Qualitätsurteile nicht isoliert, sondern integriert gefällt werden müssen.<sup>350</sup>

Insbesondere bei der Arbeit der Mitarbeiter der ambulanten und stationären Dienste erhält der Zeitaspekt, das heißt die Dauer der Leistungserstellung eine hohe Bedeutung, da hier psychosoziale und kommunikative Faktoren mit hineinspielen: Als ein wichtiges Element für die Qualität der Erbringung von Pflegeleistungen wird die Beziehung beziehungsweise das Verhältnis von Pflegenden zum Pflegebedürftigen angesehen.<sup>351</sup> Auf diese beziehungs determinierte Grundlage der Pflegesituation hat der Zeitaspekt, wie er in Zeitrichtlinien zur Pflege im SGB XI geregelt ist (siehe ausgewählte Zeitrichtlinien in Tabelle III-2), einen großen Einfluss zur Beurteilung der Gesamtpflegequalität.<sup>352</sup>

---

<sup>349</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 34.

<sup>350</sup> Vgl. Güthoff, Judith (1995), S. 35.

<sup>351</sup> Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk; Koch, Veronika; Zegelin-Abt, Angelika (2001), S. 125 f.

<sup>352</sup> Siehe hierzu die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, vgl. Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.) (2006), S. 86 ff.

<b>Art der Verrichtung am Bewohner</b>	<b>Zeit (Minuten)</b>
Ganzkörperwäsche, Baden	20 – 25
Teilwäsche Oberkörper	8 – 10
Teilwäsche Gesicht	1 – 3
Zahnpflege	5
Kämmen	1 – 3
Wechseln von Windeln nach Stuhlgang	7 – 10
Richten der Bekleidung	2
Ankleiden gesamt	8 – 10
Transfer auf beziehungsweise von Rollstuhl/Toilette/Badewanne/Dusche	1
Mundgerechte Zubereitung einer Hauptmahlzeit	2 – 3
Essen von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken, 3 x am Tag, jeweils	15 – 20

Tab. IV-1: Ausgewählte Zeitrichtlinien für Verrichtungen am Bewohner<sup>353</sup>

Tab. IV-1 vermittelt einen Überblick über ausgewählte Zeitrichtlinien, die für die Abrechnung der Versorgung von Pflegebedürftigen in einer Pflegestufe zur Anwendung kommen. Ob diese Richtlinien exakt eingehalten werden können, sei dahin gestellt; jedoch wird eine erhöhte Arbeitszeit von Mitarbeitern für einzelne Verrichtungen durch die Pflegekassen nicht finanziert.

Aus einer Studie zur häuslichen Pflege kann abgeleitet werden, dass das Verhalten der Pflegeperson die Dauer der Pflegehandlungen und daraus folgend die Dienstleistungsqualität mitbestimmt: Eine negativ-passivierende Haltung des Mitarbeiters führt tendenziell zu einer Verkürzung der Pflegedauer, eine positiv-fördernde Haltung kann zeitverlängernd wirken oder eine wesentlich höhere Variabilität der Zeiten der Einzelverrichtungen am Bewohner zur Folge haben.<sup>354</sup>

<sup>353</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.) (2006), S. 86 ff.

<sup>354</sup> Vgl. Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk; Koch, Veronika; Zegelin-Abt, Angelika (2001), S. 138.

Als dienstleistungsqualitätsbeeinflussende Beziehungsvariable auf die Dauer der Leistungserstellung wirken demzufolge interpersonelle Aspekte, wie das Respektieren des zu versorgenden Bewohners, Geduld und Eingehen auf dessen Bedürfnisse.

## **B. Synthese bewohnerorientierter Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe aus unterschiedlichen Konzepten zur (Dienstleistungs-) Qualität unter Einbeziehung eines neuen monetären Streckfaktors**

Aus den vorgenannten Eigenheiten und Einflüssen auf eine Dienstleistungserstellung in der ambulanten und stationären Altenhilfe ergeben sich besondere Anforderungen an eine zu definierende Form von Dienstleistungsqualität, der im allgemeinen Sprachgebrauch unbestimmten „Pflegequalität“.

Im Folgenden werden im ersten Kapitel unterschiedliche pflege- und haushaltswissenschaftliche Konzepte im Kontext mit Pflegequalität aufgezeigt. Darauf aufbauend wird bewohnerorientierte Pflegequalität unter Berücksichtigung monetärer Ressourcen eines Bewohners neu definiert und operationalisiert. Zur Implementierung dieser definierten Pflegequalität wird ein ebenfalls neu gebildeter monetärer Streckfaktor eingeführt.

### **1. Pflege- und haushaltswissenschaftliche Konzepte zur Pflegequalität**

Die Versorgung durch ambulante Dienste oder in stationären Einrichtungen der Altenhilfe umfasst weitergehende Funktionen als dies im Pflegeversicherungsgesetz umgesetzt wird. Basierend auf unterschiedlichen Konzepten aus der Pflegewissenschaft sowie haushaltswissenschaftlicher Forschung und der oben bereits ausgeführten Komplexität der angebotenen Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe wird eine ganzheitliche Definition von „bewohnerorientierter Pflegequalität“ neu entwickelt.

## a) Pflegewissenschaftliche Ansätze zur Pflegequalität

Die Pflegewissenschaft stellt im Vergleich zu den medizinischen oder ökonomischen Wissenschaften eine eher junge Disziplin dar. Die Darstellung des Pflegeprozesses orientiert sich an einer Spezialisierung auf die Beziehung zwischen dem älteren Menschen und Anspruchsgruppen in der Altenhilfe, wie die beiden im Folgenden dargestellten Konzepte aufzeigen.

## (1) Pflegewissenschaftliches Konzept fördernder Prozesspflege nach Krohwinkel zu den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)

Die Versorgung und Pflege durch ambulante und stationäre Dienste unterliegt aus pflegewissenschaftlicher Sichtweise starken Tendenzen, die weg von der defizitorientiert-versorgenden Pflege hin zu einer fähigkeitsorientiert-fördernden Prozesspflege weisen.<sup>355</sup> Dies stellt hohe Anforderungen sowohl an die strukturellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen als auch an die Pflegerinnen und Pfleger.

So besteht in den Pflegewissenschaften Konsens, dass es einer ganzheitlichen Pflege bedarf, um eine optimale Versorgung in der stationären Einrichtung zu gewährleisten. Ganzheitlichkeit setzt voraus, dass die nichtbiologischen Anteile des Menschen für die Pflege genauso bedeutsam sind wie die biologischen, beziehungsweise, dass der Mensch eine bio-psychosoziale Einheit ist und diese verschiedenen Anteile untrennbar miteinander verbunden bleiben.<sup>356</sup> Dieses Verständnis liegt dem Leitbild der *fördernden Prozesspflege* zu Grunde, das so bezeichneten „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) einbezieht. In der Altenpflege kommen so genannte Schlüsselkonzepte zur Anwendung, die die Faktoren Person, Umgebung, Gesundheit und den pflegerischen Handlungsprozess umfassen.<sup>357</sup>

---

<sup>355</sup> Vgl. Krohwinkel, Monika (1998), S. 153.

<sup>356</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002), S. 263 f.

<sup>357</sup> Vgl. Krohwinkel, Monika (1993), S. 19 ff.

Innerhalb dieses Rahmens wurde das Modell der ganzheitlich-fördernden Prozesspflege entworfen. Dieses – eher als Konzept, denn als Modell zu sehender Ansatz – fand zunächst in Krankenhäusern Anwendung, hier vor allem in der Rehabilitation; in den letzten Jahren fand es auch Einzug in den Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe.<sup>358</sup>

Zu den AEDL werden unterschiedliche Bereiche gezählt:

- *Persönliche Bereiche*, wie die Möglichkeit zu Kommunikation, Bewegung, Nahrungs- beziehungsweise Flüssigkeitsaufnahme und Ausscheidung, Ruhe und Entspannung, Körperpflege einschließlich Kleiden,
- *soziale Bereiche* wie die Möglichkeit zu Beschäftigung, sich als Frau oder Mann fühlen zu können, Schaffung einer sicheren Umgebung und sozialer Beziehungen.
- Beispiele für existentielle Erfahrungen können sowohl eine *Förderung*, etwa die Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Freude und Vertrauen als auch eine *Gefährdung* umfassen, beispielsweise den Verlust von Unabhängigkeit oder die Erfahrung von Schmerzen oder Sterben in unmittelbarer Umgebung.<sup>359</sup>

Daraus können fünf Bestandteile fördernder Prozesspflege abgeleitet werden, die folgender Tab. IV-2 zu entnehmen sind. Im Mittelpunkt der fördernden Prozesspflege stehen einerseits der Bewohner und andererseits seine persönliche Bezugsperson, deren Interesse nicht nur rein pflegerischer, sondern vor allem fördernder Art sein sollte, unter Einbeziehung der individuellen Ressourcen und Defizite des Bewohners. Damit wird ein hoher qualitativer Anspruch an die einzelne Pflegekraft gestellt, wobei es „hierzu erforderlich [ist], neben einer synergetischen Förderung entsprechender Pflegefachkompetenz angemessene Strukturen und Rahmenbedingungen mit zu entwickeln.“<sup>360</sup>

---

<sup>358</sup> Vgl. Krohwinkel, Monika (1998), S. 153.

<sup>359</sup> Zu den AEDL siehe ausführlich Krohwinkel, Monika (1998), S. 134 ff.

<sup>360</sup> Krohwinkel, Monika (1998), S. 153.

<b>Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel</b>	
<b>Bestandteile</b>	<b>Inhalt</b>
<b>Sichtbarkeit</b>	Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme von pflegebedürftigen Bewohnern und ihren persönlichen Bezugspersonen werden bewusst gemacht, gezielt berücksichtigt und dargestellt.
<b>Ganzheitlichkeit</b>	Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme und Maßnahmen der AEDLs werden in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Ergebnisse werden prioritätsorientiert und unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch ausgewertet.
<b>Kongruenz</b>	Es besteht eine fördernde Übereinstimmung in den physisch-funktionalen und den willentlich-emotionalen Verhaltensdimensionen einer beobachtbaren sowie erfahrbaren Pflegehandlung.
<b>Kontinuität</b>	Der fördernde Beziehungs-, Problemlösungs- und Entwicklungsprozess wird kontinuierlich realisiert. Die pflegerischen Abläufe werden personen- und situationsbezogen von pflegerischen Bezugspersonen gewährleistet.
<b>Unabhängigkeit und Wohlbefinden</b>	Pflege ist ausgerichtet auf den Bewohner und dessen pflegerische Bezugspersonen in den für sie wesentlichen AEDL-Bereichen. Das Ausmaß von Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität beeinflusst das Ausmaß der Förderung.

Tab. IV-2: Bestandteile fördernder Prozesspflegen nach Krohwinkel<sup>361</sup>

Dennoch reduziert sich das Schema nach Krohwinkel überwiegend auf den rein pflegerischen Vorgang, und hier insbesondere auf die Beziehung zwischen Bewohner und Mitarbeiter in der Pflege. Hauswirtschaftliche, medizinische oder soziokulturelle Bereiche werden eher nebulös dargestellt. Auch eine Berücksichtigung struktureller Voraussetzungen, wie Ausrüstung der Einrichtung oder der Wohnung, organisatorische Bedingungen oder Qualifikation des Personals, findet hier nur marginal statt.

## (2) Vier-Stufen-Modell nach Mybes/Pfau/Rückert zur Einteilung von Pflegequalität

Neben dem Pflegekonzept nach Krohwinkel kann aus der Literatur ein weiteres grundsätzliches Schema zur Pflegequalität abgegrenzt werden, das so genannte Vier-Stufen-Modell. Diese Einteilung erfolgt in vier Stufen der Pflegequalität, die allerdings nicht mit der gesetzlichen Einteilung in die Pflegestufen I, II, III und ohne Pflegestufe ver-

<sup>361</sup> Vgl. Krohwinkel, Monika (1998), S. 153.

wechselt werden darf, sondern die von optimaler über angemessene bis hin zu sicherer und schließlich gefährlicher Pflege reicht.<sup>362</sup>

Unter *optimaler* Pflege wird in dem Schema die Einbeziehung und Mitbestimmung des Bewohners, also dessen aktive und fördernde Pflege, verstanden. Diese Pflege wird als „erstklassig“ oder „ideal“ eingestuft. Der Bewohner wird, soweit möglich, bei Entscheidungen, die dessen Versorgung betreffen, einbezogen und kann mitbestimmen. *Angemessene* Pflege wird als „gut“ kategorisiert und bedeutet eine dem Bewohner angepasste Pflege unter Berücksichtigung von dessen eher passiven Beteiligung. Dennoch wird die Pflege individuell auf den Bewohner ausgerichtet. *Sichere* Pflege, auch als *Routine*-Pflege bezeichnet, wird als „ausreichend“ eingestuft und meint die Routineversorgung, die den Bewohner mit dem Nötigsten versorgt und stark passivierend ist. Wünsche der Bewohner werden dabei nur dann berücksichtigt, wenn sie den Arbeitsablauf nicht stören. Unter *gefährlicher* Pflege ist zu verstehen, dass der Bewohner sowohl körperlichen als auch seelischen Schaden durch mangelnde Zuwendung erleidet beziehungsweise ein hohes Risiko dahingehend entsteht. Der Bewohner muss sich dem routinemäßigen Arbeitsablauf in der Einrichtung anpassen. Diese Pflege ist als „mangelhaft“ zu bewerten.<sup>363</sup>

Innerhalb dieser Einteilung werden Ziele definiert, die sich aber vor allem auf die Beziehung der Pflegenden zum Bewohner stützen. Es werden dabei fünf Merkmalsbereiche angesprochen: Grundpflege, spezielle Pflege und Behandlungspflege, Befriedigung psychischer und sozialer Bedürfnisse, Kommunikation, Pflegeplan und Informationsweitergabe.<sup>364</sup>

Beim Vergleich des Vier-Stufen-Modells mit dem Donabedian'schen Modell mit Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität werden hier vor allem Voraussetzungen in personeller und teilweise organisatorischer Hinsicht berücksichtigt, jedoch Faktoren wie räumliche Gegebenheiten, hauswirtschaftliche und nutritive Voraussetzungen nur marginal angesprochen.

---

<sup>362</sup> Vgl. Mybes, Ursula; Pfau, Cornelia; Rückert, Willi (1980), S. 122.

<sup>363</sup> Vgl. Mybes, Ursula; Pfau, Cornelia; Rückert, Willi (1980), S. 122; Barth, Myriam (2002), S. 48 f.

<sup>364</sup> Vgl. Mybes, Ursula; Pfau, Cornelia; Rückert, Willi (1980), S. 122.

Ein Vergleich mit dem Teilleistungsansatz nach Witt macht deutlich, dass im Vier-Stufen-Modell überwiegend die Hauptleistungen der Einrichtung mit einbezogen werden, also Unterkunft und Verpflegung (im Sinne der Ernährung), medizinische Versorgung und körperliche sowie psychosoziale Pflege. Nebenleistungen wie Rezeptionsdienst oder Zusatzleistungen im Sinne des Freizeitangebotes und spezieller Serviceleistungen, aber auch Standorteigenschaften, beispielsweise räumliche Umgebung und Erreichbarkeit, bleiben eher unberücksichtigt.

Die hier dargestellten Ansätze aus den Pflegewissenschaften, das heißt sowohl das Konzept nach Krohwinkel als auch das Modell von Mybes/Pfau/Rückert können aus Sicht der Verfasserin die Komplexität der Versorgungsprozesse in der ambulanten und stationären Altenhilfe nicht erfassen. Eine Ableitung einer Definition von Pflegequalität aus diesen beiden Konzepten heraus erscheint deshalb nicht möglich.

Im Folgenden wird ein weiteres Modell zur Pflegequalität aus einer anderen Wissenschaftsdisziplin, der Haushaltswissenschaft, aufgezeigt.

#### b) Phasen-Modell zur Pflegequalität der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft

Ein haushaltswissenschaftlicher Ansatz zur Pflegequalität erfolgt durch eine Interpretation der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH), die Qualitätsanforderungen für Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Rahmen eines Richtlinienheftes definiert hat.<sup>365</sup>

Im Rahmen dieser Darstellung von Qualitätsanforderungen an eine Pflegekonzeption für Einrichtungen der Altenhilfe wird der Teilleistungsansatz von Witt aufgegriffen und intensiv umgesetzt. Bei der Skizzierung der Leistungen wird die Vorstellung impliziert, dass Pflege und Lebensgestaltung in einer Altenhilfeeinrichtung als ein ganzheitlicher Ansatz verstanden werden muss. Die zweck- und zielgerichtete Formulierung der Teilleistungen dient dazu, aus der Sicht der Bewohner zu denken. Gleichzei-

---

<sup>365</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993).

tig wird von einer Pflegekonzeption ausgegangen, deren Leistungen auf Kompetenzerhaltung beziehungsweise -erhöhung des pflegebedürftigen älteren Menschen ausgerichtet sind. Bei aller Berücksichtigung der Individualität des Bewohners wird jedoch der Aspekt konstatiert, dass die Versorgung durch eine professionalisierte Hilfe nicht alle individuellen Bedürfnisse des zu Pflegenden erfassen beziehungsweise nicht auf alle eingehen kann.<sup>366</sup>

Im Konzept der DGH wird zum einen in *Leistungsbereiche* unterschieden, die sich auf die fünf Aspekte Wohnen beziehungsweise Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Reinigungshygiene und Wäscheversorgung beziehen, eingeteilt je nach Art in Sach- oder Dienstleistung. Zum anderen erfolgt eine Unterscheidung in die vier *faktorbezogenen Bereiche* der Geld-, Personal-, Material- und Anlagenwirtschaft. Die bewusste Einbeziehung von Produktionsfaktoren kann im Vergleich zu allen anderen Ansätzen als außergewöhnlich angesehen werden, da hier zum ersten Mal der Versuch unternommen wird, mehrere der vorher genannten Haushaltsfunktionen in ein Gesamtkonzept zu binden: Neben der Regenerationsfunktion werden beispielsweise die Sozialisations- und die ökonomische Funktion berücksichtigt.

Sowohl die leistungs- als auch die faktorbezogenen Bereiche beinhalten vier grundsätzliche Fragestellungen, die sich auf den gesamten Umfang der Leistungserstellung beziehen:

- Was muss eingesetzt werden?
- Was muss angeboten werden?
- Was muss hier getan werden?
- Was soll erreicht werden?<sup>367</sup>

Es bietet sich an, diese Fragestellungen mit dem Dienstleistungsmodell, das als konsentiertes Konzept im medizinischen Bereich entwickelt wurde, dem trichotomischen Modell nach Donabedian zu verknüpfen.

---

<sup>366</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 3.

<sup>367</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 7 ff.

Die ersten beiden Fragestellungen, also Einsatz der Mittel und Umfang des Angebots, sind mit der *Struktur* der Altenhilfeeinrichtung verknüpft. Der dritte Aspekt, das heißt die Durchführung der Arbeitsleistung, berücksichtigt den *Prozess* der Dienstleistungserstellung und die vierte Frage widmet sich dem *Ergebnis*.

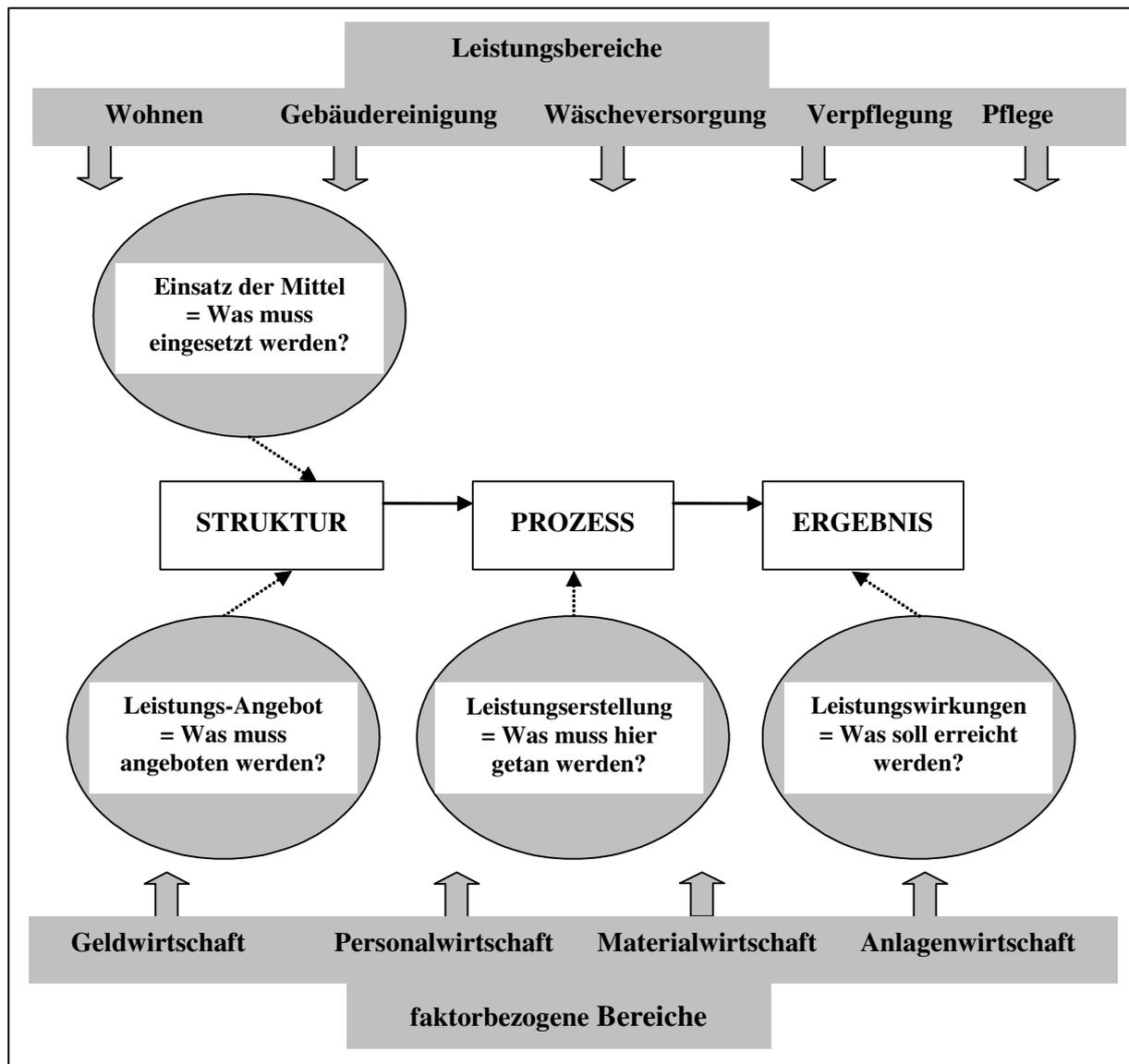


Abb. IV-3: Phasen der Dienstleistungserstellung in der Altenhilfe<sup>368</sup>

Wie Abb. IV-3 zeigt, kann daraus folgend der Ablauf der Dienstleistungserstellung in der ambulanten und stationären Altenhilfe abgeleitet werden. Dieser Ablauf kombiniert die leistungs- und faktorbezogenen Bereiche nach DGH unter Berücksichtigung

<sup>368</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 7 ff.; Witt, Dieter (1994), S. 179 f.; Donabedian, Avedis (1980), S. 81 ff.

der Teilleistungen nach Witt mit dem Donabedian'schen Modell und stellt einen erweiterten Ansatz aus ökotrophologischer Sicht dar.

Vertiefend können noch für alle drei Phasen der Dienstleistungserstellung *Leistungsmerkmale* herangezogen werden, die für die erlebte Qualität in einer Altenhilfeeinrichtung eine entscheidende Rolle spielen: *Sicherheit, Gesundheit, Aktivität, Kommunikation, Information, Selbstbild sowie Atmosphäre und Ästhetik.*<sup>369</sup>

Die genannten Leistungsmerkmale dienen dazu, die beabsichtigten qualitätsbezogenen Wirkungen auf die Bewohner der Altenhilfeeinrichtung zu konkretisieren. Diese Merkmale zielen auf die Ergebnisqualität ab, das heißt, der Bewohner fühlt sich in den einzelnen Faktor- und Leistungsbereichen der Altenhilfeeinrichtung *sicher* versorgt und kann eine pflegewissenschaftlich anerkannte, *gesund* erhaltende, eventuell auch gesundheitsfördernde Pflege erwarten. Gleichzeitig besteht für ihn die Chance, je nach eigener Möglichkeit, *aktiv* im Pflegeprozess mitzuwirken. *Kommunikative* Voraussetzungen innerhalb der Bereiche dienen beispielsweise dazu, sich einerseits sozial eingebunden zu fühlen, andererseits aber auch Rückzugsmöglichkeiten zu erhalten. Gleichzeitig weiß ein gut *informierter* Bewohner über sich sowie die Verpflegungs-, Pflege- und Unterkunftsangebote Bescheid und kann die Qualität der eigenen Versorgung dadurch besser einschätzen. Besonders hervorzuheben ist im Zusammenhang mit hoher Pflegequalität, dass sich der Bewohner mit seinen eigenen Wertvorstellungen akzeptiert fühlt, das heißt, sein *Selbstbild* beachtet wird. Letztlich dient die Beachtung der *Atmosphäre* beziehungsweise *Ästhetik* der einzelnen Leistungsbereiche dazu, dass Freude am Leben, ob in den eigenen vier Wänden oder einer stationären Einrichtung entsteht. Dies kann zum Beispiel durch eine ansprechende Umgebung, aber auch durch gepflegte Mitarbeiter oder appetitlich angerichtetes Essen geschehen.<sup>370</sup>

Auf dieser Grundlage können die zu erbringenden Teilleistungen des Angebotes und die Prozesse der Leistungserstellung sowie die einzusetzenden Mittel abgeleitet werden. Es können damit mögliche Schwachstellen in der Altenhilfeeinrichtung erkannt

---

<sup>369</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 7ff.

<sup>370</sup> In Anlehnung an Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 7ff.

werden, um Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungen und der Pflegequalität zu treffen.<sup>371</sup>

Zur Verdeutlichung des Qualitätsprozesses in der Altenhilfe werden die oben genannten Leistungsmerkmale in Beziehung zu den Phasen des Qualitätsprozesses und der Teilleistungen am Beispiel des Leistungsbereiches „Verpflegung“ dargestellt: Für das Leistungsmerkmal „Gesundheit“ in Bezug zum Bereich „Verpflegung“ gelten zum Beispiel folgende Zusammenhänge für die Pflegequalität: *Ergebnis* des Prozesses sollte sein, dass der Bewohner ernährungsphysiologisch richtig ernährt ist. Als *strukturelle Voraussetzung* gelten deshalb frische und qualitativ hochwertige Lebensmittel unter Beachtung der Nährstoffdichte. Gleichzeitig muss eine geeignete Küchenausstattung vorhanden sein, in der geschultes und ausgebildetes Personal die Speisen nährstoffschonend zubereiten kann. Außerdem muss das Essen bedarfsgerecht nach den entsprechenden Nährstoffempfehlungen und eventuell unter Beachtung spezieller Diätverordnungen zubereitet sein. Das Mahlzeitenangebot sollte gleichmäßig über den Tag verteilt sein. Im Verlauf des *Prozesses* muss neben der sachgerechten Lagerung der Lebensmittel auf deren nährstoffschonende Zubereitung und vor allem auf kurze Warmhaltezeiten geachtet werden. In Bezug auf die Mitarbeiter sollte deren Fortbildung zu Kenntnissen über altersgerechte Ernährung vorgenommen werden.

Diese spezifische Betrachtungsweise dient der anschaulichen Darstellung, wie komplex der Zusammenhang zwischen den einzelnen am Qualitätsprozess beteiligten Faktoren und Phasen ist. Die weiteren Leistungsmerkmale zum Bereich „Verpflegung“ sind in entsprechender Weise der folgenden Tab. IV-3 zu entnehmen.

---

<sup>371</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 10.

	<b>Struktur</b>		<b>Prozess</b>	<b>Ergebnis</b>
<b>in Bezug auf:</b>	<b>Was muss eingesetzt werden?</b>	<b>Was muss angeboten werden?</b>	<b>Was muss hier getan werden?</b>	<b>Was soll erreicht werden?</b>
<b>Sicherheit</b>	Arbeitsablauf- und -verteilungspläne, Räume, Ausstattung, Organisation, Personal in ausreichendem Umfang	Regelmäßiges Angebot von Mahlzeiten zu bestimmten Zeiten an festgelegten Orten mit individuell erforderlicher Hilfestellung	Planen und Organisieren der Abläufe bezogen auf räumliche/zeitliche Zielsetzungen bei Beschaffung, Lagerung, Zubereitung und Speisenausgabe	Die Bewohner erhalten regelmäßig ihre Mahlzeiten zu den angemessenen Zeiten
<b>Gesundheit</b>	Qualitativ hochwertige Produkte (Beachtung der Nährstoffdichte), Verwendung frischer Produkte, geeignete Küchenausstattung (nährstoffschonende Zubereitung), ausgebildetes Fachpersonal	Bedarfsgerechtes Angebot an Speisen/Getränken nach den entsprechenden Nährstoffempfehlungen, eventuell Diätformen, Angebot mehrerer Mahlzeiten über den Tag verteilt	Nährstoffschonende Lebensmittelverarbeitung, kurze Warmhaltezeiten, sachgerechte Lagerung  Mitarbeiterfortbildung im Bereich altersgerechte Ernährung	Die Bewohner sind ernährungsphysiologisch richtig ernährt
<b>Aktivität</b>	Geschultes Personal für Anleitung und Training bei der Wiederherstellung und Erhaltung von Fähigkeiten zur Selbstversorgung  Ausreichende Arbeitszeit	Unterstützung des selbständigen Essens auch bei Schwierigkeiten, gegebenenfalls Hilfe zur Wiedererlangung dieser Fähigkeit. Zum Beispiel Stationsküchen für Bewohner, „Cook and Chill“	Individuelles Eingehen auf den Bewohner  Mitarbeiterschulung	Die Bewohner sind mobil beziehungsweise erlangen ihre Mobilität wieder
<b>Kommunikation</b>	Arbeitszeit für Gespräche mit Bewohnern beispielsweise während der Essensverteilung oder -eingabe	Mitarbeiter als Ansprechpartner, Mithilfe von Familienangehörigen (vor allem bei Bettlägerigkeit)	Berücksichtigen von Kommunikationszeit im Einsatzplan, eventuell Aktivierung der Familie oder ehrenamtlicher Mitarbeiter	Die Bewohner fühlen sich sozial eingebunden

	<b>Struktur</b>		<b>Prozess</b>	<b>Ergebnis</b>
<b>in Bezug auf:</b>	<b>Was muss eingesetzt werden?</b>	<b>Was muss angeboten werden?</b>	<b>Was muss hier getan werden?</b>	<b>Was soll erreicht werden?</b>
<b>Information</b>	Informationsmedien, Raum und Platz für Aushänge, Arbeitszeit für Informationsgespräche	Aushang des Speiseplanes, eventuell Schaukasten im Speisesaal, Individuelle Beratung bei Bedarf	Rechtzeitiges Erstellen des Speiseplanes, Gespräch mit dem Bewohner nicht nur bei Heimeintritt	Die Bewohner sind über Ernährungsfragen informiert
<b>Selbstbild</b>	Checkliste, die die für die einzelnen Bewohner geltenden religiösen Gebote für Speisen sowie Vorlieben und Abneigungen ausweist	Übereinstimmendes Angebot mit religiösen und kulturellen Vorgaben, Wahlmöglichkeit bei einzelnen Speisen oder Komponentenwahl	Erfragen und Festhalten von Informationen über Vorlieben und Abneigungen bei Eintritt in die stationäre Altenhilfeeinrichtung	Die Bewohner fühlen sich mit ihren Wertvorstellungen als Person akzeptiert
<b>Atmosphäre und Ästhetik</b>	ansprechendes Geschirr sowie Tischwäsche und Dekoration, Ansprechendes Erscheinungsbild der Mitarbeiter (saubere Kleidung)	Speisen und Getränke in angenehmer Ess- und Trinktemperatur, farbliche Abstimmung der Menüs, passierte Kost nur in erforderlichem Umfang, abwechslungsreicher Speiseplan	Einkauf auch unter Aspekten des Genusswertes, Speisenzubereitung unter sensorischen Aspekten, appetitliches Anrichten, geringe Wiederholungshäufigkeit von Menüs im Zeitablauf	Die Bewohner empfinden Freude am Essen

Tab. IV-3: Leistungsmerkmale am Beispiel des Bereiches „Verpflegung“ für die Pflegequalität in der Altenhilfe innerhalb des Qualitätsprozesses<sup>372</sup>

Weitere Leistungsbereiche, das heißt Wohnen, Reinigungshygiene, Wäscheversorgung und Pflege, aber auch faktorbezogene Bereiche, wie Geld-, Personal-, Material- und Anlagenwirtschaft, können in ähnlicher Weise dem Qualitätsprozess der Altenhilfe unterzogen werden.

<sup>372</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 30 ff.

Das hier beschriebene und modifizierte Konzept des Pflegeprozesses in der ambulanten und stationären Altenhilfe soll im Weiteren als Grundlage für eine bisher noch fehlende Definition des Begriffes „Pflegequalität“ dienen.

## **2. Identifizierung bewohnerorientierter Pflegequalität unter Integration eines monetären Streckfaktors**

Aufgrund der dargelegten Konzepte und Annahmen zu Qualität im Allgemeinen und Dienstleistungsqualität im Besonderen kann zunächst resümiert werden, dass Qualität eine Situation zwischen einer Soll-Vorgabe und einem Ist-Zustand darstellt. Eine entsprechende Soll-Vorgabe wird durch strukturelle und prozessbezogene Bedingungen mitbestimmt; einen hohen Stellenwert besitzen hier insbesondere personenbezogene Faktoren, die sowohl in der Pflegeperson als auch im Bewohner selbst liegen. Gleichzeitig sollten die aus persönlichen Einstellungen der Nachfrager (das heißt der Bewohner selbst, der potentiellen Bewohner sowie deren Angehörigen) begründeten Image-dimensionen einer Einrichtung mit einbezogen werden.

Da Pflegeleistungen im Ergebnis auf einen qualitativ guten Zustand eines Bewohners fokussieren, sollte dessen Empfinden und mögliche Einflussnahme mithilfe finanzieller Mittel in den Vordergrund gerückt werden. Die Beurteilung der eigenen Wohlfahrtsposition, das heißt die Bewertung der persönlichen Situation, spielt demnach eine entscheidende Rolle bei einer Beurteilung von Pflegequalität.

- a) Beurteilung der Wohlfahrtsposition eines Bewohners sowie deren Beeinflussung aufgrund monetärer Ressourcen als Voraussetzungen zur Beurteilung von Pflegequalität

Vom Gesetzgeber wird konstatiert, dass eine enge Korrelation zwischen der Beurteilung der erlebten Pflegequalität und einer eigenen Einschätzung von Lebensqualität besteht, wenn von den durch die Pflegeeinrichtungen zu erbringenden „Leistungen,

insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität<sup>373</sup> gesprochen wird. Es findet hier eine Kombination eines Teils der Gesamtqualität, wie sie Donabedian definierte, nämlich der Ergebnisqualität mit dem Begriff der Lebensqualität statt. Gleichzeitig wird im XI. Sozialgesetzbuch in diesem Zusammenhang neben der fehlenden Begriffsbestimmung über Ergebnisqualität allerdings auch keine Erläuterung zur Lebensqualität vorgenommen.<sup>374</sup>

Es besteht Konsens, dass Lebensqualität weder allein aufgrund der Bewertung der Menschen selbst noch allein aufgrund ihrer beobachtbaren Lebensbedingungen adäquat erfasst werden kann.<sup>375</sup> Bei der Beurteilung von Lebensqualität zeigt sich in den Alterswissenschaften immer wieder deutlich, dass der Blickwinkel unterschiedlicher Betrachter eine entscheidende Rolle spielt: Fremd- und Selbstperspektive unterscheiden sich nicht selten bei der Beurteilung einer scheinbar identischen Situation in der Pflege. Die persönliche Wohlfahrtsposition ist dabei ausschlaggebend für die Beurteilung der eigenen Lebensqualität. Gerade unter älteren Menschen befindet sich ein hoher Anteil derer, die sich zwar subjektiv wohl fühlen, deren objektive Lebensbedingungen aber als eher schlecht einzuordnen sind et vice versa.<sup>376</sup>

Dies belegt auch eine Studie, die zwischen 1991 und 2004 jährlich die Gesundheits- und Lebenszufriedenheit bei insgesamt 50 000 Menschen in Abhängigkeit von auftretender Pflegebedürftigkeit gemessen hat. Hier wird festgestellt, dass die befragten Personen *selbst unter ungünstigen Bedingungen* häufig *kein* geringes subjektives Wohlbefinden empfinden. Das gilt vor allem dann, wenn ungünstige Umstände über längere Zeit andauern. Dabei führen sowohl positive als auch negative Lebensereignisse meist nur zu kurzfristigen Zufriedenheitsveränderungen, weil die Betroffenen im Laufe der Zeit die Erwartungen an die neuen Umstände anpassen.<sup>377</sup>

---

<sup>373</sup> § 115 Abs. 1a SGB XI.

<sup>374</sup> Siehe hierzu die Ausführungen in Kapitel V.A.1.b) Konkretisierung von Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe im XI. Sozialgesetzbuch, S. 172 ff.

<sup>375</sup> Vgl. Glatzer, Wolfgang; Zapf, Wolfgang (1984), S. 392.

<sup>376</sup> Vgl. Zapf, Wolfgang (1984), S. 13 ff.; Lehr, Ursula (1997), S. 277 ff.

<sup>377</sup> Vgl. Weick, Stefan (2006), S. 14.

Es stellt sich hier die Frage, ob mit zunehmender Dauer der Pflegebedürftigkeit die Zufriedenheit aufgrund einer Adaption an eher widrige Lebensumstände wieder zunehmen könnte. Das Phänomen der Adaption stößt jedoch dann an seine Grenzen, wenn die objektiven Bedingungen außerordentlich schlecht sind. Einer der größten Einschnitte, die als extreme Verschlechterung der Lebensumstände angesehen werden können, ist beispielsweise eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung, hervorgerufen durch Knochenbrüche, Verlust von Blasen- oder Darmkontrolle, aber auch Demenz.<sup>378</sup> Es wird in der oben genannten Studie konstatiert, dass die Zufriedenheit mit dem Leben im Alter auch bei langjähriger Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht mehr ansteigt, denn

„[...] nur durch eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation ist [...] ein nachhaltiger Wiederanstieg des subjektiven Wohlbefindens zu erwarten.“<sup>379</sup>

Die Erkenntnis, dass eine persönliche Beurteilung der eigenen Wohlfahrt eng mit dem Gesundheitszustand des Bewohners korreliert, sollte bei einer Bewertung von Pflegequalität in hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben beachtet werden. Hier können qualitätsentscheidende Einflüsse genommen werden, denn eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation kann gegebenenfalls dadurch erreicht werden, dass der Bewohner mehr Leistungen erhält, als durch eine gesetzlich zugestandene Grundpflege zugebilligt werden können. Beispielsweise durch längerfristige Mobilisationsmaßnahmen nach einem Knochenbruch, die über einen längeren als den gesetzlich definierten Zeitraum weder von der Krankenkasse noch von der Pflegeversicherung geleistet werden können. Diese medizinische Dienstleistung kann der ältere Mensch zum Beispiel durch ehrenamtliche Hilfe kostenfrei oder durch die Inanspruchnahme bei Eigenfinanzierung einer Physiotherapeutin erhalten.

Die gesetzliche Grundlage stellt mit der genannten Kombination von Lebens- mit Pflegequalität per se einen hohen Anspruch an die Pflege, die laut Pflegeversicherungsgesetz jedoch nur die *notwendigen* Leistungen beinhalten *darf*, wie bereits weiter vorne erläutert. Wie dargestellt, kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass

---

<sup>378</sup> Vgl. Weick, Stefan (2006), S. 14 f.

<sup>379</sup> Weick, Stefan (2006), S. 15.

notwendige Leistungen allein für die persönliche Wohlfahrtsposition ausreichend sein können. Vielmehr wird konstatiert, dass erst durch zusätzliche Leistungen, die stark von der Finanzkraft eines Bewohners oder dessen Angehörigen abhängen können, ein persönliches Wohlbefinden erreicht werden kann.

Unter diesem Aspekt wird im Folgenden eine Definition von Pflegequalität vorgenommen.

b) Definition von bewohnerorientierter Pflegequalität in Abhängigkeit monetärer Ressourcen eines Bewohners

Aus den vorgelagerten Erläuterungen zur (Dienstleistungs-) Qualität wurde deutlich, wie komplex dieser Aspekt für hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe auf dem Soziomarkt der Altenhilfe eingeschätzt werden muss. Zudem kann subjektives Empfinden über eine Pflegesituation, das ausschließlich vom Bewohner allein kommuniziert wird, nur schwerlich mithilfe objektiver Untersuchungsmethoden auf allgemeingültige Qualitätsanforderungen übertragen werden. Ein etwas objektiverer Blickwinkel auf eine subjektiv geprägte Sichtweise über eine Lebenssituation im Alter kann insofern eher gelingen, wenn die drei am Pflegeprozess beteiligten Personengruppen, Bewohner (und eventuell auch dessen Angehörige), Mitarbeiter in der Pflege sowie die Einrichtungsleitung gleichzeitig über die Situation des Pflegebedürftigen befragt werden.

Mitunter können Angehörige diese Position einnehmen, wenn der Pflegebedürftige selbst nicht mehr in der Lage ist, sich zu artikulieren. Zudem können *Mitarbeiter* aufgrund objektivierbarer Messgrößen wie Dekubitusstatus, Flüssigkeitsein- und -ausfuhr, Gewichtszu- oder -abnahme, dokumentierte Einhaltung von Medikamentengabe et cetera den Zustand zusätzlich beurteilen. Mit der Sichtweise der *Einrichtungsleitung* wird ein übergeordneter Blick auf die gesamte Einrichtung miteinbezogen, so dass gleichzeitig eine eigene Überprüfung der Zielvorgaben an die Pflege erfolgt.

Insbesondere die Qualitätsdefinition, wie sie die DIN 8402 liefert,<sup>380</sup> kann für die Altenhilfe so nicht übernommen werden. Vielmehr sollten all jene Aspekte hineinspielen, die sich mit Strukturen, Prozessen und Ergebnissen sowie den Besonderheiten der Leistungen (Haupt-, Neben- und Zusatzleistungen) und Funktionen eines hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebes auf dem Soziomarkt der Altenhilfe auseinandersetzen. Hier muss auch der Aspekt hineinspielen, dass bestimmte Leistungen nur dann Einfluss auf eine Qualität nehmen können, wenn diese durch eigene monetäre Mittel, über die gesetzlich bedingte Finanzierung hinaus zur Verfügung stehen.

Die vorher beschriebene Definition von Qualität nach DIN 8402 wird deshalb für das Leistungsangebot von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe umgesetzt:

### **Bewohnerorientierte Pflegequalität**

ist die Gesamtheit von Eigenschaften aus den

*Funktionsbereichen* Wohnen, Reinigungshygiene, Wäscheversorgung, Verpflegung, ganzheitlicher Pflege und

den *Faktorbereichen* Geld-, Personal-, Material- und Anlagenwirtschaft,

die sich dazu eignen, die *vorausgesetzten Erfordernisse* in Bezug auf die *Leistungsmerkmale* Sicherheit, Gesundheit, Aktivität, Kommunikation, Information, Selbstbild sowie Atmosphäre und Ästhetik zu erfüllen.

Vorausgesetzte Erfordernisse sind in diesem Zusammenhang neben individuellen Bedürfnissen der am Pflegeprozess beteiligten Personengruppen gesetzlich vorgegebene und aus der Pflegestufe folgernde Ansprüche. *Individuelle Bedürfnisse als Anforderung des Bewohners können zusätzliche monetäre Bedarfe hervorrufen.*

Diese Definition impliziert ein ganzheitliches Bild von bewohnerorientierter Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe unter Einbeziehung von Einflussmöglichkeiten monetärer Art.

---

<sup>380</sup> Vgl. Kapitel IV.A.2.a) Qualität nach DIN ISO 8402 als Relation zwischen Ist- und Soll-Zustand, S. 122.

Da die Definition als theoretisches Konstrukt zu verstehen ist, wird zunächst eine Implementierung bewohnerorientierter Pflegequalität als Bewertungsmaßstab für Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe vorgenommen. Im Anschluss daran erfolgt eine weitergehende Vertiefung monetärer Ressourcen der Bewohner als einflussnehmender Aspekt auf eine zu bewertende Pflegequalität.

- c) Implementierung von bewohnerorientierter Pflegequalität als Bewertungsmaßstab unter Berücksichtigung eines monetären Streckfaktors

Für eine Implementierung der oben definierten bewohnerorientierten Pflegequalität wird nachfolgend eine Ableitung in quantifizierbare Messgrößen vorgenommen, die ein nachvollziehbares Maß zur Erfassung von Pflegequalität beinhalten. Um bewohnerorientierte Pflegequalität quantifizierbar zu machen, wird in einem ersten Schritt ein eigenes Bewertungssystem dargestellt, das, über einen längeren Zeitraum wiederholt ermittelt, vergleichbare Daten liefern kann. Die finanziellen Ressourcen eines Bewohners als einflussnehmender Faktor werden in einem zweiten Schritt mit einbezogen.

- (1) Entwicklung eines Bewertungssystems zur Quantifizierung bewohnerorientierter Pflegequalität

Zur Erfassung von Pflegequalität als Voraussetzung für deren Bewertung sollten deshalb folgende Befragungsebenen gewählt werden:

- die Einrichtungsleitung,
- für den jeweiligen Bewohner zuständigen Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Verpflegung und
- schließlich die Bewohner aus den einzelnen Pflegestufen beziehungsweise deren Angehörige, falls eine eigene Artikulation des Bewohners nicht mehr möglich ist.

Dies kann beispielsweise anhand eines standardisierten Fragebogens (siehe nachfolgende Tab. IV-4) geschehen, um in Interviews<sup>381</sup> mit den Personen der jeweiligen Befragungsebenen eingesetzt zu werden.

Der beispielhaft erarbeitete Fragebogen bezieht die weiter vorne erläuterten Eigenschaften aus den Bereichen ein, die für eine stationäre Altenhilfe von Bedeutung sind: Sowohl aus den *Funktionsbereichen* Wohnen, Reinigungshygiene, Wäscheversorgung, Verpflegung, ganzheitliche Pflege als auch aus den *Faktorbereichen* Geld-, Personal- Material- und Anlagenwirtschaft. Die Unterteilung der Fragen zu den Funktions- und Faktorbereichen erfolgt in die sieben beschriebenen Leistungskategorien (1 = Sicherheit, 2 = Gesundheit, 3 = Aktivität, 4 = Kommunikation, 5 = Information, 6 = Selbstbild sowie 7 = Atmosphäre und Ästhetik).

Um die individuelle Beurteilung der Pflegequalität der drei am Pflegeprozess beteiligten Personengruppen darstellen zu können, wird eine Bewertungsskala mit der Gewichtung 4 = immer, 3 = meistens, 2 = selten, 1 = nie gebildet. Die *Bewertung durch den Bewohner* erfährt im Verhältnis zur Betriebsleitung und zu den Mitarbeitern eine *zweifache Gewichtung*, um dessen Stellenwert in der Ergebnisqualität zu stärken.

Zur Verdeutlichung der Ausführlichkeit der Erfassung des Pflegequalitätswertes dient folgende Darstellung eines möglichen Fragebogens.

---

<sup>381</sup> Je höher die Standardisierungsform des Interviews, umso eher bewegt man sich im quantitativen Bereich und umgekehrt, das heißt, je weniger standardisiert, umso eher handelt es sich um eine qualitative Methode. Vgl. Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004), S. 39 und Atteslander, Peter (2003), S. 159.

**Gewichtung: Folgende Aussagen treffen zu: 4 = immer, 3 = meistens, 2 = selten, 1 = nie**

	4	3	2	1
<b>Bereich Wohnen:</b>				
1. Das Eigentum der Bewohner wird geschützt				
2. Der persönliche und gemeinschaftliche Wohnbereich ist gepflegt, bequem und je nach individueller Hilfeleistung ausgestattet				
3. Es gibt Räumlichkeiten zur Ausübung von Hobbys und individueller Freizeitgestaltung				
4. Räume und Einrichtung fördern die Kommunikation				
5. Es besteht Zugang zu Medien (TV, Zeitung, Internet)				
Es gibt Informationen über das Leistungsangebot				
6. Es besteht die Wahlmöglichkeit von Einrichtungen				
Es besteht die Möglichkeit des Rückzugs				
7. Die Atmosphäre des Hauses ist wohltuend und einladend				
Die Mitarbeiter haben ein angemessenes und ansprechendes Erscheinungsbild				
<b>Gebäudereinigung:</b>				
1. Es wird regelmäßig gereinigt				
2. Die Abfalleimer sind regelmäßig geleert				
3. Bewohner können auf Wunsch selbst reinigen				
4. Das Reinigungspersonal geht mit den Bewohnern gut um				
5. Die Mitarbeiter können über Reinigungsmittel Auskunft geben				
6. Reinigungskräfte akzeptieren die Privatsphäre, z.B. klopfen an				
7. Es gibt keine unangenehmen Gerüche im Schlaf- und Aufenthaltsbereich				
<b>Wäscheversorgung:</b>				
1. Die Wäsche wird regelmäßig gewechselt				
Die Bewohner erhalten ihre eigene Wäsche zurück				
2. Geeignete und trockene Wäsche, um Wundliegen zu vermeiden				
3. Die Bewohner können auf Wunsch selbst waschen und haben Zugang zu Wasch- und Trockenmöglichkeit				
4. Es besteht die Möglichkeit, in den Wasch- und Nähraum zu gehen und mit dem Personal zu sprechen				
5. Die Bewohner wissen über die Waschorganisation Bescheid				
6. Die Bewohner können ihre Wäsche nach ihren eigenen Vorstellungen nutzen				

7. Die Wäsche hat nach dem Waschen eine angenehme Duftnote und Optik				
<b>Verpflegung</b>				
1. Die Mahlzeiten werden regelmäßig zu den angemessenen Zeiten angeboten				
2. Das Angebot des Essens ist nährstoffgerecht				
Das Essen wird individuell portioniert				
Das Essen ist nur im Bedarfsfall püriert				
Es wird für ausreichendes Trinken gesorgt (evtl. Hilfestellung)				
3. Die Essensausgabe richtet sich nach der Mobilität der Bewohner				
Es wird nicht aus Zeitmangel Essen eingegeben, sondern selbständiges Essen gefördert				
4. Bewohner sind beim Essen sozial eingebunden, z.B. Gespräche mit Mitarbeitern, Angehörige				
5. Die Bewohner sind über das Wahlangebot der Speisen informiert				
6. Das Essen stimmt mit der religiösen oder kulturellen Vorgabe überein				
7. Das Essen ist ansprechend angerichtet				
<b>Pflege</b>				
1. Die Pflegezeiten, die den persönlichen zeitlichen Bedürfnissen entsprechen (z.B. Morgentoilette), werden eingehalten				
Die Pflegewünsche der Bewohner werden berücksichtigt z.B. Bobath-Konzept				
Pfleger/Ärzte sind im Bedarfsfall 24 h zur Verfügung				
Es stehen ausreichend Mitarbeiter in der Intensiv-Pflege zur Verfügung, z.B. beim Heben, Drehen				
Es stehen ausreichende Pflegehilfsmittel zur Verfügung (Bsp. Rollstühle, Lifter, Hubwannen, Gehhilfen)				
Es ist auf Barrierefreiheit geachtet (keine großen Stufen, Haltegriffe)				
2. Die Bewohner werden laufend beobachtet (Aussehen, Vitalwerte, präventive Maßnahmen z.B. gegen Wundliegen, Soor, Harnwegsinfekte)				
Es wird auf psychische Stabilität geachtet (Depressionen, Aggressionen)				
Es gibt präventive Maßnahmen, z. B. Orientierungs- und Konzentrationstraining				
3. Es wird die Bereitschaft zur Mitarbeit geweckt, z. B. bei Morgentoilette, Anregung zu Basteln, Malen				
4. Es gibt es die Möglichkeit des Gesprächs zwischen Bewohnern und Mitarbeitern bzw. weiteren Bewohnern				

Es gibt Veranstaltungen im Heim				
Es gibt Fahrgelegenheit zu externen Veranstaltungen				
5. Bewohner und Angehörige sind über den Gesundheitszustand informiert				
Es werden im Tagesablauf zur Orientierung bestimmte Fixpunkte erfasst				
6. Die Privatsphäre und Intimität ist gewahrt, z.B. Anklopfen durch Mitarbeiter, räumliche Abtrennung bei Intimpflege				
Für seelischen Beistand und Sterbebegleitung ist gesorgt				
7. Die Bewohner fühlt sich wohl durch ansprechende Umgebung (Raum, Personal, bedarfsgerechte Reinigung...)				
<b>Geldwirtschaft:</b>				
Das Leistungsangebot der Einrichtung wird aufgrund der finanziellen Sicherheit des Heimes gewährleistet Verfügungsgeld (Taschengeld) wird ordnungsgemäß verwendet bzw. verwahrt				
<b>Personalwirtschaft:</b>				
z.B. die Mitarbeiter sind qualifiziert und regelmäßig geschult Die Mitarbeiter sind zeitlich bedarfsgerecht verfügbar				
<b>Materialwirtschaft:</b>				
Lebensmittel: einwandfrei, Abwechslung, optimale Nährstoffdichte Wäsche: schwer entflammbar, entsprechen den Hygienebedingungen, sollen Wundliegen vermeiden Möbel: sichere Möbel und Hausgeräte (seniorengerecht) Putzmittel: Schutz vor Verätzungen				
<b>Anlagenwirtschaft:</b>				
Anlage ist verkehrssicher und gesicher				

Tab. IV-4: Befragungsmöglichkeit zur Erfassung des Pflegequalitätswertes<sup>382</sup>

Zur weitergehenden Erläuterung wird nun beispielhaft ein Teilaspekt herangezogen, hier der Leistungsbereich „Verpflegung“ in Bezug auf die einzelnen Leistungsmerkmale – Sicherheit, Gesundheit, Aktivität, Kommunikation, Information, Selbstbild und Atmosphäre/Ästhetik. Mit dieser Verknüpfung wird deutlich, dass neben dem Grundbedürfnis nach Essensaufnahme vielfältige weitergehende Bedürfnisse mit einbezogen werden, wie

<sup>382</sup> Eigene Entwicklung in Anlehnung an Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993), S. 10 ff.

- das Bedürfnis des Bewohners nach Sicherheit, etwa durch regelmäßige Essenszeiten oder durch die optimale Zusammensetzung des Menüs für das eigene Krankheitsbild,
- das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, zum Beispiel durch eine gemeinsame Essensaufnahme mit anderen Bewohnern (im stationären Bereich) oder mit der Familie (im ambulanten Bereich),
- das Bedürfnis nach Wertschätzung, insbesondere durch die Beachtung von eigenen Vorlieben bei der Speisenauswahl oder der Essensumgebung, sowie durch mögliche Unterstützung bei der Essensaufnahme,
- das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, zum Beispiel durch eine eigene Wahl des Menüs.

Diese Verknüpfung wird auch den Funktionsbereichen eines hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs gerecht, beispielsweise der Sozialisationsfunktion in Form des kommunikativen Aspektes. Die generative Funktion wird deutlich, wenn während der Nahrungsaufnahme (oder vielleicht schon bei der Zubereitung, sollte die Möglichkeit dazu bestehen) Werte und persönliche Einstellungen an Kinder, Enkel oder auch jüngere Mitarbeiter weitervermittelt werden können. Sollte eine Eingriffsmöglichkeit im Einkauf bestehen, etwa durch die Wahl bestimmter Lebensmittel, wie Bio-Angebote, so kann auch die politische Funktion zur Wirkung kommen, da der alte Mensch durch sein Nachfrageverhalten eventuell Einfluss auf diesen Markt nehmen kann. Die ökonomische Funktion verdeutlicht sich zum Beispiel in der Nachfrage nach Unterstützungsleistungen, die vom Bewohner gegen Entgelt einzeln dazu erworben werden.

Ein daraus abgeleitetes Bewertungssystem (siehe Tab. IV-5) sollte sich aus der Beurteilung des gewichteten Ergebnisses aus der Sicht der an der Versorgung beteiligten Personengruppen herleiten. Auf diese Weise werden alle drei Qualitätsaspekte, das heißt Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, in Kombination mit den Funktions- und Faktorbereichen sowie den vorausgesetzten Leistungsmerkmalen abgebildet.

	Bewertung durch	Be- wohner	Einrich- tungslei- tung	Mit- ar- beiter	
<b>Pflegequalitäts-Standard</b>	<b>In Bezug auf die Leistungsmerkmale</b>	<b>Wertung 4 bis 1, Gewichtung zweifach</b>	<b>Wertung 4 bis 1, Gewichtung einfach</b>	<b>Wertung 4 bis 1, Gewichtung einfach</b>	<b>Pflegequalitätswert „Verpflegung“ <math>PQ_V</math></b>
Bewohner erhalten regelmäßig ihre Mahlzeiten zu angemessenen Zeiten	1 = Sicherheit	$2WB_{V1}$	$WE_{V1}$	$WM_{V1}$	$PQ_{V1} = \frac{2WB_{V1} + WE_{V1} + WM_{V1}}{4}$
Bewohner sind ernährungsphysiologisch richtig ernährt	2 = Gesundheit	$2WB_{V2}$	$WE_{V2}$	$WM_{V2}$	$PQ_{V2} = \frac{2WB_{V2} + WE_{V2} + WM_{V2}}{4}$
Bewohner sind mobil/ erlangen ihre Mobilität wieder	3 = Aktivität	$2WB_{V3}$	$WE_{V3}$	$WM_{V3}$	$PQ_{V3} = \frac{2WB_{V3} + WE_{V3} + WM_{V3}}{4}$
Bewohner fühlen sich sozial eingebunden	4 = Kommunikation	$2WB_{V4}$	$WE_{V4}$	$WM_{V4}$	$PQ_{V4} = \frac{2WB_{V4} + WE_{V4} + WM_{V4}}{4}$
Bewohner sind über Ernährungsfragen informiert	5 = Information	$2WB_{V5}$	$WE_{V5}$	$WM_{V5}$	$PQ_{V5} = \frac{2WB_{V5} + WE_{V5} + WM_{V5}}{4}$
Bewohner fühlen sich mit ihren Wertvorstellungen als Person akzeptiert	6 = Selbstbild	$2WB_{V6}$	$WE_{V6}$	$WM_{V6}$	$PQ_{V6} = \frac{2WB_{V6} + WE_{V6} + WM_{V6}}{4}$
Bewohner empfinden Freude am Essen	7 = Atmosphäre	$2WB_{V7}$	$WE_{V7}$	$WM_{V7}$	$PQ_{V7} = \frac{2WB_{V7} + WE_{V7} + WM_{V7}}{4}$
$PQ_V$					$PQ_V = \sum_{n=1}^7 \frac{PQ_{Vn}}{7}$

Tab. IV-5: Berechnung des Pflegequalitätswertes (PQ) für den Leistungsbereich „Verpflegung“ (V)

Analog dazu sollte zu den anderen Leistungsbereichen Wohnen, Reinigungshygiene, Wäscheversorgung und Pflege der jeweilige Pflegequalitätswert berechnet werden. Die faktorbezogenen Bereiche Geld-, Personal-, Material- und Anlagenwirtschaft (GPMA) dienen vor allem als strukturelle Voraussetzung für die genannten Leistungsbereiche und werden zu einem Pflegequalitätsstandard zusammengefasst.

Aus der Summe aller Einzelqualitätswerte ergibt sich ein Gesamtwert zur Pflegequalität (PQW), wie aus Abb. IV-4 ersichtlich. Je höher der Wert, umso besser die Qualität.

$$PQW = \frac{PQ_V + PQ_{Wo} + PQ_R + PQ_{Wä} + PQ_{Pf} + PQ_{GPMA}}{6}$$

PQW = Gesamt-Pflegequalitätswert  
PQ = Pflegequalität  
V = Bereich Verpflegung  
Wo = Bereich Wohnen  
R = Bereich Reinigungshygiene  
Wä = Bereich Wäscheversorgung  
Pf = Bereich Pflege  
GPMA = Bereich Geld-, Personal-, Material-, Anlagenwirtschaft

Abb. IV-4: Errechnung des Gesamtpflegequalitätswertes

Die Bildung des Pflegequalitätswertes beschreibt eine idealtypische Konstruktion, die als heuristisches Modell verstanden werden muss. Die Umsetzung des Modells führt dann zu einem guten Ergebnis, wenn die Tatsache Berücksichtigung findet, dass die Fähigkeit zur Beurteilung aller Faktoren nicht bei allen Befragten (Bewohner, Mitarbeiter, Einrichtungsleitung) in vollkommener Art und Weise gewährleistet werden kann. Deutlich wird dies beispielsweise im Bereich der Geld-, Personal-, Material- und Anlagenwirtschaft, den insbesondere die Einrichtungsleitung beurteilen kann. Dem Bewohner, der in der Regel keinen Einblick in solch strukturelle Gegebenheiten hat, sind diesbezüglich Grenzen gesetzt.

Dennoch können sowohl die Einzelwertung der Leistungsbereiche als auch der Gesamtwert zur bewohnerorientierten Pflegequalität nachvollziehbare Aussagen über die Güte der Einrichtung liefern und spiegeln aufgrund eines gut zu begreifenden Notensystems eine messbare Pflegequalität wider.

Der bewohnerorientierte Pflegequalitätswert sollte in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe, um längerfristig eine Aussage über die Pflegequalität beziehungsweise zur Erhöhung der Pflegequalität treffen zu können, mehrfach über längere Zeiträume hinweg ermittelt werden. Erst nach dauerhafter und wiederholter Erfassung kann mit der Varianz der Benotung eine bessere oder schlechtere Beurteilung der Pflegequalität stattfinden beziehungsweise eine repräsentative Darstellung erfolgen.

Mit der Erhebung des bewohnerorientierten Pflegequalitätswertes wird die Möglichkeit eröffnet, sowohl einen Überblick über mehrere individuelle Einzel-Ansichten (Bewohner, Mitarbeiter, Einrichtungsleitung) als auch einen Gesamttrend zur Pflegequalität über einige Jahre hinweg zu erhalten. Zugleich sollte der individuelle Pflegequalitätswert bei der Bewohnerakte aufbewahrt werden. Auf diese Weise kann eine Ergänzung des individuellen Beschwerdemanagements durchgeführt werden, während gleichzeitig eine Einschätzung der Pflegequalität geschieht.

Da auch Mitarbeiter zur Pflegequalität befragt werden, bietet sich mit der Erfassung des PQW die Möglichkeit, Mitarbeitergespräche zu führen, die motivierend auf die Mitarbeiter wirken können, da deren Meinung als maßgeblich zur Beurteilung der Pflegequalität eingestuft wird. Eine gleichzeitige Einbindung der Heimleitung bietet die Gelegenheit, das eigene Management immer wieder zu überdenken.

Am vergleichsweise einfachsten ist die Ermittlung des Pflegequalitätswertes bei Bewohnern ohne Pflegestufe beziehungsweise bei Bewohnern in der Pflegestufe I durchzuführen. Aufgrund deren geringen Pflegebedürftigkeit sind diese sehr gut in der Lage, Fragen zur Pflegequalität zu beantworten. Bei Bewohnern der Pflegestufen II und III hingegen muss die Erhebung mit steigender Pflegebedürftigkeit zunehmend schwierig eingeschätzt werden, weshalb hier zu empfehlen ist, die Angehörigen zusammen mit

den Bewohnern zu befragen. Gleiches gilt für Pflegestufe 0, die insbesondere bei älteren Menschen mit demenziellen Erkrankungen vorgesehen ist.

Dennoch muss, wie bei allen anderen Zufriedenheitsbefragungen auch, bei der Messung des bewohnerorientierten Pflegequalitätswertes beachtet werden, dass das subjektive Empfinden, wie bereits vorher im Zusammenhang mit der Messung der eigenen Wohlfahrtsposition dargestellt, häufig nicht mit objektiv messbaren Umständen übereinstimmt. Dieses Phänomen trifft jedoch sämtliche Untersuchungen, die über eine Befragung zur eigenen Einschätzung oder zur Zufriedenheit vorgenommen werden. Neben der Zufriedenheitsmessung müssen objektivierbare Größen, die beispielsweise den Status zum Gewicht, zur Flüssigkeitszu- und -abfuhr, zum Dekubitus oder ähnliches darlegen, ergänzend den Status des Bewohners aufzeigen.<sup>383</sup>

## (2) Integration eines monetären Streckfaktors zur Komplettierung der Bewertung von Pflegequalität

Ein zu vertiefender Aspekt besteht in der Bedeutung der finanziellen Situation des Bewohners im Kontext bewohnerorientierter Pflegequalität. Wie aus den Ausführungen vorgelagerter Kapitel zu den möglichen Budgets in der Nacherwerbsphase, den entstehenden Pflegekosten und der zunehmend erkennbaren unternehmerischen Ausrichtung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben ergänzend zum Bedarfsdeckungsziel erkennbar wurde, findet eine zunehmende Ökonomisierung der Pflege, einhergehend mit Auswirkungen auf die Pflegequalität statt.

Es wurde bereits ausgeführt, dass das Leistungsangebot von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben mindestens notwendige Leistungen beinhalten sollte beziehungsweise darüber hinausgehend hinreichende Leistungen vorhalten kann. Unter den notwendigen Leistungen werden insbesondere die Regenerationsfunktionen subsu-

---

<sup>383</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen zu gesetzlichen Vorgaben des SGB XI in Kapitel V.A.1.b) Konkretisierung von Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe im XI. Sozialgesetzbuch, S. 172 ff. und in Kapitel V.A.1.c) Umsetzung der gesetzlich determinierten Qualitätsprüfungen Umsetzung der gesetzlich determinierten Qualitätsprüfungen: Chance für eine Einführung bewohnerorientierter Pflegequalität unter Integration eines monetären Streckfaktors, S. 175 ff.

miert, das heißt Grundpflege und eine Basisversorgung im hauswirtschaftlichen Bereich gemäß SGB XI.

Es wird, wie vorne beschrieben, angenommen, dass jeder einzelne *Funktions- und Faktorbereich* für sich jeweils Einfluss auf die gesamte bewohnerorientierte Pflegequalität nimmt. Dem Bewohner steht also ein Bündel an Leistungen zur Verfügung, für dessen Erhalt ein bestimmtes Budget aus Beiträgen der Pflegeversicherung zuzüglich selbst zu leistender Entgelte eingesetzt wird.<sup>384</sup> Der Pflegeversicherungsbeitrag zieht keine individuelle Erhöhung der Pflegequalität zur gesetzlich vorgegebenen Grundpflege nach sich und wird bei den folgenden Annahmen vorausgesetzt. Das eigene Entgelt hingegen kann die Pflegequalität über das Maß der Grundpflege hinaus erhöhen.

Aus ökonomischer Sicht ergibt sich für das über den Pflegeversicherungsbeitrag hinausgehende Entgelt zur Nachfrage für weitergehende Leistungen zu definierten Preisen durch den Bewohner folgende Budgetgleichung:<sup>385</sup>

$$c_{\text{Bewohner}} = p_1 \cdot x_1 + \dots + p_6 \cdot x_6 \leq e$$

wobei  $c$  = Konsumausgaben,  $p$  = Preis,  $x$  = Leistung,  $e$  = Einkommen  
Leistungsangebote: 1 = Wohnen, 2 = Reinigungshygiene, 3 = Wäscheversorgung, 4 = Verpflegung, 5 = ganzheitliche Pflege, 6 = Geld-, Personal- Material- und Anlagenwirtschaft (GPMA).

Wird das gesamte Einkommen zu Konsumzwecken, in diesem Fall für die Pflege, verausgabt, so muss die Summe der Ausgaben für Güterkäufe mit dem zur Verfügung stehenden Einkommen gleich sein. „In der Realität kann durch Ersparnis, Kreditauf-

---

<sup>384</sup> Über einen Teil der Verwendung der *Beiträge* aus der Pflegeversicherung kann ein Bewohner im *ambulanten* Bereich zum Teil selbst entscheiden, die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Stufe der Pflegebedürftigkeit. Im *stationären* Bereich hingegen werden die Beiträge über die Vertragspartner (Einrichtung und Versicherungsträger) verrechnet. Das eigene *Entgelt* für zusätzliche Leistungen richtet sich nach den persönlichen Einkommensverhältnissen des Bewohners. Vgl. SGB XI.

<sup>385</sup> In Anlehnung an Gawel, Erik (2009), S. 120 f.

nahme oder Auflösen von Vermögen (sog. *Entsparen*) zwischen Einkommen  $e$  und Konsumausgaben  $c$  eine Differenz bestehen.<sup>386</sup>

Es wird als Ziel festgelegt, dass ein Bewohner seine Pflegequalität individuell erhöhen kann, wenn er sowohl einzelne als auch alle zusätzlichen Leistungen der Bereiche 1 bis 6 nachfragt. Der vom Bewohner bezahlte Preis kann Einfluss auf den individuellen Nutzen, das heißt die erlebte Pflegequalität nehmen. Je nach Finanzkraft kann der monetäre Einfluss unterschiedlich ausfallen.

Für eine abgestufte Bewertung von bewohnerorientierter Pflegequalität wird daraus folgend eine zusätzliche Größe eingefügt, die für diese Arbeit als „monetärer Streckfaktor“ =  $m$  definiert wird. *Der monetäre Einfluss wird vom Bewohner ausgeübt, weshalb dieser Streckfaktor ausschließlich in die Bewohnerwertung aufgenommen wird.*

Eingesetzt in die vorher vorgenommene Bildung des Pflegequalitätswertes ergibt sich beispielsweise für den Bereich „Verpflegung“:

$$PQ_v = \frac{m \cdot 2WB_{v1} + WE_{v1} + WM_{v1}}{4} + \dots + \frac{m \cdot 2WB_{v7} + WE_{v7} + WM_{v7}}{4}$$

wobei      PQ = Pflegequalität  
               V = Verpflegung  
               m = monetärer Streckfaktor  
               W = Wertung  
               B = Bewohner  
               E = Einrichtungsleitung  
               M = Mitarbeiter  
               Leistungskategorien: (1 = Sicherheit, 2 = Gesundheit, 3 = Aktivität, 4 = Kommunikation, 5 = Information, 6 = Selbstbild sowie 7 = Atmosphäre und Ästhetik)

Alle anderen Funktions- und Faktorbereiche [Wohnen, Reinigungshygiene, Wäscheversorgung, ganzheitliche Pflege, Geld-, Personal- Material- und Anlagenwirtschaft (GPMA)] können ebenfalls um den monetären Streckfaktor erweitert werden. Analog zur vorherigen Darstellung wird dann der Gesamtpflegequalitätswert PQW zusammengefügt.

<sup>386</sup> Gawel, Erik (2009), S. 121.

Der monetäre Streckfaktor zur Bewertung der Pflegequalität bewirkt, dass die Zufriedenheit des Bewohners noch stärker in die Gesamtbewertung einwirkt, je mehr Entgelt er einfließen lässt. Auch hier gilt: Je höher der Pflegequalitätswert, umso höher die Zufriedenheit mit der erlebten Qualität. Im umgekehrten Fall bedeutet das, je unzufriedener der Bewohner mit der Pflegequalität ist, umso schlechter wird der Gesamtpflegequalitätswert ausfallen. Daraus generiert sich eine Einstufung für einen vom Bewohner zu definierenden Qualitätsanspruch in folgende Qualitätsstufen:

- Eine Grundqualität der vom Gesetzgeber vorgegebenen notwendigen Leistungen erhält den monetären Streckfaktor 1 und damit keinen über das vorgenannte hinausgehende Maß der zweifachen Bewertung zur bewohnerorientierten Pflegequalität. Dieser Qualitätsanspruch wird mit dem Begriff „Basispflegequalität“ umrissen und wird an Einrichtungen des Typs C gestellt.
- Ein Qualitätsangebot, das in einem begrenzten Maß über die notwendigen Leistungen hinausgeht (Einrichtung Typ B), wird als „gehobene Pflegequalität“ definiert und erhält für die Bewertung durch den Bewohner beispielsweise den doppelten monetären Streckfaktor 2.
- Ein Angebot, das weit über das gesetzliche Maß an notwendigen Leistungen hinausgeht, wird als „Premiumpflegequalität“ bezeichnet. Die Bewertung durch den Bewohner erfährt beispielsweise den monetären Streckfaktor 3.
- Angebote, die unterhalb des als notwendig gesehenen Anspruchs an Pflegequalität liegen, fallen aus dem gesetzlichen Rahmen heraus und werden nicht in das Bewertungsschema mit aufgenommen.

Abb. IV-5 zeigt den Zusammenhang zwischen den einzelnen Qualitätsstufen und den in die Bewertung von Pflegequalität einfließenden monetären Streckfaktor des Bewohners auf.

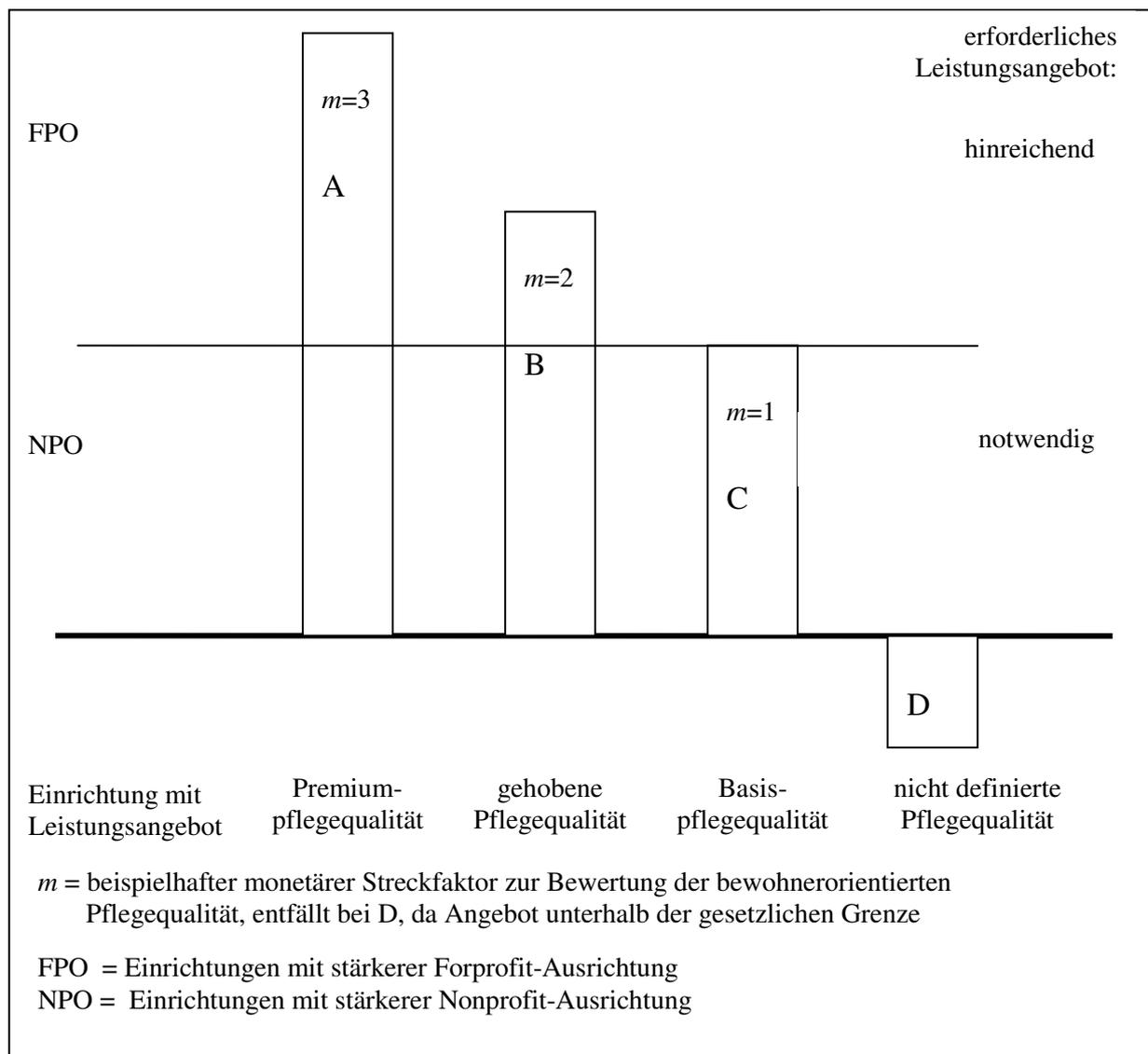


Abb. IV-5: Einfluss eines beispielhaften monetären Streckfaktors auf die Pflegequalität in der Altenhilfe

Inwiefern derzeit gängige Qualitätssicherungsmechanismen in der ambulanten und stationären Altenhilfe diese definierte bewohnerorientierten Pflegequalität zu sichern und bewerten vermögen, wird Gegenstand des folgenden Abschnittes sein.

## **V. Erweiterungspotential bestehender Qualitätssicherungsmechanismen durch bewohnerorientierte Pflegequalität unter Einbeziehung des monetären Streckfaktors**

In der Altenhilfe existieren seit einigen Jahren unterschiedliche Ansätze, Qualitätssicherungsmechanismen umzusetzen. Damit wurde dem gesellschaftlichen Konsens Rechnung getragen, dass alte und pflegebedürftige Menschen eines besonderen Schutzes bedürfen. Aufgrund der Sozialgesetzgebung erlangt dieser Personenkreis aus eigenem Recht ein zu definierendes Maß an Pflegequalität, da über einen gewissen Zeitraum Beiträge von den Versicherten in das pflegespezifische gesetzliche Sozialversicherungssystem geleistet wurden.

Zur Sicherung der Qualität in der Pflege etablierten sich neben gesetzlich verankerten Qualitätssicherungsmechanismen in den vergangenen Jahren unterschiedliche Vorgehensweisen, Pflegequalität in spezifische Managementsysteme freiwillig einzubinden. Dies erfolgte insbesondere unter dem Aspekt, dass in der Öffentlichkeit verstärkt Diskussionen über Pflegemissstände geführt wurden,<sup>387</sup> was zu einem erheblichen Imageproblem von Altenhilfeeinrichtungen führte.

Innerhalb des ersten Abschnitts dieses Kapitels werden gesetzliche und freiwillige, zertifizierte Qualitätssicherungsmechanismen, wie sie derzeit bestehen, abgegrenzt und in den Kontext bewohnerorientierter Pflegequalität einschließlich monetärer Aspekte, wie sie weiter vorne definiert wurde, gesetzt. Zusätzlich wird eine für diese Arbeit umgesetzte Fallstudie zum Nutzen zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme in der Altenhilfe aufgezeigt. Der zweite Abschnitt beinhaltet schlussfolgernde Bewertungen gesetzlicher und freiwilliger Qualitätssicherungsmechanismen und stellt bewohnerorientierte Pflegequalität mit integriertem monetären Streckfaktor in diesen Zusammenhang. Ein Ausblick in Thesen auf die Zukunft einer Operationalisierung von bewohnerorientierter Pflegequalität schließt den zweiten Abschnitt ab.

---

<sup>387</sup> Vgl. beispielhaft Breitscheidel, Markus (2007), S. 3 ff und Bohsem, Guido (2011), S. 1.

## **A. Qualitätssicherungsmaßnahmen aufgrund der Gesetzeslage und mithilfe ergänzender freiwilliger Zertifizierungen in der Altenhilfe**

Qualitätssicherung in der Altenhilfe basiert in erster Linie auf gesetzlichen Grundlagen. Hier bestehen Möglichkeiten, die weiter oben neu definierte bewohnerorientierte Pflegequalität einschließlich des monetären Streckfaktors zu integrieren, wie im Verlauf des ersten Kapitels verdeutlicht wird. Freiwillige Zertifizierungen können die gesetzliche Basis ergänzen und werden im zweiten Kapitel sowohl anhand von Literaturstudien als auch im Rahmen einer Fallanalyse weitergehend untersucht.

### **1. Gesetzlich determinierte Qualitätssicherung in der Altenhilfe: Chancen für eine Integration bewohnerorientierter Pflegequalität unter Einbeziehung eines monetären Streckfaktors**

Der Gesetzgeber billigt, wie erwähnt, der Sicherung von Pflegequalität eine hohe Bedeutung zu, da hier das Ziel der Leistungserstellung der hilfs- beziehungsweise pflegebedürftige Mensch ist, der Unterstützungsleistungen aus eigenem Recht erhält. Im Zusammenhang mit einem zu bestimmenden Maß an Pflegequalität kristallisieren sich zwei wesentliche Gesetze heraus: Ein Gesetz der grundsätzlicheren Art stellt das Heimgesetz dar, während mit Einführung des XI. Sozialgesetzbuch, dem Pflegeversicherungsgesetz, explizite Vorgaben in Bezug auf durchzuführende Qualitätssicherungsmechanismen bestehen. Diese beiden Gesetze werden einer näheren Betrachtung unterzogen. Daran anschließend wird eine mögliche Beeinflussung von gesetzlich determinierter Qualität durch Integration monetärer Ressourcen von Bewohnern vorgenommen.

a) Regelung grundsätzlicher Erfordernisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Heimgesetz

Als eines der ersten Gesetze in Bezug auf eine Qualitätssicherung<sup>388</sup> in der Altenhilfe kann das Heimgesetz angesehen werden. Verabschiedet im Jahr 1974 gilt es heute noch für stationäre Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen, pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten.<sup>389</sup>

Mit diesem Gesetz wird der gesellschaftliche Anspruch verankert, schützenswerten Gruppierungen eine besondere Beachtung zukommen zu lassen. In einem Bericht zur Thematik Alter und Gesellschaft stellte die Bundesregierung im Jahr 2001 fest:

„Es ist also eine Minderheit der über 65-jährigen Personen, die im Heim wohnen muss oder wohnen will, doch diese Minderheit verdient politisch und gesellschaftlich höchste Aufmerksamkeit, da es sich überwiegend um eine Personengruppe handelt, die des besonderen Schutzes bedarf [...].“<sup>390</sup>

Das Heimgesetz bildet die Grundlage für eine stationäre Versorgung außerhalb von Krankenhäusern der in §1 Absatz 1 genannten Personengruppen und regelt vor allem grundsätzliche strukturelle und vertragliche Anforderungen an stationäre Altenhilfeeinrichtungen. Auch die Überwachung der Vertragseinhaltung durch die zuständigen Behörden und Ämter ist hier prinzipiell festgelegt. Ebenso regelt das Heimgesetz, dass

---

<sup>388</sup> In diesem Zusammenhang sei angeführt, dass hier ein Problem der Wortdeutungen von „Qualitätsmanagement“ und „Qualitätssicherung“ auftaucht, die in Literatur und Gesetzgebung häufig synonym verwendet werden, jedoch unterschiedliche Inhalte aufweisen: *Qualitätsmanagement* subsumiert alle Tätigkeiten des *Managements* zur Festlegung der Qualitätspolitik, der Qualitätsziele und der qualitätsrelevanten Verantwortungen. Verwirklicht wird das Qualitätsmanagement unter Beachtung von Wirtschaftlichkeitsaspekten durch die Tätigkeitsbereiche wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsdarlegung sowie Qualitätsverbesserung. Qualitätsmanagement obliegt der Verantwortung aller Ausführungsebenen, muss jedoch von der Einrichtungsleitung angeführt werden. Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995b), S. 15. *Qualitätssicherung* im engeren Sinne stellt einen Teilbereich des Qualitätsmanagements dar. Im Sinne von „Sicherung der Qualität“ kann aber auch der gesamte Prozess zur Erstellung einer qualitativ hochwertigen (oder auch minderwertigen!) Dienstleistung betrachtet werden. Qualitätsmanagement beinhaltet deshalb sowohl strategische als auch operative Mittel, wohingegen Qualitätssicherung ausschließlich operativ anzusiedeln ist.

<sup>389</sup> Vgl. § 1 Abs. 1 HeimG.

<sup>390</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2001), S. 124.

eine stationäre Altenhilfeeinrichtung nur betrieben werden darf, wenn ein Qualitätsmanagement umgesetzt wurde.<sup>391</sup>

Für eine Qualitätssicherung im Sinne des Heimgesetzes ist festzustellen, dass eine angemessene Art der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gesichert sein muss.<sup>392</sup> Zusätzlich soll ersichtlich werden, dass dokumentierte Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung beziehungsweise deren Ergebnisse den ordnungsgemäßen Betrieb der stationären Altenhilfeeinrichtung bekunden.<sup>393</sup>

Wie aus den Formulierungen des Heimgesetzes hervorgeht, handelt es sich bezüglich der Qualitätssicherung um grundlegende Ausführungen für den stationären Fall. Weitergehende und konkretisierende Ansätze, wie diese Maßnahmen umgesetzt werden sollen, sind hier ebenso wenig dargelegt wie Vorschriften für den ambulanten Bereich. Insbesondere mangelt es im Heimgesetz an einer expliziten Definition von Pflegequalität.

Eine Vertiefung des Sachverhaltes zur Qualitätssicherung in der Altenhilfe erfolgt durch das Pflegeversicherungsgesetz im XI. Sozialgesetzbuch. Es ist zu erwarten, dass hier weitergehende Definitionsansätze vorgenommen werden.

#### b) Konkretisierung von Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe im XI. Sozialgesetzbuch

Aus der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes mit dem XI. Sozialgesetzbuch im Jahr 1995 ergab sich ein Anspruch auf angemessene Pflege sowohl für ambulante als auch stationäre Einrichtungen der Altenhilfe aus eigenem Recht der Versicherten. Dieses mit den Versicherungsbeiträgen erworbene Recht wurde in den letzten Jahren gestärkt, zunächst im Jahr 2002 mit dem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung

---

<sup>391</sup> Vgl. § 11 Abs. 2 Punkt 4 HeimG.

<sup>392</sup> Vgl. § 11 Abs. 1 Punkt 3 HeimG.

<sup>393</sup> Vgl. § 13 Abs. 1 Punkt 8 HeimG.

des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG), erweitert durch eine Änderung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das zum 01.07.2008 in Kraft trat und zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit mit der letzten aktuellen Fassung vom 30.07.2009 gilt.<sup>394</sup>

Um als ambulante oder stationäre Altenhilfeeinrichtung zugelassen zu werden, wird es mit diesem Gesetz zur Voraussetzung, erstens ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und zweitens die erfolgreiche Umsetzung dieses Qualitätsmanagementsystems durch regelmäßige Prüfungen von unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nachzuweisen. Unabhängige Sachverständige und Prüfstellen im Sinne des Gesetzes sind ausschließlich der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen.<sup>395</sup> Bei Nichterfüllung der gesetzlichen Bestimmungen werden Fristen zur Verbesserung gesetzt, eventuell Bußgelder verhängt oder vereinbarte Pflegevergütungen gekündigt.<sup>396</sup>

Das Gesetz schreibt „die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements, das auf stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“,<sup>397</sup> vor. Gleichzeitig regelt es die Umsetzung in Qualitätssicherungsmaßnahmen folgendermaßen:

„Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren [...] gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege [...].“<sup>398</sup>

---

<sup>394</sup> Vgl. SGB XI; vgl. PQsG; vgl. PFWG.

<sup>395</sup> Vgl. § 114 und § 114 a SGB XI.

<sup>396</sup> Vgl. § 115 Abs. 2 und § 121 SGB XI.

<sup>397</sup> § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

<sup>398</sup> § 113, Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

Die erwähnten Grundsätze und Maßstäbe stellen eigene Ansprüche sowohl „an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation“,<sup>399</sup> als auch an diejenigen Personen, die die Qualität überprüfen sollen. Eine Spezifizierung erfahren diese grundsätzlichen Ausführungen durch eine verpflichtende Erarbeitung von Expertenstandards, die praxisnah unterschiedliche pflegerische Aspekte, insbesondere in medizinisch-pflegerischer Hinsicht, erfassen.<sup>400</sup> So gibt es beispielsweise Pflegestandards zur Dekubitusprophylaxe, zum ausgewogenen Ernährungsstatus, zur Kontinenzförderung oder zur Sturzprophylaxe.<sup>401</sup>

Auch hier ist ebenso wie im Heimgesetz festzustellen, dass eine Definition, was unter Pflegequalität explizit zu verstehen ist, fehlt. Hinweise auf Möglichkeiten monetärer Art durch einen Bewohner, Qualität in der Pflege zu beeinflussen, sind ebenso nicht gegeben.

Dahingegen wird eine *monetäre Bewertung von Pflegebedarfen* durch die Gesetzgebung in Form einer Einteilung in Pflegestufen, wie dies in den vorderen Kapiteln ausgeführt wurde, vorgenommen.<sup>402</sup> Zudem wird ein allmähliches Erkennen des Gesetzgebers sichtbar, dass Bewohner monetäre Spielräume in Form eines „Persönlichen Pflegebudgets“ für individuelle Pflege-Leistungen (so genannte „Care-Leistungen“) erhalten sollen:<sup>403</sup>

Mit der Zulassung einer Finanzierung von „Care-Leistungen“, die einem Pflegebedürftigen insbesondere im ambulanten Bereich alternativ beziehungsweise ergänzend zu budgetierten Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung stehen, wurde ein weiterer Begriff eingeführt: die so bezeichnete „gesamte Sorge“ um einen pflegebedürftigen Menschen. Der Begriff einer „gesamten Sorge“ impliziert eine Individualisierung von

---

<sup>399</sup> § 113, Abs. 1 Punkt 1 SGB XI.

<sup>400</sup> Vgl. § 113a SGB XI.

<sup>401</sup> Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010), S. 8 ff. Es handelt sich hier um ausgewählte Beispiele.

<sup>402</sup> Vgl. Kapitel II.B.1.c) Gesetzliche Sicherungsmechanismen bei Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung, S. 63 ff.

<sup>403</sup> Zum „Persönlichen Pflegebudget“ und den „Care-Leistungen“ siehe die Ausführungen in Kapitel II.B.1.c) Gesetzliche Sicherungsmechanismen bei Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung, S. 63 ff.

Pflegeleistungen, die über die in den Pflegestufen vorgenommenen Leistungskatalogen hinausgehen können. Durch die Einführung von „Care-Leistungen“ nimmt der Gesetzgeber eine Annäherung an eine ganzheitlichere Sichtweise von Pflegequalität vor. Dennoch wird der Begriff der „gesamten Sorge“ nicht weiter ausgeführt, so dass auch hier keine explizite Definition von Pflegequalität zu erkennen ist.<sup>404</sup> Zudem wird nicht geregelt, ob über das Gesetz hinaus gehende monetäre Spielräume, zum Beispiel in Form von persönlichen Zuzahlungen durch einen Bewohner die Pflegeleistung erhöhen könnten.

Immerhin könnte sich hier durch ein Zusammenfügen von einzelnen Pflegestandards, angelehnt an den weiter vorne beschriebenen Teilleistungsansatz<sup>405</sup>, einer Bewohnerorientierung in der Pflegequalität zumindest angenähert werden. Es liegt nahe, die Qualität der Pflegestandards durch monetäre Ressourcen des Bewohners zu beeinflussen. Inwiefern hier Möglichkeiten bestehen können, ist Gegenstand der folgenden Ausführungen.

- c) Umsetzung der gesetzlich determinierten Qualitätsprüfungen: Chance für eine Einführung bewohnerorientierter Pflegequalität unter Integration eines monetären Streckfaktors

Zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe werden Qualitätsprüfungen, die sich insbesondere auf die oben erwähnten Pflegestandards berufen, zur zwingenden Maßnahme jeder ambulanten und stationären Einrichtung. Da die Definition von Pflegequalität fehlt, müsste genau genommen von Pflegestandardprüfungen und nicht von Qualitätsprüfungen gesprochen werden.

Gesetzlich determinierte Qualitätsprüfungen wurden in den letzten Jahren stetig überarbeitet und gründen zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit auf der Fassung des

---

<sup>404</sup> Vgl. Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas (2006), S. 43.

<sup>405</sup> Vgl. Kapitel IV.A.3.a) Einfluss der Anzahl und Heterogenität von Teilleistungen auf die Dienstleistungsqualität, S. 130 ff.

SGB XI des Jahres 2009.<sup>406</sup> Mit der Einführung und Operationalisierung des Pflegeversicherungsgesetzes wurde der Qualitätssicherungsansatz nach Donabedian umgesetzt,<sup>407</sup> wie das folgende Unterkapitel (1) weiter vertieft. Nach Ausführungen in Unterkapitel (2) über den derzeitigen Stand der gesetzlichen Qualitätsprüfungen, in deren Mittelpunkt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung steht, folgen in Unterkapitel (3) Chancen einer Einführung monetärer Einflussmöglichkeiten eines Bewohners auf die Ergebnisqualität, die durch gesetzliche Prüfungen nachgewiesen werden muss.

#### (1) Anlehnung des Qualitätsanspruches an Donabedian

Eine regelmäßige Überprüfung der Anbieter ambulanter und stationärer Altenhilfe soll die erbrachte Leistung der Einrichtungen abfragen und durch Kontrolle einzuhaltender Pflegequalitätsstandards die (vom Gesetzgeber undefinierte) Pflegequalität sichern. Das SGB XI stellt dabei die Ergebnisqualität zwingend in den Vordergrund, optional können auch Strukturen und Prozesse überprüft werden.<sup>408</sup> Damit lehnt sich der Gesetzgeber an das weiter vorne ausgeführte Konzept der Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität nach Donabedian an.<sup>409</sup> Da das Konzept bereits ausführlich beschrieben wurde,<sup>410</sup> erfolgt an dieser Stelle lediglich ein kurzer Abriss der Inhalte gemäß SGB XI:<sup>411</sup>

Innerhalb der Ebene der *Strukturqualität* werden sowohl Rahmenbedingungen und Voraussetzungen dargelegt, wie beispielsweise organisatorische, pflegerische und personalpolitische Aspekte, als auch reinigungshygienische, hauswirtschaftliche und ernährungsbezogene Bedingungen erläutert. Als strukturelle Voraussetzung wird auch die Kooperation mit anderen Leistungserbringern, beispielsweise ausgelagerte Berei-

---

<sup>406</sup> Vgl. SGB XI.

<sup>407</sup> Vgl. § 114, Abs. 2 SGB XI.

<sup>408</sup> Vgl. § 114, Abs. 2 SGB XI.

<sup>409</sup> Vgl. Donabedian, Avedis (1966), S. 166 ff.

<sup>410</sup> Vgl. Kapitel IV.A.2.e) Trichotomie von Prozess-, Struktur- und Ergebnis-Qualität nach Donabedian, S. 127 ff.

<sup>411</sup> Vgl. hierzu auch Barth, Myriam (2002), S. 7 ff.

che der Wäscheversorgung, angeführt. Im Rahmen der *Prozessqualität* wird gefordert, dass das Leistungsspektrum der Einrichtungen, das auch die Pflegekonzeption, Einzugsvorbereitung und die individuelle Pflegeplanung mit einbezieht, dargelegt werden muss. Des Weiteren soll eine sachgerechte, lückenlose und kontinuierliche Pflegedokumentation ebenso erfolgen wie die Bildung von Pflegeteams und eine bewohnerorientierte Dienstplanung. Zugleich sollen außenstehende Personen berücksichtigt werden, indem beispielsweise Angehörige mit eingebunden werden und eine vernetzte Arbeit mit anderen Organisationen stattfindet, etwa dem angegliederten Hausarzt oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen. In Bezug auf die Ebene der *Ergebnisqualität* wird gefordert, dass eine Prüfung hinsichtlich einer zielorientierten und aktivierenden Pflege mit anschließender Diskussion aller an der Pflege beteiligten Personen beziehungsweise der Angehörigen des Bewohners stattfinden soll. Ebenso soll geprüft werden, ob individuelle Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners oder von dessen Angehörigen berücksichtigt wurden. Eine abschließende Stellungnahme zur Ergebnisprüfung ist ebenfalls geforderter Bestandteil im Rahmen der Ergebnisqualität.<sup>412</sup> Vertieft werden die zu Grunde gelegten Qualitätsansprüche durch eine Einteilung in Qualitätsbereiche, die wiederum durch einen Kriterienkatalog zu den Qualitätsprüfungen spezifiziert werden,<sup>413</sup> wie nachstehend weiter erläutert wird.

## (2) Prüfung von Pflegequalität sowie deren Koordination, Bewertung und Veröffentlichung

Qualitätsprüfungen werden im Gesetz vertiefend geregelt:

„Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben eine ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.“<sup>414</sup>

---

<sup>412</sup> Vgl. Barth, Myriam (2002), S. 7 ff.

<sup>413</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband usw. (2008a) (Hrsg.), S. 4; GKV-Spitzenverband usw. (2009a) (Hrsg.), S. 4.

<sup>414</sup> § 114 Abs. 1 SGB XI.

*Regelprüfungen* erfolgen mindestens einmal jährlich und unangemeldet.<sup>415</sup> Eine „Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung [...], der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung [...], der Zusatzleistungen [...], und der [...] erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken.“<sup>416</sup>

Neben den im Vergleich zu früheren Jahren engmaschigen Prüfungsrhythmen kann insbesondere die Tatsache, dass unangemeldet geprüft wird, ein aussagekräftiges Bild der überprüften Einrichtung ergeben. *Anlassprüfungen* gehen über die im Rahmen einer Regelprüfung vollzogenen Prüfmaßnahmen hinaus und umfassen vollständige Prüfungen mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität.<sup>417</sup>

Im Rahmen von Anlass- oder Regelprüfungen kann eine *Wiederholungsprüfung* veranlasst werden, „um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel [...] beseitigt worden sind.“<sup>418</sup>

Die befugten Personen beziehungsweise Institutionen, die den Prüfauftrag umsetzen, werden, wie der Gesetzgeber erläutert, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen koordiniert:

„Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag.“<sup>419</sup>

Um diesen gesetzlichen Forderungen gerecht zu werden, agieren verschiedene Institutionen der Qualitätsprüfung, wie in Abb. V-1 erkennbar, vernetzt miteinander.

---

<sup>415</sup> Vgl. § 114, Abs. 2 und § 114a Abs. 1 SGB XI.

<sup>416</sup> § 114, Abs. 2 SGB XI.

<sup>417</sup> Im Gesetz wird allerdings nicht explizit erwähnt, was unter einem „Anlass“ in diesem Zusammenhang zu verstehen ist. Vgl. § 114, Abs. 5 SGB XI. Typischerweise kann eine Beschwerde zu einer Anlassprüfung führen. Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010), S. 8.

<sup>418</sup> § 114, Abs. 5 SGB XI.

<sup>419</sup> § 114 Abs. 1 SGB XI. Im Gegensatz zur früheren Gesetzgebung ist im aktuellen SGB XI nicht mehr geregelt, wer explizit zu einer Prüfung befähigt wird.

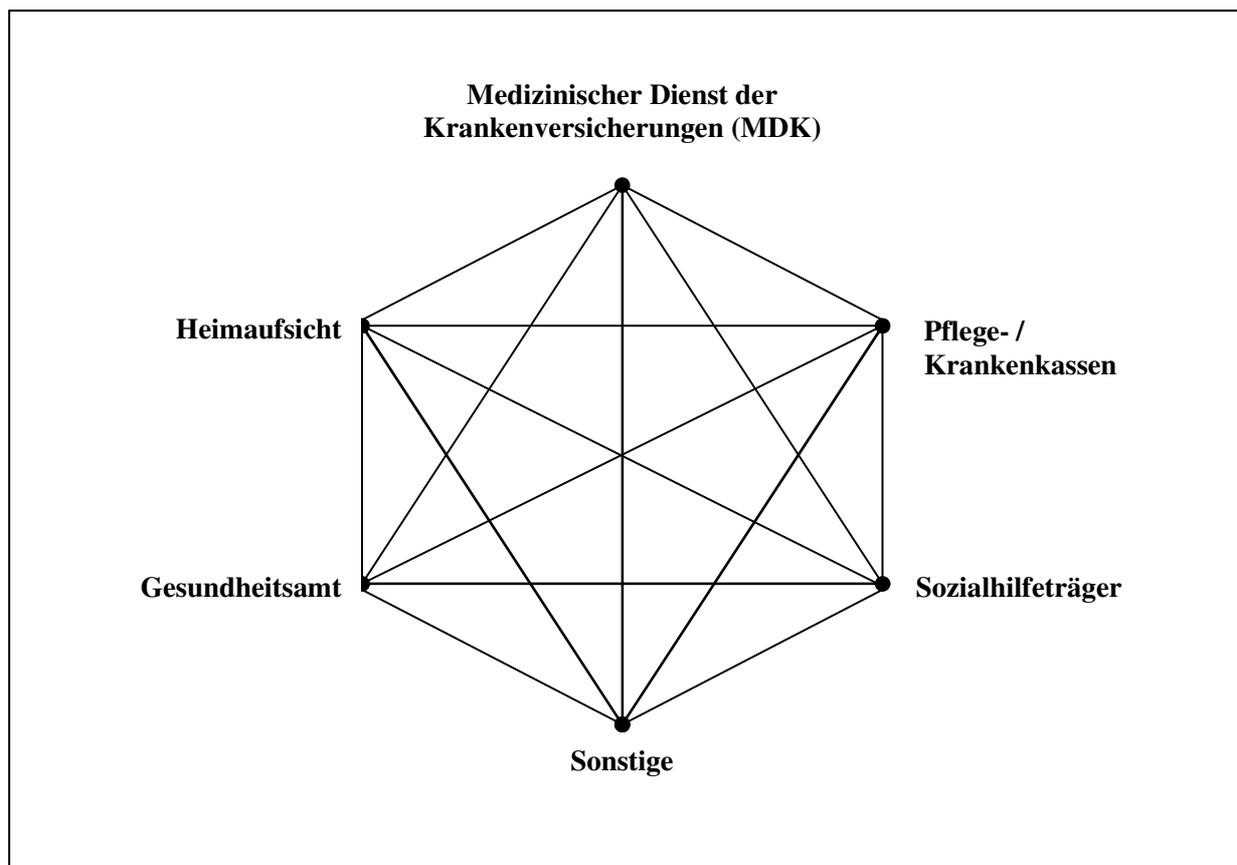


Abb. V-1: Stellung des MDK im Verhältnis zu anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen<sup>420</sup>

Eine zentrale Stellung nimmt der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) ein, der seinen gesetzlich vorgegebenen Prüfungsauftrag mit anderen Institutionen abstimmt, mögliche Kooperationen klärt und Abgrenzungen vornimmt.<sup>421</sup> Eine Koordination ist insofern von großer Bedeutung, weil hier mehrere staatliche Stellen auf verschiedenen Ebenen miteinander kommunizieren müssen. Seine zentrale Funktion wird deutlich bei der Beschreibung der Qualitätsprüfungen. Die Vernetzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen besteht zwischen den Pflege- beziehungsweise Krankenkassen, dem Sozialhilfeträger, der Heimaufsicht, dem Gesundheitsamt und anderen Partnern, beispielsweise Landratsämtern. Nach dem Heimgesetz sind insbesondere die Aufgaben der Heimaufsicht zu beachten, die zum einen den ge-

<sup>420</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2000), S. 11.

<sup>421</sup> Vgl. §§ 114, 114a und 117 SGB XI.

setzunglich verankerten Beratungs- und Aufsichtsauftrag wahrnimmt und zum anderen die Prüfung von Einrichtungen als Amtspflicht innehat.<sup>422</sup>

Aufgrund des Pflegeversicherungsgesetzes ergibt sich die Zusammenarbeit des MDK mit der Kranken- beziehungsweise Pflegekasse und dem Sozialhilfeträger aus eigenem Recht. Gesundheitsämter spielen im Rahmen der Prüfungen insoweit eine Rolle, als dass sie bei bestimmten hygienischen Mängeln hinzugezogen werden müssen. Unter sonstigen Institutionen sind etwa die Landratsämter subsumiert, die beispielsweise bei der Beurteilung von gebäudetechnischen Voraussetzungen, wie Brandschutzmaßnahmen, eigene technische Bestimmungen vorgeben.<sup>423</sup>

Der Prüfkatalog inklusive erklärender Texte zu den Fragen erweist sich als äußerst umfangreich und zugleich detailliert.<sup>424</sup> An dieser Stelle soll zwar nicht der gesamte Katalog angeführt werden, jedoch lässt ein Blick auf gefundene Qualitätsmängel seinerseits Rückschlüsse auf die umfassenden Fragen zu. Die zum Zeitpunkt der Prüfung am häufigsten vorgefundenen Qualitätsmängel sind in Tab. V-1 zusammenfassend dargestellt.

Es ist festzustellen, dass die Qualitätsprüfungen des MDK durch externe Sachverständige und Gutachter der Beurteilung der im Gesetz nicht näher spezifizierten Pflegequalität und der Ursachenanalyse von Qualitätsdefiziten dienen. Die Ergebnisqualität steht dabei im Vordergrund, wobei insbesondere die Aspekte Wirksamkeit der Leistungen, Zufriedenheit der Bewohner, Erhaltung von deren Selbständigkeit beziehungsweise von deren Gesundheitszustand und die Vermeidung von Risiken, wie zum Beispiel Dekubitus, hervorgehoben werden.

Qualitätsprüfungen können zusätzlich eine Inaugenscheinnahme und Befragungen der Beschäftigten der Einrichtungen, der Bewohner selbst, deren Betreuer und Angehöri-

---

<sup>422</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2000), S. 11 f.

<sup>423</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2000), S. 11 f.

<sup>424</sup> Die Ausführung der Prüfanleitung würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, weshalb hier auf die Quelle verwiesen wird: Medizinischer Dienst der Krankenkassen e.V. (MDK) (Hrsg.) (2005), S. 1 ff.

gen sowie der Mitglieder von heimrechtlichen Interessensvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner beinhalten. Eine Beteiligung an der Inaugenscheinnahme und an Befragungen wird freigestellt.<sup>425</sup>

<b>Rangfolge</b>	<b>Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung</b>
1	Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation
2	Dekubitusprophylaxe/ -therapie
3	Ernährung/ Flüssigkeitsversorgung
4	Führung des Dienstplanes
5	Umsetzung des Pflegekonzeptes
6	Versorgung geronto-psychiatrisch beeinträchtigter Bewohner
7	Personaleinsatzplanung
8	Inkontinenzversorgung
9	Angebot an sozialer Betreuung
10	Umgang mit Medikamenten
11	Fortbildung
12	Passivierende Pflege
13	Freiheitseinschränkende Maßnahmen
14	Personalanzahl
15	Mängel baulicher Art

Tab. V-1: Rangfolge festgestellter Qualitätsmängel in der stationären Pflege<sup>426</sup>

<sup>425</sup> Vgl. § 114a, Abs. 3 SGB XI.

<sup>426</sup> Eigene Auflistung in Anlehnung an Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004), S. 90 f. Aufgrund der Novellierung des Pflegeversicherungsgesetzes, die eine erste Berichterstattung zu den Qualitätsprüfungen zum 30. Juni 2011 forderte, kann zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit kein aktuelleres Bild der Qualitätsprüfungen geliefert werden, da die Ergebnisse der Berichterstattung noch nicht abschließend vorlagen.

Sollte eine Einrichtung über eine vergleichbare Qualitätssicherungsmaßnahme durch nicht gesetzlich vorgeschriebene Prüfungen, zum Beispiel eine Zertifizierung,<sup>427</sup> verfügen, kann der Prüfaufwand, der sich auf die Struktur- und Prozessqualität bezieht, bei der Prüfung durch den MDK reduziert werden. Voraussetzung ist, dass die Zertifizierungen den im Prüfkatalog so bezeichneten Pflegetransparentvereinbarungen (siehe nächster Absatz) entsprechen.<sup>428</sup> Dieser Aspekt erweist sich insofern als besonders relevant, da so durch freiwillige Zertifizierungsmaßnahmen unmittelbarer Einfluss auf gesetzliche Prüfungen ausgeübt wird.

Die Altenhilfeeinrichtungen werden zudem gesetzlich verpflichtet, ihre Pflegequalität transparent zu machen, das heißt, diese eingängig und für jeden zugänglich im Internet zu veröffentlichen. Umgangssprachlich als „Pflege-TÜV“ bezeichnet, beruht dies auf Pflegetransparentvereinbarungen, die sowohl für die stationäre Pflege (PTVS) als auch für die ambulante Pflege (PTVA) gelten.<sup>429</sup>

Es werden für die Erfassung der Pflegequalität gemäß SGB XI bei stationären und ambulanten Einrichtungen jeweils unterschiedliche Bereiche und Kriterien angesetzt, über ein Skalensystem bewertet und anschließend in Noten umgesetzt. Tab. V-2 zeigt Bereiche und Anzahl der Bewertungskriterien für die Pflegequalität in der Altenhilfe. Die Kriterien werden in einem komplexen Bewertungssystem mit den Noten sehr gut (1,0-1,4), gut (1,5-2,4), befriedigend (2,5-3,4) ausreichend (3,5-4,4) und mangelhaft (4,5-5,0) operationalisiert. Für jeden Qualitätsbereich wird einzeln das arithmetische Mittel gebildet und anschließend ein Gesamtwert, ebenfalls als arithmetisches Mittel erstellt.<sup>430</sup>

---

<sup>427</sup> Zertifizierungen werden im nachfolgenden Kapitel weiter ausgeführt. Vgl. Kapitel V.A.2 Ergänzung der gesetzlichen Qualitätsprüfungen durch freiwillige Zertifizierungen von Qualitätsmanagementsystemen in der Altenhilfe, S. 188 ff.

<sup>428</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010), S. 10.

<sup>429</sup> Vgl. § 115 Abs. 1a SGB XI; GKV-Spitzenverband usw. (2008a) (Hrsg.), S. 2 ff.; GKV-Spitzenverband usw. (2009a) (Hrsg.), S. 2 ff.; Hasseler, Martina; Wolf-Ostermann, Karin (Hrsg.) (2010).

<sup>430</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband usw. (2008c) (Hrsg.), S. 3 ff.; GKV-Spitzenverband usw. (2009c) (Hrsg.), S. 3 ff.; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010), S. 11

<b>Ambulant: 4 Bereiche</b>	<b>Anzahl Kriterien</b>	<b>Stationär: 5 Bereiche</b>	<b>Anzahl Kriterien</b>
1. Pflegerische Leistungen	17	1. Pflege und medizinische Versorgung	35
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	10	2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern	10
3. Dienstleistung und Organisation	10	3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10
4. Befragung der Kunden	12	4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
		5. Befragung der Bewohner	18
<b>Summe Kriterien</b>	<b>49</b>		<b>82</b>

Tab. V-2 Bereiche und Anzahl der Bewertungskriterien für die Pflegequalität in ambulanten und stationären Einrichtungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes<sup>431</sup>

Die Ergebnisse der Bewohnerbefragungen werden bei der Gesamtnote *nicht* mit einbezogen. Es werden nicht alle Bewohner befragt, sondern lediglich eine Stichprobe, deren Umfang zehn Prozent der Bewohner betragen muss. Die Stichprobe soll mindestens fünf und höchstens 15 Bewohner beinhalten, bei gleichzeitiger Sicherstellung, dass in der Stichprobe der prozentuale Anteil der jeweiligen Pflegestufen repräsentiert ist: Sollten sich beispielsweise 20 Prozent der Bewohner in Pflegestufe III befinden, so müssen auch in der Stichprobe 20 Prozent aus dieser Pflegestufe vertreten sein. Die Gesamtnote bezieht sich im ambulanten Bereich auf die Kriterien der Punkte eins bis drei, im stationären Bereich auf die Kriterien der Punkte eins bis fünf.<sup>432</sup>

Die Veröffentlichung der Bewertungen verfolgt unterschiedliche Zielrichtungen: Zum einen wird ein Einrichtungsvergleich auf Länderebene angestrebt, zum anderen wird jede Einrichtung im Einzelnen verpflichtet, ihre Bewertung im Internet zu veröffentli-

<sup>431</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an GKV-Spitzenverband usw. (2008b) (Hrsg.), S. 2 und GKV-Spitzenverband usw. (2009b) (Hrsg.), S. 2. Die Kriterien im Einzelnen sind diesen Quellen zu entnehmen.

<sup>432</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband usw. (2008c) (Hrsg.), S. 3 ff.; GKV-Spitzenverband usw. (2009c) (Hrsg.), S. 3 ff.; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010), S. 11

chen.<sup>433</sup> Erfolgt eine zusätzliche Überprüfung von Pflegequalität durch private Anbieter, so muss dieses Ergebnis als vergleichende Note aufgeführt sein.<sup>434</sup>

Abb. V-2 zeigt beispielhaft eine veröffentlichte Bewertung jeweils für den stationären Bereich; analog wird dies im ambulanten Bereich umgesetzt.



Abb. V-2 Pflagenoten für Einrichtungen am Beispiel der stationären Altenhilfe<sup>435</sup>

<sup>433</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband usw. (2008c) (Hrsg.), S. 3 ff.; GKV-Spitzenverband usw. (2009c) (Hrsg.), S. 3 ff.

<sup>434</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010), S. 11.

<sup>435</sup> Abbildung aus GKV-Spitzenverband (2011), o. S.

Es wird deutlich, dass das arithmetische Mittel der Befragungsergebnisse der Bewohner extra ausgewiesen ist, was darauf zurückzuführen ist, dass deren Bewertung nicht in das Gesamtergebnis der Prüfung einfließt. Warum die Bewertung durch die Bewohner optisch größer dargestellt wird, ist aus der Literatur nicht ersichtlich.

Es fällt auf, dass diese anonymisierte Bewertung eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Bewohnerbeurteilung und der Prüfung durch den MDK beziehungsweise durch eine freiwillige Zertifizierung aufweist. Während die Bewohnerbeurteilung den Notendurchschnitt „gut“ wiedergibt, reichen die Noten des MDK von „befriedigend“ bis „mangelhaft“ und die Einschätzung bei freiwilligen Zertifizierungen von „befriedigend“ bis „ausreichend“. Dies korreliert eng mit der Beobachtung, die bereits weiter vorne dargelegt wurde, dass sich erlebte Qualität häufig sehr stark von einem objektiv eingeschätzten Standpunkt unterscheidet, und dass sich insbesondere unter älteren Menschen ein hoher Anteil derer befindet, die sich zwar subjektiv wohl fühlen, deren objektive Lebensbedingungen aber als eher schlecht einzuordnen sind und umgekehrt.<sup>436</sup>

Wie aus einer Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen e.V. (MDS)<sup>437</sup> hervorgeht, beruhte in der Vergangenheit eine Untersuchung von Qualität in der Pflege beim größten Teil der durch Qualitätsprüfungen überwachten Einrichtungen vorrangig auf Zufriedenheitsbefragungen des Bewohners. Es wurde zwar zusätzlich eine optische Begutachtung des Zustandes des Bewohners durchgeführt, jedoch ohne in der Tiefe eine Bewertung aus pflegfachlicher, medizinischer und hauswirtschaftlicher Sicht vorzunehmen. Hier fehlte folglich der Abgleich zwischen Soll- und Ist-Zustand, also zwischen dem für den Bewohner erforderlichen und fachlich angemessenen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbedarf mit der tatsächlich erbrachten Leistung.<sup>438</sup> Dies soll in Zukunft durch die dargelegten gesetzlich determinierten Qualitätsprüfungen gelöst werden. Allerdings fällt auf, dass auch zukünftig nicht alle Bewohner, sondern

---

<sup>436</sup> Vgl. Kapitel IV.B.2.a) Beurteilung der Wohlfahrtsposition eines Bewohners sowie deren Beeinflussung aufgrund monetärer Ressourcen als Voraussetzungen zur Beurteilung von Pflegequalität, S. 150 ff.

<sup>437</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2007).

<sup>438</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2007), S. 77 f.

lediglich eine Stichprobe befragt wird. Damit geht ein wichtiges Instrument verloren, *individuell* orientierte Pflegequalität verbessern zu können.

Daraus kann abgeleitet werden, dass mit der gesetzlichen Vorgabe zur Qualitätsprüfung vor allem die *Vergleichbarkeit der Einrichtungen* im Vordergrund stehen soll und nicht die Bewertung einer Pflegequalität für den Einzelnen. Allerdings stellt sich ein Vergleich von Einrichtungen unterschiedlicher Angebotsniveaus über diese Art von Notensystem schwierig dar. Wie weiter vorne ausgeführt, richten sich die verschiedenen Träger an differenzierte Zielgruppen unterschiedlicher monetärer Leistungsfähigkeiten. Dieser Aspekt sollte bei einer Benotung Berücksichtigung finden. Die in dieser Arbeit definierte bewohnerorientierte Pflegequalität berücksichtigt dagegen sowohl das Angebotsniveau der jeweiligen Einrichtung als auch die finanziellen Ressourcen des Bewohners.

Wie erwähnt, liefern Ergebnisse von Qualitätsprüfungen Aussagen über Pflegestandards, die aufgrund der gesetzlichen Grundlage keine ganzheitliche bewohnerorientierte Pflegequalität abbilden können. Weder die Einrichtung der ambulanten oder stationären Altenhilfe noch der Bewohner haben in dem vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Bewertungssystem Möglichkeiten, individuell die gesetzlichen Qualitätsvorgaben durch zusätzliche monetäre Mittel des Bewohners zu beeinflussen. Welche Chancen hier bestehen können, zeigt das nächste Unterkapitel.

### (3) Möglichkeit zur Beeinflussung von Pflegequalität durch Integration monetärer Ressourcen von Bewohnern im Kontext des Pflegeversicherungsgesetzes

Da der Qualitätsprüfungsansatz aufgrund der Vorgaben durch das SGB XI vor allem auf einer Einteilung in Pflegestufen basiert, die nur einen Teil der definierten bewoh-

nerorientierte Pflegequalität implementieren, kann maximal ein Ausschnitt einer Basisqualität abgebildet werden.<sup>439</sup>

Eine praktikable Möglichkeit, eine Beeinflussung der gesetzlich determinierten Qualität vorzunehmen, kann beispielsweise durch freiwillige Erweiterungen der vorgegebenen Kriterien zur Überprüfung des Angebotes geschehen.

Angelehnt an die weiter vorne definierte bewohnerorientierte Pflegequalität, sowie an die Funktions- und Faktorbereiche in Einrichtungen der Altenhilfe,<sup>440</sup> sollten die gesetzlich determinierten Kriterien für eine Bewertung von Pflegequalität bei differenzierten Qualitätsansprüchen beeinflusst werden können.<sup>441</sup> Dabei kann eine Beeinflussung der gesetzlichen Qualitätskriterien aufgrund einer monetären Einflussnahme durch den Bewohner beispielsweise in drei Abstufungen erfolgen.

- Erhöht der Bewohner seine Pflegequalitätsansprüche *nicht* (monetärer Streckfaktor  $m = 1$ ), nimmt er ausschließlich die vom Gesetzgeber vorgegebenen, und von diesem als notwendig erachteten Leistungen einer Einrichtung in Anspruch: Damit entspricht die Anzahl der Kriterien zur Bewertung der Pflegequalität und die Intensität ihrer Inanspruchnahme einer Einrichtung derjenigen einer gesetzlich festgelegten „Basispflegequalität“.
- Besteht der Wunsch des Bewohners nach bestimmten Leistungen, die über das gesetzlich determinierte notwendige Maß hinausgehen, sich deshalb in zusätzlichen Kriterien widerspiegeln, und die er selbst mit begrenzten Mitteln finanziert ( $m = 1 + x$ ), nimmt der Bewohner eine gegenüber den gesetzlichen Anforderungen erhöhte

---

<sup>439</sup> Vgl. Kapitel IV.B.2.c)(2) Integration eines monetären Streckfaktors zur Komplettierung der Bewertung von Pflegequalität, S. 164 ff.

<sup>440</sup> Vgl. Kapitel IV.B.1.b) Phasen-Modell zur Pflegequalität der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft, S. 143 ff.

<sup>441</sup> Vgl. Kapitel IV.B.2 Identifizierung bewohnerorientierter Pflegequalität unter Integration eines monetären Streckfaktors, S. 150 ff.

Qualität in Anspruch. Hier sollte die Anzahl der Kriterien zur Bewertung der Qualität um eine zu definierende Anzahl  $x$  erhöht werden.<sup>442</sup>

- Die Ausrichtung auf eine weiter gesteigerte Qualität setzt voraus, dass der Bewohner weit über das gesetzliche Maß hinausgehende Leistungen finanziert ( $m = (1 + x) \cdot y$ ). Dabei wird nicht nur die Anzahl der Kriterien zur Beurteilung einer solchen Premiumqualität erhöht, sondern die Ausprägung beziehungsweise Intensität der Inanspruchnahme wird darüber hinaus um einen zu definierenden Faktor  $y$  erhöht. In der konkreten Situation eines spezifischen Pflegequalitätsanspruches des einzelnen Bewohners kann stets eine differenzierte individuelle Faktorkombination entstehen, da sowohl die Zahl der Kriterien als auch die Intensität der Inanspruchnahme einzelner Kriterien variieren kann.<sup>443</sup>

Mit dieser Qualitätsabstufung wird auch nach außen klargestellt, dass die gesetzliche Pflegeversicherung ausschließlich einen Mindeststandard bieten kann. Die Diskrepanz zwischen individuellen Wünschen an die Pflege in der Altenhilfe und der durch die Gesellschaft finanzierten Möglichkeiten erfährt dadurch eine offenere Kommunikation. Die Eigenverantwortung des Einzelnen, bereits weit vor einem möglichen Pflegefall mit der Bildung von monetären Rücklagen zu beginnen, kann durch die Offenlegung des Mindeststandards der Sozialversicherung, den sich viele in dieser Art für die eigene Pflege eher nicht wünschen, verstärkt werden.

Ein Teil der gesetzlichen Qualitätsbewertung zur Pflegequalität kann, wie weiter vorne erwähnt, durch freiwillige Zertifizierungen ersetzt werden. Diese Art von Qualitätsüberwachungen fällt sehr differenziert aus, weshalb hierzu weitergehende Ausführungen im nächsten Kapitel erfolgen.

---

<sup>442</sup> Dies kann der weiter vorne definierten „gehobenen Pflegequalität“ entsprechen. Vgl. IV.B.2.c)(2) Integration eines monetären Streckfaktors zur Komplettierung der Bewertung von Pflegequalität, S. 164 ff.

<sup>443</sup> Die Ausprägungen können sich in einer „Premiumpflegequalität“, wie sie weiter vorne definiert wurde, manifestieren. Vgl. IV.B.2.c)(2) Integration eines monetären Streckfaktors zur Komplettierung der Bewertung von Pflegequalität, S. 164 ff.

## 2. Ergänzung der gesetzlichen Qualitätsprüfungen durch freiwillige Zertifizierungen von Qualitätsmanagementsystemen in der Altenhilfe

Gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsprüfungen können durch Überwachungen von Seiten privater Anbieter ergänzt werden, die nach erfolgreicher Prüfung ein Zertifikat, Gütesiegel oder ähnlich lautende Zeugnisse ausstellen. Die Ausführungen im Folgenden verdeutlichen die gegenwärtig herrschende Zertifikatsvielfalt in der Altenhilfe. Nach einer Begriffsbestimmung von Zertifizierungen in der Altenhilfe werden daran anschließend etablierte zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme erläutert. Darstellungen zum Nutzen zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme schließen dieses Kapitel ab.

### a) Begriffsbestimmung von Zertifizierungen in der Altenhilfe

Im Sinne der DIN EN 45 011 ist eine *Zertifizierung* eine „Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten, die aufzeigt, dass angemessenes Vertrauen besteht, dass ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis, Verfahren oder eine ordnungsgemäß bezeichnete Dienstleistung in Übereinstimmung mit einer bestimmten Norm oder einem bestimmten anderen normativen Dokument ist.“<sup>444</sup> Der Kern einer Zertifizierung liegt im Nachweis bestimmter festgelegter Gütekriterien.<sup>445</sup> Ergebnis einer erfolgreichen freiwilligen Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems durch extern beauftragte Prüfer ist je nach gewählter Terminologie die Vergabe eines Zertifikates, Gütezeichens oder Qualitäts- beziehungsweise Gütesiegels. Zertifikaten in der Altenhilfe ist gemein-

---

<sup>444</sup> Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995a), S. 355.

<sup>445</sup> Die Ursprünge zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme lassen sich einerseits auf grundsätzliche Fragen der Haftung und andererseits auf die Notwendigkeiten der für einen freien Warentausch festgelegten und reproduzierbaren Maßeinheiten zurückführen. Bereits im 17. Jahrhundert vor Christus lassen sich erste Bestrebungen nachweisen, Produkthaftungsrichtlinien einzuführen, wie sie im so genannten „Codex Hammurabi“, der in der Zeit des Königs Hammurabi von Babylonien (1728 bis 1686 v. Chr.) entstand, zu finden. Als Zeichen des Ursprungs und der Güte von Wein und Öl dienten in Mesopotamien Rollsiegel auf Wein- und Ölkrügen, während im Mittelalter Zunftordnungen Ausbildung und Verantwortung der Gesellen und Meister regelten. Vgl. Becker, Peter (2005), S. 7 ff. Mit der Einführung der Meterkonvention im Jahre 1875 in Paris wurde international erstmals eine einheitliche, reproduzierbare und nachprüfbar Maßeinheit festgelegt. Erste Auszeichnungen von Qualitätsmanagementsystemen erfolgten in Japan im Jahr 1951 mit dem „Deming Preis“ [vgl. Malorny, Christian (1999), S. 144 ff.], in den Vereinigten Staaten im Jahr 1987 mit dem „Malcom Bridge Quality Award“ und in Europa mit dem „European Quality Award“ im Jahr 1992. Vgl. Kamiske, Gerd F.; Brauer, Jörg-Peter (2003), S. 177 ff.

sam, dass sie *zusätzlich* und *freiwillig* zur gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung eingeführt werden.

Für die vorliegende Arbeit wird konstatiert: Unter *Zertifikat* werden sämtliche Auszeichnungen subsumiert, die nach einer erfolgreichen Überprüfung eines eingeführten Qualitätsmanagementsystems vergeben werden. Dies können Zertifikate nach DIN EN ISO 9001, aber auch Gütesiegel, Gütezeichen oder Qualitätssiegel sein. Wichtig ist, dass die Auszeichnung in Form eines Labels bestimmte Qualitätsanforderungen nach außen hin sichtbar macht. Daraus wird die Bestimmung des Begriffes Zertifizierung für die Altenhilfe abgeleitet:

Eine *Zertifizierung in der Altenhilfe* ist die Prüfung der Leistungsqualität einer Einrichtung durch eine dazu legitimierte Organisation, die freiwillig und neben den Qualitätsprüfungen der Pflegekassen von den Einrichtungen in Anspruch genommen werden kann und ihnen ein bestimmtes Qualitätsniveau nach innen und außen dokumentiert.<sup>446</sup> Im Folgenden werden etablierte Gütezeichen, Zertifikate und Gütesiegel weitergehend dargestellt. Dies erscheint insbesondere deshalb nötig, da die einzelnen Zertifizierungen zum Teil auf unterschiedlichen Qualitätsmanagementsystemen beruhen.

- b) Etablierte zertifizierte Qualitätssicherungssysteme: Gütezeichen, Zertifikate und Gütesiegel als Ergebnis eines Überprüfungsprozesses des Total Quality Managements

Auf dem Markt für Zertifizierungen in der Altenhilfe sind mehrere Zertifizierungstrends zu beobachten. Einerseits entwickeln gemeinnützige Träger und verschiedene Anbieter eigene Zertifizierungssysteme, andererseits lassen sich einige Einrichtungen von privaten Zertifizierungsgesellschaften nach der DIN EN ISO 9001 überprüfen. Zusätzlich existiert ein Gütezeichen RAL des Deutschen Instituts für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. Hinzu kommen Zertifizierungskombinationen der verschie-

---

<sup>446</sup> Siehe auch Barth, Myriam (2002), S. 205.

denen Qualitätsmanagement-Ansätze, beispielsweise aus DIN EN ISO 9001 in Verbindung mit dem EFQM-Modell.<sup>447</sup>

Ausgehend von den konstitutiven Einflüssen der Anbieter und Bewohner auf die Qualität der Dienstleistung ist die Umsetzung der qualitätsbezogenen Abläufe in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nach dem Prinzip des *Total Quality Management (TQM)* zu beobachten.<sup>448</sup> Die Umsetzung des TQM kann mithilfe unterschiedlicher Qualitätsmanagementmodelle geschehen. Im Anschluss an die erfolgreiche Einführung eines Qualitätsmanagementsystems kann eine Zertifizierung stehen, sie ist jedoch nicht zwingend erforderlich. Die gängigen Auszeichnungen, die als Ergebnis eines Überprüfungsprozesses des eingeführten Qualitätsmanagementsystems vergeben werden können, werden unten stehend dargestellt.

#### (1) RAL-Gütezeichen

Das Deutsche Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e. V. (RAL)<sup>449</sup> sah als eine der ersten Institutionen in Deutschland seine Aufgabe darin, eine treuhänderische

---

<sup>447</sup> EFQM bedeutet European Foundation for Quality-Management. Vgl. Zink, Klaus J. (2004), S. 27 ff.

<sup>448</sup> *Total Quality Management (TQM)* ist eine umfassende, qualitätsorientierte Unternehmensführung, die neben den relevanten Qualitätsaspekten sowohl die Philosophie einer Einrichtung als auch deren komplexe Umwelt einbezieht. Damit werden durch TQM bewährte Verfahren zum Implementieren und Umsetzen einer *umfassenden* Qualitätsphilosophie einer Einrichtung eingesetzt. Vgl. Helm, Roland; Pasch, Helmut (2000), S. 24 f.; Oess, Attila (1993), S. 89 f.; Schildknecht, Rolf (1992), S. 173 f.; Hoffmann, Werner; Niedermayr, Rita; Risak, Johann (1996), S. 26 ff.

<sup>449</sup> RAL leitet sich ab von „Reichsausschuß für Lieferbedingungen“. Die Abkürzung RAL wurde trotz Änderung des Namens im Jahr 1952 beibehalten, da sie zum Inbegriff des Gütegedankens und des Gütezeichenwesens geworden ist. Zudem wurde RAL als Verbandszeichen sowohl beim Deutschen Patentamt als auch im Internationalen Markenregister in Genf eingetragen und genießt national wie international Warenzeichen-rechtlichen Schutz. Vgl. Engel, Ralph-Rainer (1982), S. 11.

Leitung des Gütezeichenwesens zu übernehmen.<sup>450</sup> RAL ist allerdings kein „Monopolist“, denn neben dem RAL-System haben sich zahlreiche weitere privatwirtschaftliche und in sich konsistente Qualitätssicherungsgemeinschaften etabliert, die sich meist dennoch den RAL-Grundprinzipien (zum Beispiel Eigen- und Fremdüberwachung) verpflichtet haben.

Der Weg zum RAL-Gütezeichen in der Pflege führte über die Gründung der Gütegemeinschaft Pflege in stationären Einrichtungen e. V., die vom RAL als geeignete Organisation zur Durchführung und Überwachung der Gütesicherung für die stationäre Altenhilfe anerkannt wird. Der Gütegemeinschaft obliegt es, sowohl das Recht zur Führung des Gütezeichens zu verleihen als auch die vorausgehenden Betriebsprüfungen auf Erfüllung der Gütegrundlage beziehungsweise die Kontrollen vorzunehmen und etwaige Verstöße zu ahnden. Das heißt, dass die Gütegemeinschaft auf ihrem Gebiet der Gütesicherung das von den Beteiligten eingesetzte Selbstverwaltungsorgan darstellt, dessen Maßnahmen und Anordnungen sich die Mitglieder dieser Gemeinschaft freiwillig unterwerfen. Die Gütegemeinschaft muss einerseits dem Vorhaben der Gütesicherung entsprechend die qualitätsrelevante Basis vorgeben, die Gütekriterien beurteilen, das Güteniveau fixieren und das Prüfverfahren festlegen. Andererseits muss sie die kontinuierliche Überwachung zur Einhaltung der Gütegrundlage und der korrekten Anwendung des Gütezeichens organisieren.<sup>451</sup>

---

<sup>450</sup> Vgl. Engel, Ralph-Rainer (1982), S. 11. Gegründet im Jahr 1925 sollte RAL als neutrale Organisation der Wirtschaft tätig werden, die unabhängig von staatlichen Zuschüssen ist. Die Bedeutung von RAL hinsichtlich der Entwicklung von Gütezeichen lag vor allem darin, technische Bestimmungen und Bezeichnungsvorschriften als Grundlage für Gütebedingungen zu etablieren, deren Einhaltung durch ein Gütezeichen gewährleistet sein sollte. Vgl. Grub, Volker (1972), S. 40. Auch heute ist RAL ein eingetragener Verein, bestehend aus einem Kuratorium (Bundesministerien und Bundesämtern, Spitzenorganisationen von Wirtschaft, Handel, Verbänden und Vertretern von Gütegemeinschaften) sowie der Mitgliederversammlung. Vgl. RAL Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. (Hrsg.) (2005), S. 55; vgl. Bundesanzeiger (1973) Nr. 121 vom 7. Juli, S. 4. Während RAL-Gütezeichen im ursprünglichen Sinn überwiegend bei technischen Produkten oder Gütern der Lebensmittelverarbeitung Anwendung fanden, kamen in den letzten Jahren auch Zeichen für Dienstleistungen auf den Markt. Das Gütezeichen „Qualitätsgeprüfte Pflege in stationären Einrichtungen“ gehört als Zeichen für den Pflegesektor zu den neueren RAL-Zeichen. Vgl. RAL Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. (Hrsg.) (2001), o. S.

<sup>451</sup> Vgl. zu den allgemein gültigen Ausführungen zur Gütegemeinschaft und der Vergabe eines Gütezeichens Marr, Fritz; Ikier, Paul (1968) S. 26 ff.; Engel, Ralph-Rainer (1982), S. 25 ff.

Die RAL-Güteüberwachung erfolgt nach den beiden Prinzipien Eigen- und Fremdüberwachung. Bei einer *Erstprüfung* wird von neutralen Prüfinstituten oder vereidigten Sachverständigen die Eignung für das Gütezeichen überprüft. Um das Gütezeichen weiter tragen zu dürfen, ist die stationäre Einrichtung dazu verpflichtet, durch eine kontinuierliche *Eigenüberwachung* zu dokumentieren, dass die Dienstleistung stets den Anforderungen der Gütesicherung entspricht. Nach zwei Jahren führen neutrale Prüfer unangemeldet *Fremdüberwachungen* durch, wobei sowohl die Einhaltung der Güteanforderungen als auch die Aufzeichnungen der Eigenüberwachung auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüft werden. Unterstützt werden kann die Gütegemeinschaft durch Prüfinstitute, beispielsweise Landesgewerbeanstalten. Bei Verstößen gegen die Gütekriterien drohen zunächst Vertragsstrafen, schlimmstenfalls der Ausschluss aus der Gütegemeinschaft und der Entzug des Gütezeichens.<sup>452</sup>

Das RAL-Gütezeichen „Qualitätsgeprüfte Pflege in stationären Einrichtungen“ richtet sich nach dem Qualitätsmanagementsystem der DIN EN ISO 9001, so dass RAL-Prüfungen einer Erst-Zertifizierung durch Prüfer der DIN-Zertifizierung sehr ähnlich sind.<sup>453</sup> DIN EN ISO 9001-Zertifizierungen werden nachfolgend weiter beschrieben.

## (2) DIN EN ISO 9001-Zertifikate

Der größte Teil der Zertifizierungen in der Altenhilfe wird in Anlehnung an die DIN EN ISO 9001 vorgenommen.<sup>454</sup> Für eine Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001<sup>455</sup> werden alle erforderlichen Organi-

---

<sup>452</sup> Vgl. Marr, Fritz; Ikier, Paul (1968) S. 26 ff.; Engel, Ralph-Rainer (1982), S. 25 ff.

<sup>453</sup> Das RAL-Gütezeichen steht damit in unmittelbarer Konkurrenz zur Überwachung durch große Zertifizierer, wie TÜVmed des RWTÜV oder TÜV Süd der TÜV Management Service GmbH, die einen hohen Marktanteil besitzen.

<sup>454</sup> Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.) (2004), S. 30 ff.

<sup>455</sup> Fußend auf einer Richtlinie aus den Vereinigten Staaten, deren Militärs 1963 eine eigene Norm zur Qualitätssicherung eingeführt hatten, wurden in Deutschland mit dem Deutschen Institut für Normung e.V. (DIN) Normen umgesetzt, die sich mit Qualität und deren Sicherung auseinandersetzen. Insbesondere die Normen-Reihe DIN ISO 9000 fortfolgend, erstmals 1987 entstanden, wurde in den letzten Jahrzehnten intensiv überarbeitet. Die letzte Überarbeitung erhielt ihre gültige Fassung mit der DIN EN ISO 9001:2008. Vgl. Becker, Peter (2005), S. 8; vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (2008).

sationsstrukturen, Verfahren, Prozesse und Mittel zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements zusammenfasst.<sup>456</sup> In diesen Ansatz spielt vor allem der Aspekt hinein, dass Qualität einer ständigen Überprüfung und Verbesserung unterliegen muss.

Eine ständige Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems, wie es gemäß DIN EN ISO 9001 gefordert wird, zielt auf eine Erhöhung der Bewohnerzufriedenheit durch die Erfüllung von deren Anforderungen, wobei oft das Ergebnis eines Prozesses die direkte Eingabe für den nächsten Prozess bilden kann. Dies führt dazu, dass der Bewohner nicht unberücksichtigt bleibt, sondern direkt Einfluss auf den Prozess nimmt, an dessen Ende das Ergebnis einer Dienstleistung steht.

Die Darstellung als Kreislauf zeigt auf, dass die Dienstleistung am Bewohner immer wieder neu betrachtet wird, womit hier die wichtigsten Aspekte des TQM berücksichtigt werden (siehe Abb. V-3).

---

<sup>456</sup> Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995b), S. 17.

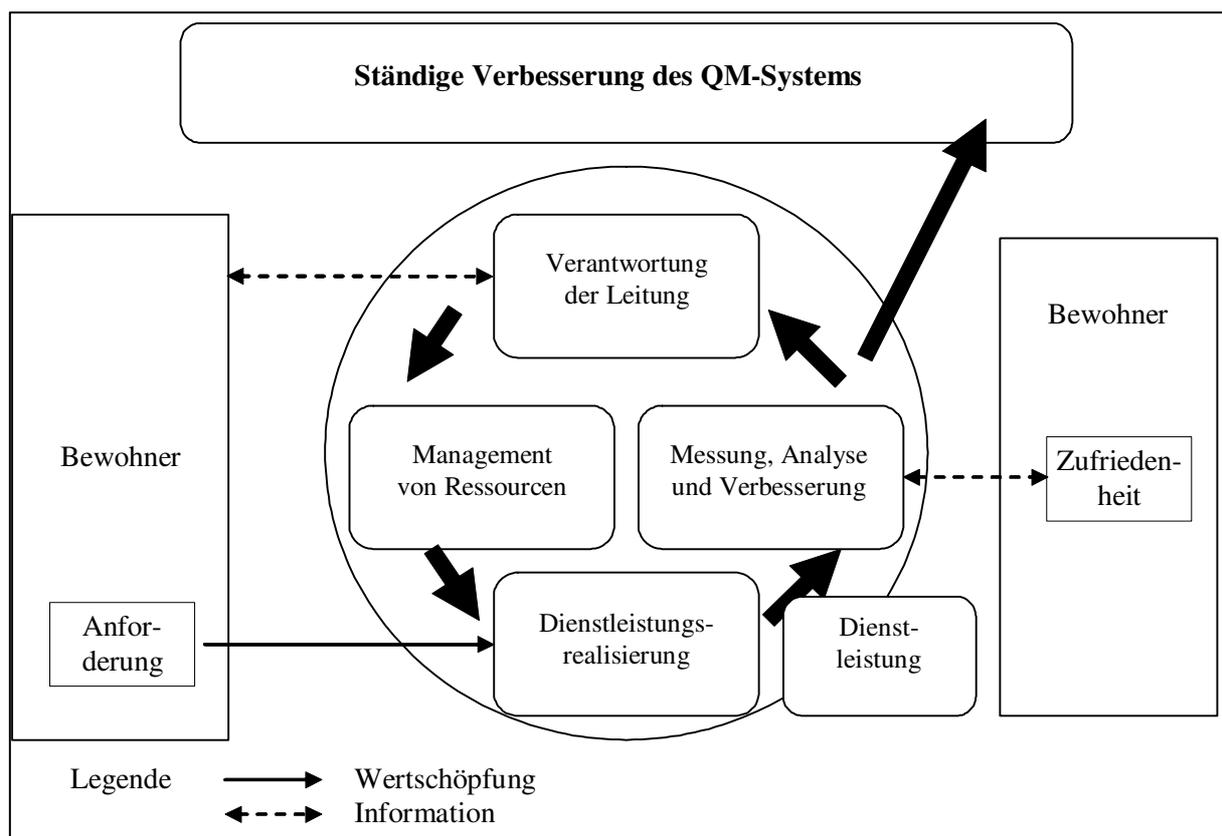


Abb. V-3: Modell eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001<sup>457</sup>

Der prozessorientierte Ansatz dieses Qualitätsmanagementsystems betont die Bedeutung des Verstehens und der Erfüllung von Bewohneranforderungen, der Notwendigkeit, Prozesse aus der Sicht der Wertschöpfung zu betrachten, der Erzielung von Ergebnissen bezüglich Prozessleistung und -wirksamkeit und der ständigen Verbesserung von Prozessen auf der Grundlage objektiver Messungen.

Insbesondere bei der Messung, Analyse und Verbesserung der erbrachten Dienstleistung steht die Beziehung zum Bewohner im Vordergrund. An dieser Schnittstelle soll aufgrund der erhobenen Zufriedenheit bei den Bewohnern die Konformität der Dienstleistung mit deren Erwartungen geprüft werden.<sup>458</sup>

Ein Ziel der freiwilligen Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems besteht in der Erlangung eines Zertifikates nach DIN EN ISO 9001. Dabei ist hervorzuheben, dass ein Zertifikat, welches das Prädikat „zertifiziert nach DIN EN ISO 9001“ enthält,

<sup>457</sup> Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (2000), S. 11.

<sup>458</sup> Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (2000), S. 11 ff.

grundsätzlich nur von akkreditierten Zertifizierungsgesellschaften vergeben werden kann. Diese Akkreditierung wird von übergeordneten Stellen vergeben.<sup>459</sup>

Da ein erheblicher Unterschied dahingehend besteht, ob in einem Unternehmen beispielsweise mit einer technischen Fertigung oder in einer Altenhilfeeinrichtung zertifiziert wird, gibt es für die Zertifizierungsgesellschaften die Zulassung für derzeit 39 unterschiedlich benannte Qualitätsmanagementbereiche oder „scopes“.<sup>460</sup>

Einrichtungen der Altenhilfe dürfen ausschließlich von Zertifizierungsgesellschaften geprüft werden, die für den Bereich Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen zugelassen sind. Die dafür zuständigen Zertifizierer sind meist Fachkräfte mit einem beruflichen Hintergrund aus der Pflege oder Altenhilfe.<sup>461</sup>

---

<sup>459</sup> Die Vergabe erfolgte in früheren Jahren beispielsweise von der Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) oder von der RKW Rheinland GmbH. Die Zertifizierungsstellen ihrerseits, wie beispielsweise die TGA, werden vom Deutschen Akkreditierungsrat (DAR) überwacht, der als Arbeitsgemeinschaft des Bundes, der Länder und der deutschen Wirtschaft seit 1991 besteht. Mit der von der EU geforderten staatlich initiierten und singulären Akkreditierungsstelle je EU-Mitgliedsstaat ist seit dem 1. Januar 2010 die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) mit dieser Aufgabe betraut. Obwohl letztlich eine staatlich beeinflusste Koordination durch die DAkkS erfolgt, handelt es sich bei Zertifizierungen der Altenhilfeeinrichtungen nach DIN EN ISO 9001 um ein freiwilliges Bemühen nach Auszeichnung im gesetzlich nicht geregelten Bereich. Es gibt daneben gesetzlich reglementierte Bereiche, die ebenfalls der DAR koordiniert, beispielsweise Prüf- und Kalibriervorschriften in der Medizintechnik. Für die QM-Zertifizierung der stationären Altenhilfeeinrichtung ist dies jedoch nicht maßgeblich und wird nicht weiter ausgeführt. Vgl. Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (o. J.), S. 1 ff; vgl. Deutscher Akkreditierungsrat (DAR) (Hrsg.) (2006), S. 1 f., Deutscher Akkreditierungsrat (DAR) (Hrsg.) (2004), S. 7 ff; vgl. RKW Rheinland-Pfalz Cert (Hrsg.) (o. J.), S. 1.

<sup>460</sup> Vgl. Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (2006), S. 1 f.

<sup>461</sup> Nachrichtliche Mitteilung durch die TGA am 21.03.2006. Zertifizierer dürfen nur dann tätig werden, wenn sie im Rahmen ihrer Akkreditierung nachweisen, dass sie ausreichend unabhängig sind. So ist beispielsweise in einem Leitfadens des Deutschen Akkreditierungsrates eindeutig geregelt, dass die Unparteilichkeit und Unabhängigkeit der Zertifizierungsstelle gewährleistet sein soll. Explizit bedeutet dies, dass die Zertifizierungsstelle *unter keinen Umständen Beratungsdienstleistungen* anbieten darf, da dies als aktive und kreative Teilnahme an der Entwicklung eines zu begutachtenden Qualitätsmanagementsystems gilt. Zur Beratung zählt in diesem Zusammenhang erstens die Erstellung oder Herstellung von Handbüchern oder Verfahrensanleitungen, zweitens die Teilnahme an Entscheidungsprozessen in Fragen des Managementsystems und drittens die konkrete Beratung bei der Entwicklung und Einrichtung von Managementsystemen für eine spätere Zertifizierung. Vgl. Deutscher Akkreditierungsrat (DAR) (Hrsg.) (2004), S. 10 ff.

Der Zertifizierungsprozess von der Einführung bis zur Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 dauert insgesamt etwa ein Jahr und kann in vier Phasen unterteilt werden, wie Abb. V-4 zusammenfassend darstellt.<sup>462</sup>

Das Zertifikat ist für drei Jahre gültig unter der Voraussetzung, dass die externe Zertifizierungsgesellschaft jährlich ein so genanntes Überwachungsaudit durchführt. Die Überwachungen finden in einem reduzierten Rahmen statt, da von einem gut eingeführten Qualitätsmanagementsystem ausgegangen wird. Zusätzlich muss das Unternehmen nachweisen, dass regelmäßige Audits durch den internen Qualitätsmanagementbeauftragten durchgeführt werden. Will die Altenhilfeeinrichtung das Zertifikat nach drei Jahren weiterhin führen, muss das Qualitätsmanagementsystem einer aufwändigen Re-Zertifizierung unterzogen werden, die mit einer Erst-Zertifizierung gleichzusetzen ist.<sup>463</sup>

---

<sup>462</sup> Zu den vier Phasen des Zertifizierungsprozesses vgl. Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (2003), S. 3 ff.; Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2004), S. 92 f; darüber hinaus gehende Informationen entstammen dem Expertengespräch mit dem QM-Beauftragten der Altenhilfe-Einrichtung B vom 09.05.2005.

<sup>463</sup> Zum Zertifizierungsprozesses vgl. Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (2003), S. 3 ff.; Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)(2004), S. 92 f und Expertengespräch mit dem QM-Beauftragten der Einrichtung B vom 09.05.2005.

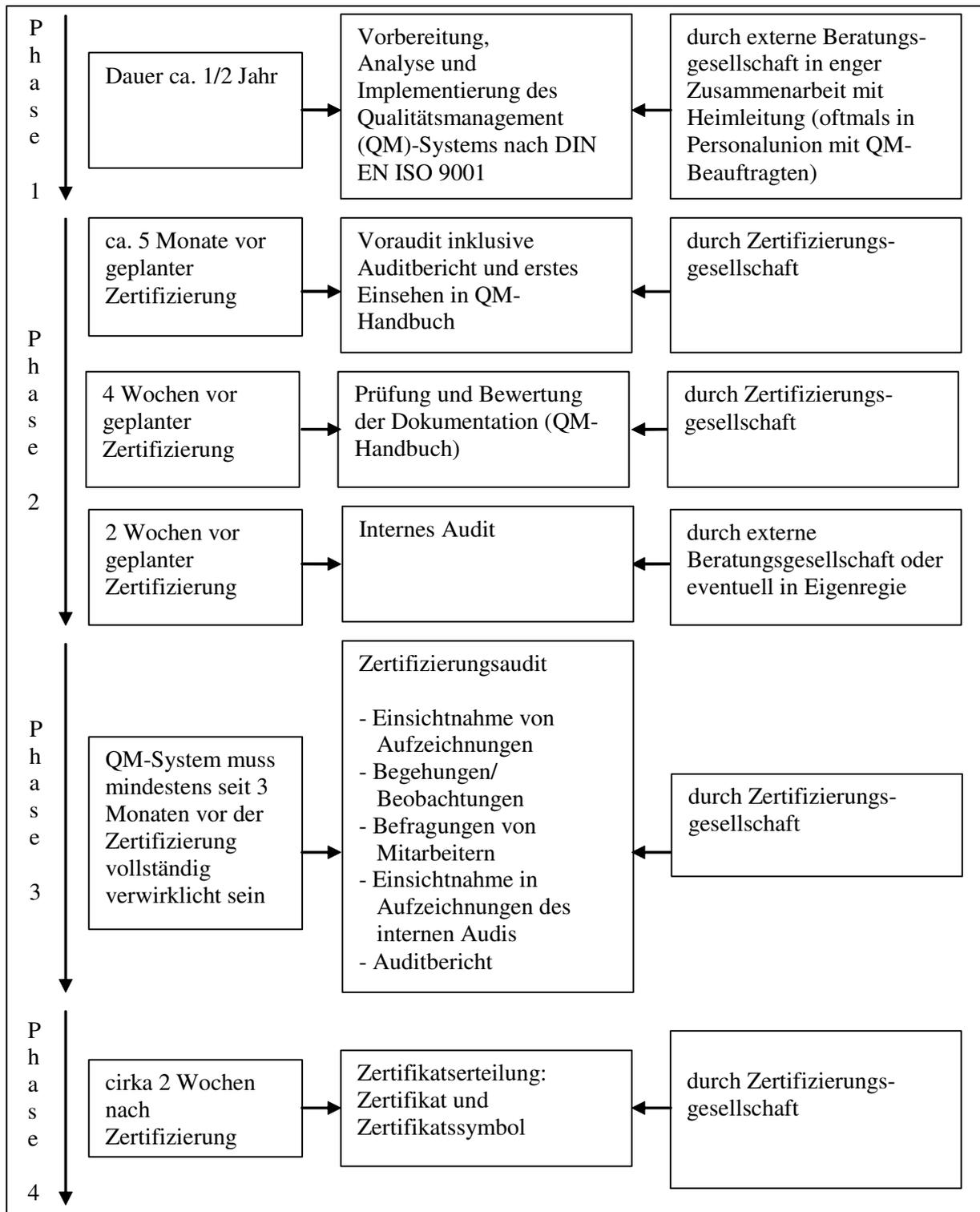


Abb. V-4: Beispielhafter Prozess der Implementierung und Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001 in der Altenhilfe<sup>464</sup>

<sup>464</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (2003), S. 3 ff. und Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (2004), S. 92 f.

### (3) Trägereigene Qualitätssiegel

Für eigenständig oder trägerbezogen zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme werden so genannte Güte- oder Qualitätssiegel vergeben. Dabei ist ein Qualitäts- oder Gütesiegel ein Qualitätsnachweis, basierend auf einer Auswahl von Qualitätsstandards, die von den Altenhilfeeinrichtungen umgesetzt und aufrechterhalten werden sollen.<sup>465</sup> Es handelt sich um unterschiedliche, je nach Trägerverband der Altenhilfeeinrichtungen differierende Auszeichnungen, die teilweise von externen Gutachtern überprüft werden. Viele dieser Siegel sind an die DIN EN ISO 9001 angelehnt, einigen liegen eigens entwickelte Qualitätskriterien zu Grunde, manche richten sich nach Modellen, die im Zusammenhang mit Qualitätspreisen entwickelt wurden, zum Beispiel der Europäische Qualitätspreis der European Foundation for Quality-Management (EFQM).<sup>466</sup>

Da das EFQM-Modell sich als sehr offen gestaltet zeigt und lediglich grobe Rahmenbedingungen vorgibt, kann es über trägereigene Konzepte ausgebaut werden. Als Prämisse gilt, exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Bewohner, Mitarbeiter und Gesellschaft durch eine Führung zu erzielen, die Politik und Strategie mit Hilfe der Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen sowie der Prozesse unterstützt.<sup>467</sup> Die Umsetzung des EFQM-Modells hatte das ursprüngliche Ziel, einen Qualitätspreis zu erlangen. Ambulante und stationäre Einrichtungen auf dem Soziomarkt der Altenhilfe können grundsätzlich das EFQM-Modell in ihrem Qualitätsmanagementsystem umsetzen, jedoch ist eine Erreichung des EFQM-Qualitätspreises nicht möglich.<sup>468</sup>

---

<sup>465</sup> Vgl. Barth, Myriam (2002), S. 27.

<sup>466</sup> Vgl. Zink, Klaus J. (2004), S. 67 ff. Eine weitere Auszeichnung für ein eingeführtes Qualitätsmanagement im amerikanischen Raum ist das Malcom-Bridge-Assessment. Diese Auszeichnung ist dem EFQM-Modell sehr ähnlich [vgl. hierzu ausführlich: Malorny, Christian (1999), S. 170 ff.], findet jedoch in der stationären Altenhilfe keine Anwendung, so dass auf weitere Ausführungen hierzu verzichtet wird.

<sup>467</sup> Vgl. European Foundation for Quality Management (EFQM) (Hrsg.) (2003), S. 5.

<sup>468</sup> Der Qualitätspreis wird jährlich nach einer Nominierung im Ausschussverfahren durch die Europäische Union und die European Organisation for Quality an eine besonders auszeichnungswürdige Organisation vergeben. Die Organisationen erreichen durch ihre Bewerbung und Zulassung zum Wettbewerb zunächst einen so genannten „Award“, eine Anwartschaft auf den Preis. Gewinnen kann diesen Preis jedoch letztlich nur eine dieser Organisationen, wobei allein schon die Anwartschaft auf den Preis eine Auszeichnung darstellt. Vgl. Westerbuch, Ralf (1998), S. 164 ff.

Insbesondere große Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt oder Paritätischer Wohlfahrtsverband legen großen Wert auf eine eigene Ausrichtung, oft angelehnt an die DIN EN ISO 9001 oder eher selten orientiert an EFQM. Ein Beispiel für ein an DIN EN ISO 9001 angelehntes Zertifikat ist das Siegel „Geprüfte Pflegequalität“, das vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) in Zusammenarbeit mit dem TÜV Süd ausgearbeitet wurde.

Zudem werden Zertifikate aufgrund eigener Qualitätssicherungsansätze entwickelt, wie beispielhaft das nachfolgend dargestellte System eines großen Trägers der freien Wohlfahrtspflege aufzeigt.<sup>469</sup> Nach erfolgreicher Einführung beziehungsweise Umsetzung des vom Trägerverband entwickelten Qualitätsmanagementsystems wird die stationäre Altenhilfeeinrichtung mit einem eigenen Gütesiegel des Trägers ausgezeichnet.

Das beispielhafte Qualitätsmanagementsystem wurde von einer zentralen Stabsstelle innerhalb des Trägerverbandes entwickelt und kann auf verschiedene Einrichtungen des Verbandes angewendet werden. Es handelt sich hier um einen Ansatz, der bereits bestehende Qualitätssicherungssysteme wie beispielsweise Pflegestandards in der Dekubitusprophylaxe mit einbezieht. Es wird für jede Einrichtung nach deren individuellen Schwerpunkten und Anforderungen ein Prozessdesign des Implementierungsablaufes entwickelt. Dieser Prozess (Einführung bis zur Zertifizierung) umfasst, wie in Abb. V-5 vereinfacht dargestellt, mehrere Schritte.

---

<sup>469</sup> Quelle: Expertengespräch mit der Stabsstellenleitung Controlling und Qualitätsmanagement eines kirchlichen Trägers am 01.02.2005.

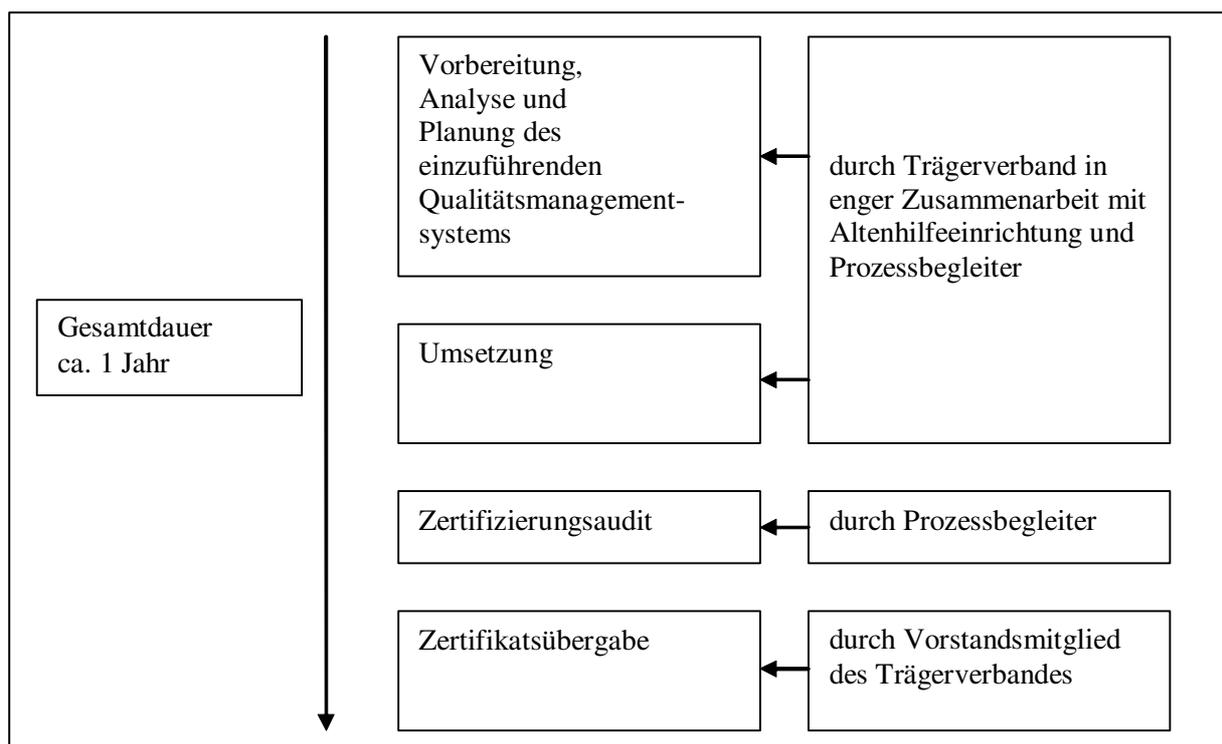


Abb. V-5: Beispielhafter Prozess bis zur Zertifizierung eines vom Träger eigens entwickelten Qualitätsmanagementsystems<sup>470</sup>

Der gesamte Prozess von der Einführung bis zur Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems dauert insgesamt etwa ein Jahr. Nach diesem ersten Jahr wird das Qualitätsmanagement von der Altenhilfeeinrichtung selbständig fortgeführt. Es erfolgen keine weiteren Zertifizierungen, da der Philosophie des Trägers zufolge das eingeführte Qualitätsmanagementsystem nichts Statisches ist, sondern als immerwährender Prozess angesehen werden muss. Die geeigneten Hilfsmittel zur ständigen Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems bekommt jede Einrichtung durch die intensive Implementierungsphase und die aktive Einbindung der Mitarbeiter zur Verfügung gestellt. Rezertifizierungen werden nicht durchgeführt, da für die weitere Umsetzung des Systems die jeweiligen Führungskräfte verantwortlich sind. Zusätzlich wird das eingeführte und zertifizierte Qualitätsmanagementsystem durch eine Stabsstelle für Qualitätsmanagement des Trägerverbandes stark unterstützt, so dass davon ausgegangen werden kann, dass eine gewisse Kontrolle durch den Träger selbst stattfindet. So ist nach Aussage der Stabsstelle ein gesamtverbandliches Planungs-, Entscheidungs- und

<sup>470</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an das Expertengespräch mit der Stabsstellenleitung Controlling und Qualitätsmanagement eines kirchlichen Trägers am 01.02.2005.

Koordinationsgremium für die Evaluation der eingeführten Prozesse in den Einrichtungen mitverantwortlich.<sup>471</sup>

(4) Zusammenfassender Überblick über zertifizierte Qualitätsmanagementsysteme in der Altenhilfe

Als Beweggründe für eine Zertifizierung in der Altenhilfe lassen sich zwei Grundtendenzen ableiten: Einerseits gibt es *interessenspartnermotivierte* und andererseits *leistungsmotivierte* Beweggründe.<sup>472</sup> *Interessenspartnermotivierte* Beweggründe ergeben sich aus Ansprüchen von Anspruchsgruppen an den Betrieb, beispielsweise durch erhöhten Druck von Bewohnern beziehungsweise deren Angehörigen sowie durch den Anreiz eines Erlasses eines Teils der gesetzlichen Qualitätsprüfung. *Leistungsmotivierte* Beweggründe resultieren aus dem Wunsch nach einer Zertifizierung durch eine Einrichtung selbst. Dies kann beispielsweise aufgrund erhoffter Prozessoptimierungen geschehen, oder mit dem Ziel, die Bewohnerzufriedenheit zu verbessern. Zudem kann eine Zertifizierung auch als Marketinginstrument zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen dienen.<sup>473</sup>

Tab. V-3 zeigt eine Auswahl an Zertifikaten, die Einrichtungen der Altenhilfe von unterschiedlichen Anbietern verliehen wurden. Zusätzlich sind hier Anbieter beziehungsweise Kooperationspartner der Zertifizierungen sowie deren Anzahl dargestellt.

---

<sup>471</sup> Quelle: Expertengespräch mit der Stabsstellenleitung Controlling und Qualitätsmanagement eines kirchlichen Trägers am 01.02.2005.

<sup>472</sup> Vgl. Caster, Alexandra (2004), S. 134.

<sup>473</sup> Vgl. Stauss, Bernd (1994), S. 73; vgl. Caster, Alexandra (2004), S. 134.

Zertifikats-Name	Anbieter/ Kooperationspartner	Anzahl Zertifizierungen	Ausrichtung
Pflege-TÜV	bpa, TÜVmed (RWTÜV)	720	DIN ISO
Geprüfte Pflegequalität	TÜV Management Service GmbH (TÜV Süd Gruppe)	250	eigene/ DIN ISO
Qualitätssiegel für ambulante Dienste und Pflegeheime	IGD – Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH	170	Eigene
ISO Plus / ISO 9001	EQ-Zert	160	DIN ISO
AWO-Qualitätsmanagement-Zertifikat	u.a. TÜVmed (RWTÜV); DQS – Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen mbH	90	DIN ISO
Diakonie-Siegel Pflege	DQE – Diakonisches Institut für Qualitätsentwicklung im DW EKD e.V.; EQ-Zert	60	DIN ISO
selbst:bewusst	CareCert GmbH – Gesellschaft für Entwicklung und Zertifizierung in der Pflege mbH	45	Eigene
RAL-Gütezeichen	RAL – Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V.	40	DIN ISO
Qualitätsprüfung plus: Pflege	u.a. TÜV Rheinland Group; AOK Thüringen	6	DIN ISO / EFQM
	<b>Zertifizierte Einrichtungen</b> $\Sigma$	<b>1451</b>	
	<b>Prozentualer Anteil an der Gesamtzahl aller Einrichtungen</b>	<b>cirka 7 %</b>	

Tab. V-3: Auswahl an Zertifikaten in der Altenhilfe im Jahr 2004<sup>474</sup>

Alle hier genannten Zertifikate erfüllen die gesetzlichen Bestimmungen des MDK-Prüfkataloges. Bei näherer Betrachtung des Marktanteils der Zertifizierungsausrichtung wird deutlich, dass sich 80 Prozent aller Zertifikate ganz oder teilweise nach der DIN EN ISO 9001 ausrichten, lediglich etwa ein Prozent orientieren sich an den EFQM-Standards und 18 Prozent berufen sich auf eine eigens entwickelte Qualitätsmanagementausrichtung.<sup>475</sup>

<sup>474</sup> Eigene Zusammenstellung in Anlehnung an Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg.) (2004), S. 30 ff. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit lagen keine aktuelleren Studien, die einen Querschnitt zertifizierter Einrichtungen in dieser Breite aufzeigen können, vor. Die Zahlen fassen aufgrund der verfügbaren Daten ambulante und stationäre Einrichtungen zusammen.

<sup>475</sup> Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg.) (2004), S. 113.

Die *Ergebnisqualität* wird von fast allen Anbietern thematisiert und überprüft. Dennoch wird in der Studie des WIdO kritisch angemerkt: „Die Tiefe der dabei vorgenommenen Datenerhebungen bzw. die Methodik der Durchführung ist jedoch generell zu problematisieren, auch die Inhalte bleiben weitgehend intransparent.“<sup>476</sup> Zudem erfolgt auch hier, ähnlich wie bei gesetzlichen Prüfungen, keine explizite Definition von Pflegequalität; eine monetäre Einflussmöglichkeit von Seiten des Bewohners wird ebenfalls nicht thematisiert.

Ob und welcher weitergehende Nutzen hinter freiwilligen Zertifizierungen zu erkennen ist, wird im Folgenden weitergehend vertieft.

c) Nutzenanalyse zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme anhand einer Fallstudie

Welcher Nutzen sich tatsächlich mithilfe von zertifizierten Qualitätsmanagementsystemen generiert, ist Gegenstand einer Analyse, die im Rahmen dieser Arbeit als Evaluation anhand von Einzelfallstudien<sup>477</sup> nach hermeneutischen Grundsätzen<sup>478</sup> durchgeführt wurde.

---

<sup>476</sup> Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2004), S. 180.

<sup>477</sup> Vgl. ausführlich hierzu Lamnek, Siegfried (2005), S. 303 ff. Lamnek weist hier ausdrücklich auf die Wichtigkeit von Einzelfallstudien noch wenig untersuchter Gebiete hin. Eine breit angelegte, quantitative Untersuchung auf weitgehend unerforschtem Feld kann unter Umständen zu falschen Schlussfolgerungen führen: Es bestünde ohne explorative Fallstudie die Gefahr, dem Untersuchungsgegenstand und dem Erkenntnisziel mit einer quantitativen Studie nicht gerecht zu werden. Damit erhält die Fallstudie Selbständigkeit und Gewicht im Sinne einer Hauptuntersuchung.

<sup>478</sup> Zu den hermeneutischen Grundsätzen vgl. Soeffner, Hans-Georg (1985), S. 111; Lamnek, Siegfried (2005), S. 78 f.; Danner, Helmut (2006), S. 34 ff. Hermeneutik impliziert, dass im untersuchten Gegenstandsbereich die Menschen ihre Wirklichkeit deuten und sich mithilfe dieser Deutung in ihrer Welt orientieren. Damit rückt der Deutungsakt selbst in den Mittelpunkt wissenschaftlichen Interesses. Gleichzeitig ist die Analyse von Daten und deren Auslegung durch den Forscher wiederum ein Deutungsakt. Daher basiert jede Form der Forschung, insbesondere die Sozialforschung, auf Akten der Deutung und ist interpretativ.

Basierend auf diesem Forschungsansatz<sup>479</sup> wurden zwei Einrichtungen der Altenhilfe befragt; die Daten zu den Einrichtungen sind dem Anhang zu entnehmen. Während Einrichtung A seine Zertifizierung auf kirchlicher Ebene umsetzte, verfolgte Einrichtung B eine DIN EN ISO 9001-Zertifizierung. Da sich im Verlauf der Befragung herausstellte, dass die DIN EN ISO-Zertifizierung aus Kostengründen nach Ablauf der Frist zur Rezertifizierung nicht erneuert wurde, erfolgt eine Nutzenanalyse ausschließlich für die zertifizierte Einrichtung eines kirchlichen Trägers.

Als Befragungsebenen wurde die Unternehmensleitung mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten, Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Verpflegung sowie Bewohner aus den einzelnen Pflegestufen (beziehungsweise deren Angehörige, falls eine eigene Artikulation nicht mehr möglich war) gewählt. Um den schwer zu erfassenden Nutzen einer Zertifizierung besser beleuchten zu können, wurde für die Untersuchung der Altenhilfeeinrichtungen die Befragungstechnik<sup>480</sup> des *leitfadengeführten Einzelinterviews* angewendet.<sup>481</sup>

Die leitfadengeführten Einzelinterviews wurden einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse unterworfen, das bedeutet, dass die niedergeschriebenen Interviews mithilfe eines Analyserasters auf relevante Informationen hin durchsucht werden.<sup>482</sup>

---

<sup>479</sup> Auf die Formulierung von Forschungshypothesen, die bei groß angelegten, statistisch basierten Erhebungen der übliche Weg sind, wird bewusst verzichtet. Bei einer Fallanalyse, wie sie hier durchgeführt wird, ist die Verwendung von Forschungshypothesen eher umstritten, da diese mit einer fallbasierten Erklärungsstrategie kaum geprüft werden können. Vgl. Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004), S. 76 f. „So förderlich die Arbeit mit Hypothesen sein mag, für [...] rekonstruierende Untersuchungen mit Experteninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse reicht sie nicht aus.“ Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004), S. 77.

<sup>480</sup> Zu den Befragungstechniken werden dabei alle Verfahren gezählt, bei denen die Forschungsziele in Fragen an die Gesprächspartner operationalisiert werden. Die Antworten auf die Fragen sind die Daten, die einer Auswertung unterzogen werden. Je nach Standardisierungsform der Befragung sind Fragewortlaut und Antwortmöglichkeiten mehr oder weniger vorgegeben. Je höher die Standardisierungsform des Interviews, umso eher bewegt man sich im quantitativen Bereich und umgekehrt, das heißt, je weniger standardisiert, umso eher handelt es sich um eine qualitative Methode. Vgl. Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004), S. 39 und Atteslander, Peter (2003), S. 159.

<sup>481</sup> Der Leitfaden ist dem Anhang zu entnehmen. Diese Methodik beinhaltet, dass anhand einer Frageliste interviewt wird, wobei weder die Frageformulierung noch die Reihenfolge verbindlich sein müssen. Vgl. Gläser, Jochen; Laudel Grit (2004), S. 39 f.

<sup>482</sup> Eine solche qualitative Inhaltsanalyse eignet sich immer dann, wenn eine systematische, theoriebegleitete Bearbeitung von Textmaterial durchgeführt wird. Vgl. Mayring, Philipp (2002), S. 121.

Die dem Interviewtext entnommenen Informationen werden den Kategorien des Analyserasters zugeordnet und relativ unabhängig vom Text weiterverarbeitet, das heißt umgewandelt, mit anderen Informationen synthetisiert oder auch verworfen. Mithilfe eines Kodierleitfadens können die Antworten der nicht standardisierten leitfadengeführten Einzelinterviews einer systematischen Auswertung zugeführt werden.<sup>483</sup>

Der komplette Kodierleitfaden ist dem Anhang zu entnehmen.

Die Ergebnisse zum Nutzen von zertifizierten Qualitätsmanagementsystemen aus der Fallanalyse sind in Tab. V-4 zusammenfassend dargestellt, unterteilt nach *interner* und *externer Wirkung*. Diese Unterteilung lehnt sich an eine Differenzierung nach internen und externen Zielen von Betrieben an.<sup>484</sup>

---

<sup>483</sup> Vgl. Mayring, Philipp (2002), S. 118 ff. und S. 122 ff.

<sup>484</sup> Vgl. Bruhn, Manfred (1997), S. 250. Aufgrund der Experteninterviews mit den Leitungen der beiden befragten Einrichtungen der Altenhilfe werden die allgemeinen Thesen zu internen und externen Wirkungen abgeleitet.

<b>Innenwirkung einer Zertifizierung</b>	
<b>Ausmaß des Nutzens</b>	<b>Sachverhalte</b>
<b>großer Nutzen</b>	<p>Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen verbessert sich wesentlich.</p> <p>Es besteht mehr Sicherheit durch Dokumentation, mit der Folge, dass Arbeitsabläufe forciert werden, da das Einfordern von Richtlinien und Standards aufgrund der Dokumentation erleichtert ist.</p> <p>Das zertifizierte Qualitätsmanagementsystem ist ein kontinuierlich weiterlaufender Prozess, gesetzliche Prüfungen dagegen sind Momentaufnahmen.</p> <p>Es kommt zu Prozessoptimierungen, so dass vorher getätigte Personaleinsparungen kompensiert werden können.</p> <p>Leerlaufzeiten werden reduziert.</p> <p>Identifikation der Mitarbeiter mit der Einrichtung steigt.</p>
<b>Kein oder geringer Nutzen</b>	<p>Bei der Behandlung von Problemfällen in Pflege, Hauswirtschaft und Küche (wie zum Beispiel Dekubitus, Reinigungs- sowie Küchenhygiene) ist kein oder ein nur geringer zusätzlicher Nutzen zu erkennen. Es bestanden schon vor der Zertifizierung eine hohe Fachkraftquote, strenge gesetzliche Richtlinien und festgelegte Standards.</p> <p>Zertifizierung hat auf Fluktuation und Akquisition von Mitarbeitern keinen Einfluss. Gründe: angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt für Arbeitnehmer; Bewerber haben keine Kenntnis von der Zertifizierung.</p>
<b>Außenwirkung einer Zertifizierung</b>	
<b>Ausmaß des Nutzens</b>	<b>Sachverhalte</b>
<b>großer Nutzen</b>	<p>Es besteht ein großer Nutzen bezüglich der Kommunikation. Eine Zertifizierung hat eine sehr positive Wirkung auf das Image der Einrichtung, vorbehaltlich der Tatsache, dass der Ruf der Einrichtung auch vorher schon gut war.</p> <p>Vor diesem Hintergrund besteht mithilfe einer Zertifizierung eine Abgrenzungsmöglichkeit zu anderen Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Die Wirkung der Imageverbesserung zielt vor allem auf die Angehörigen oder potentielle Bewohner.</p>
<b>Kein oder geringer Nutzen</b>	<p>Kein Nutzen ist bei der Bewohnerbindung zu verzeichnen: Es kommt weder zu positiven noch zu negativen Veränderungen bei Vertragsabbrüchen durch Bewohner oder deren Angehörige. Begründet sind Vertragsabbrüche meist im Wegzug der Angehörigen.</p> <p>Es besteht keine erhöhte Preisbereitschaft durch eine Zertifizierung.</p>

Tab. V-4: Evaluerte Wirkungen einer Zertifizierung im analysierten Fall<sup>485</sup><sup>485</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Bruhn, Manfred (1997), S. 250.

*Interne* Wirkungen generieren sich innerhalb einer Altenhilfeeinrichtung. Dazu zählen beispielsweise eine Optimierung von Pflegeabläufen, eine schnellere Abwicklung bestimmter Arbeitsabläufe oder auch eine verbesserte Dokumentation der Pflegeprozesse. Insbesondere durch die Dokumentation können die Arbeitsabläufe gleichzeitig eine höhere Transparenz für die Mitarbeiter selbst, aber auch für kontrollierende Organe implizieren. Daraus folgend kann der Aufbau effizienter Bewohner-Mitarbeiter-Beziehungen erreicht werden. Zudem kann bei einer Einstellung neuer Mitarbeiter eine anschauliche Dokumentation die Einarbeitung wesentlich erleichtern. Einer gelegentlich wahrgenommenen Bürokratisierung durch einen erhöhten Dokumentationsaufwand kann eine Erhöhung der Sicherheit für die Mitarbeiter gegenüberstehen, da mithilfe einer Dokumentation erfasste Maßnahmen nachgewiesen werden können. Einhergehend mit einer Verminderung von Schwachstellen innerhalb des Arbeitsablaufes kann auch eine Reduzierung von Kosten ermöglicht werden.<sup>486</sup>

*Externe* Wirkungen zertifizierter Qualitätsmanagementsysteme in Altenhilfeeinrichtungen sind verbunden mit der Beziehung eines Altenhilfe-Anbieters zu seinen bestehenden und potentiellen Bewohnern, eventuell auch zu deren Angehörigen und zu den Prüforganen des MDK. Hierzu zählt beispielsweise der Nachweis der Erfüllung von Pflege-Qualitätsanforderungen nach außen, womit Pflegeprozesse für den Bewohner beziehungsweise dessen Angehörige transparenter gemacht werden. Damit können freiwillige Zertifizierungen einen Teil der Qualitätsprüfungen, wie bereits weiter vorne dargestellt, ersetzen. Dies spiegelt sich in der eigenen Ausweisung bei der Veröffentlichung gesetzlicher Prüfungen wider.<sup>487</sup>

Die Ergebnisse der Fallanalyse verdeutlichen, dass durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem im Kontext mit Pflegequalität insbesondere interne Wirkungen, zum Beispiel durch Prozessoptimierungen Vorteile entstehen können, was wiederum positive Effekte auf den sinnvollen Einsatz von Mitarbeitern hervorrufen kann. So kann etwa durch eine Reduzierung der Leerlaufzeiten zwischen Prozess-Schnittstellen

---

<sup>486</sup> Vgl. Bruhn, Manfred (1997), S. 250 und Experteninterviews mit den Leitungen der Einrichtungen der Altenhilfe.

<sup>487</sup> Vgl. Bruhn, Manfred (1997), S. 250 und Experteninterviews mit den Leitungen der Einrichtungen der Altenhilfe.

eine Erhöhung der Kommunikations- und Pflegezeiten zwischen Mitarbeitern und Bewohner folgen. Im Kontext externer Wirkungen ist insbesondere der Aspekt der Bildung eines positiven Images, das vor allem auf potentielle Bewohner beziehungsweise deren Angehörige wirken kann, zu nennen.

Desweiteren ist aus der Fallanalyse zwar erkennbar, dass durch Prozessoptimierungen insbesondere eine Erhöhung der Ergebnisqualität<sup>488</sup> einhergehen kann, wobei aber *die Einhaltung bereits vorhandener gesetzlicher Standards durch eine Zertifizierung nicht noch wesentlich verbessert werden* kann. Dies konstatiert eine empirische Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), innerhalb derer Wirkungen von Zertifizierungen in Altenhilfeeinrichtungen im Kontext gesetzlich vorgeschriebener Qualitätsprüfungen empirisch untersucht werden: Hier wurde eine enge Korrelation zwischen einem hohen Niveau an Pflegequalität und Zertifizierungen als Hypothese angenommen.<sup>489</sup>

Abgesehen von dem Umstand, dass im Bericht des MDS keine Aufstellung darüber erfolgt, welche Art von Zertifizierungen im Detail vorlagen (was aufgrund der sich – wie vorher ausgeführt – erheblich unterscheidenden Zertifizierungen sehr wichtig wäre), kann aus der MDS-Untersuchung allerdings *keine signifikante Korrelation zwischen Zertifizierung und Pflegequalität abgeleitet* werden: Von den 366 untersuchten Einrichtungen mit einem zertifizierten Qualitätsmanagement waren bei fast 38 Prozent der Einrichtungen wiederholt Qualitätsprüfungen nötig. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass sich die Ergebnisse von zertifizierten Einrichtungen der stationären Altenhilfe im Vergleich zu nicht zertifizierten Einrichtungen bei entscheidenden Qualitätsparametern deutlich weniger positiv abheben als erwartet. Die statistisch erfassten Unterschiede in den Qualitätsansätzen zwischen zertifizierten und nicht zertifizierten waren *nicht* signifikant hoch. Auffallend ist zudem, dass sich die Pflegequalität nach den Kriterien des MDS zwischen 2003 und 2006 statistisch gesehen bei allen Einrichtun-

---

<sup>488</sup> Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)(2004), S. 180. Qualität im Sinne des SGB XI wird eingeteilt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian. Vgl. Kapitel V.A.1.c)(1) Anlehnung des Qualitätsanspruches an Donabedian, S. 176 ff.

<sup>489</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2007), S. 79.

gen, das heißt sowohl bei zertifizierten als auch nicht zertifizierten, zum Teil deutlich verbesserte.<sup>490</sup>

Zertifizierungen als Ergänzung gesetzlicher Qualitätsprüfungen scheinen insofern insbesondere der Kommunikation nach außen nützlich zu sein. Ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem, wenn es die in dieser Arbeit definierte bewohnerorientierte Pflegequalität abbilden soll, sollte einen monetären Streckfaktor integrieren, um über das gesetzliche Maß hinausgehende Qualität zu kommunizieren. Eine Orientierung an der Kommunikation von Basisqualität, gehobener Qualität und Premiumqualität, wie sie für gesetzliche Prüfungen vorgeschlagen wurde, sollte hier gleichfalls geschehen.<sup>491</sup>

## **B. Schlussfolgernde Bewertung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und ausgewählter freiwilliger Zertifizierungen im Kontext bewohnerorientierter Pflegequalität mit integriertem monetären Streckfaktor**

Bewohnerorientierte Pflegequalität und deren Implementierung und Bewertung, wie sie in dieser Arbeit definiert wurde, kann die bestehenden gesetzlichen beziehungsweise freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen ergänzen. Innerhalb dieses Abschnitts wird deshalb im ersten Kapitel eine konkludierende Gegenüberstellung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und ergänzender freiwilliger Zertifizierungen vorgenommen. Das zweite Kapitel widmet sich möglichen Optionen für die beschriebenen Operationalisierungsmaßnahmen im Zusammenhang mit bewohnerorientierten Pflegequalität, um ein definiertes Maß an Pflegequalität zu generieren. Dabei spielen beispielsweise Aspekte von Glaubwürdigkeit und Informationsentlastung mit hinein. Abschließend folgt ein Ausblick in Thesen auf eine operationalisierte Pflegequalität der Zukunft.

---

<sup>490</sup> Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2007), 167 ff.

<sup>491</sup> Vgl. Kapitel V.A.1.c)(3) Möglichkeit zur Beeinflussung von Pflegequalität durch Integration monetärer Ressourcen von Bewohnern im Kontext des Pflegeversicherungsgesetz, S. 188 ff.

## 1. Konkludierende Gegenüberstellung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und ergänzender freiwilliger Zertifizierungen

Wie bereits ausgeführt, dürfen nur diejenigen Einrichtungen auf dem Markt der Altenhilfe agieren, die sich einer gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung unterwerfen. Zertifizierungen können freiwillig das gesetzliche Sicherungssystem unterstützen beziehungsweise einen Teil der Qualitätsprüfung ersetzen. Es kann festgestellt werden, dass im Zusammenhang mit Untersuchungen des Nutzens von Zertifizierungen neben der Struktur- und Prozessqualität insbesondere der Aspekt der Ergebnisqualität im Vordergrund steht:

„Sämtliche Kriterien, die die Qualität der Einrichtung abbilden und der Realität am nächsten kommen, sollten in die Bewertung der Einrichtung und in die Vergabe des Siegels einfließen. Damit wären nicht nur Strukturen und Prozesse zu beobachten und zu bewerten sondern vor allem die Ergebnisqualität.“<sup>492</sup>

An einer expliziten *Definition von Pflegequalität* mangelt es sowohl bei den gesetzlichen Qualitätsprüfungen als auch bei freiwilligen Zertifizierungen. Unter dem Aspekt einer Bewohnerorientierung, wie sie herausgearbeitet wurde, fehlt auch eine Abstufung von Pflegequalität unter *monetären Aspekten*.

Die im Beispiel analysierten Zertifizierungen sowie die gesetzlichen Überprüfungen orientieren ihr Qualitätsmanagementsystem am *Total Quality Management (TQM)*, in welchem neben Strukturen auch Prozesse sowie insbesondere Ergebnisse einbezogen werden. Die *Gültigkeit* der gesetzlichen Gesamtnote beträgt aufgrund der jährlichen Regelprüfung maximal ein Jahr, während DIN EN ISO 9001-Zertifikate bis zu drei Jahre unter der Voraussetzung wirken, dass jährliche Überwachungsaudits durch eine Zertifizierungsgesellschaft stattfinden. Eine trägerbezogene Zertifizierung kann ebenfalls für einen definierten Zeitraum gültig sein; eine neuerliche Überprüfung wie bei einer DIN EN ISO 9001-Zertifizierung kann erfolgen, ist aber nicht zwingend. Bei *Mängeln*, die während einer gesetzlich verpflichtenden Qualitätsprüfung festgestellt werden, muss eine spätere Evaluierungsprüfung stattfinden, um die Beseitigung der Mängel sicherzustellen. Eine Nichtbeachtung der Mängelbeseitigung nach gesetzli-

---

<sup>492</sup> Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg.) (2004), S. 15.

chen Qualitätsprüfungen kann den Entzug der Pflegesatzvereinbarung nach sich ziehen, die eine maßgebliche Grundlage der Finanzierung der stationären Altenhilfeeinrichtung nach Pflegestufen ist.

Im Vergleich dazu bedeutet eine Mängelfeststellung während eines Überwachungsaudits bei einer DIN EN ISO 9001-Zertifizierung, dass die genannten Mängel innerhalb einer von der Zertifizierungsgesellschaft gestellten Frist beseitigt werden können beziehungsweise müssen. Um das Zertifikat nach drei Jahren verlängern zu können, muss eine komplette Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems inklusive neuer Begutachtung des Qualitätsmanagement-Handbuches erfolgen. Bei einer trägereigenen Zertifizierung gilt, dass turnusmäßige Überprüfungen freiwilliger Natur sind und etwaige Mängel keine erkennbaren Auswirkungen auf den Entzug des Zertifikates nach sich ziehen. Da bei gesetzlichen Qualitätsprüfungen wesentlich einschneidendere Sanktionen als bei freiwilligen Zertifizierungen drohen, könnte diese Art der Prüfung ein besseres Image für stationäre Altenhilfeeinrichtungen generieren, als es durch freiwillige Zertifizierungen möglich ist.

Sowohl die gesetzlichen als auch die freiwilligen Überprüfungen richten sich nach den *Bestimmungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK)*, wobei ausschließlich die Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI wirksame Sanktionen bis hin zum Entzug der Zulassung als Einrichtung der stationären Altenhilfe bewirken können. Bei Nicht-Einhaltung von Qualitätsmanagement-Richtlinien der freiwilligen Zertifizierungen hingegen kann höchstens das Zertifikat aberkannt werden. *Prüfer* sind im Falle der gesetzlichen Qualitätsprüfungen ausschließlich von den Landesverbänden der Pflegekassen zugelassene Ärzte und Pflegefachkräfte, während bei den freiwilligen Zertifizierungen eigene, von den Prüfverbänden akkreditierte Prüfer verwendet werden. Bei diesen muss es sich nicht zwingend um Ärzte oder Pflegefachkräfte handeln.

Tab. V-5 stellt die gesetzlichen Qualitätsprüfungen zwei beispielhaft ausgewählten Zertifizierungsmöglichkeiten zusammenfassend gegenüber.

	<b>gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsprüfungen</b>	<b>freiwillige Zertifizierungen</b>	
	<b>SGB XI</b>	<b>Individuelles, trägergebundenes Zertifikat</b>	<b>ISO-Zertifikate</b>
<b>Definition von Pflegequalität</b>	Nein	Nein	Nein
<b>Monetäre Einflussmöglichkeit auf bewertete Pflegequalität durch Bewohner</b>	Nein	Nein	Nein
<b>QM-System</b>	TQM (nach Donabedian: struktur-, prozess-, ergebnisorientiert)	TQM (träger-eigen)	TQM (ISO 9001:2000)
<b>Erlangung einer Auszeichnung</b>	Pflegenote	Zertifikat	Zertifikat
<b>Gültigkeit des Siegels</b>	1 Jahr	Unbegrenzt	3 Jahre
<b>Überwachungsturnus</b>	Jährliche Regelprüfung, bei Mängeln zwingende Wiederholungsprüfung	Freiwillig	jährlich, bei Mängeln erfolgt Nachaudit
<b>Prüfer</b>	von den Landesverbänden der Pflegekassen zugelassen; ausschließlich Ärzte oder Pflegefachkräfte	extern bestellter Prozessbegleiter	von den eigenen Prüfverbänden akkreditierte Prüfer; meist Fachkräfte aus der Pflege oder Altenhilfe
<b>gesetzlich verbindliche Prüfung</b>	Ja	evtl. Ersatz eines Teils der Qualitätsprüfung (Strukturen und Prozesse)	evtl. Ersatz eines Teils der Qualitätsprüfung (Strukturen und Prozesse)
<b>Erfüllen Bestimmungen des MDK</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Sanktionen möglich</b>	Ja, bis zum Entzug der Zulassung als Einrichtung der stationären Altenhilfe	Nein	Ja, betrifft jedoch im äußersten Fall nur den Entzug des Zertifikates

Tab. V-5: Gegenüberstellung gesetzlicher Qualitätsprüfungen und zwei beispielhaft ausgewählte freiwillige Zertifizierungen

Sowohl gesetzliche als auch freiwillige ergänzende Qualitätsprüfungen implementieren innerhalb des Bewertungssystems keine Möglichkeit zu einer Qualitätsverbesserung aufgrund monetärer Ressourcen, die im Bewohner oder in den Angehörigen liegen. Inwiefern Erweiterungschancen durch die Integration eines monetären Streckfaktors in die Pflegequalität bestehen, ist Inhalt des nächsten Kapitels.

## **2. Optionen für bestehende Operationalisierungsmaßnahmen bewohnerorientierter Pflegequalität einschließlich des monetären Streckfaktors: ein Ausblick**

Schwierigkeiten im Konsens zu einer Operationalisierung von Pflegequalität lassen sich daraus ableiten, dass seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erhebliche Anstrengungen zur Findung übereinstimmender Maßnahmen zur Qualitätssicherung zwischen Trägern und Gesetzgeber unternommen wurden: Mehr als 15 Jahre wurde über Qualität und deren Prüfung diskutiert, bevor Pflegenoten eingeführt wurden. Parallel dazu entschlossen sich viele Träger, eine freiwillige Zertifizierung umzusetzen, da über Jahre hinweg eine Unsicherheit über die „richtige“ Pflegequalität bestand. *Allerdings konnte bis heute keine einheitliche Definition von Pflegequalität in der Gesetzgebung umgesetzt werden.* Es wurden zwar Pflegestandards eingeführt, die sich derzeit insbesondere auf den medizinisch-pflegerischen Aspekt reduzieren. Wie jedoch herausgearbeitet wurde, erhebt eine bewohnerorientierte Pflegequalität einen wesentlich weitergehenden Anspruch über diese Ansätze hinaus.

Als Ausblick werden zunächst Anforderungen an Operationalisierungsmaßnahmen bewohnerorientierter Pflegequalität vorgenommen, bevor ein Ausblick in Thesen dieses Kapitel abschließt.

a) Anforderungen an Operationalisierungsmaßnahmen bewohnerorientierter Pflegequalität: Glaubwürdigkeit und Informationsentlastung

Die Güte einer Operationalisierungsmaßnahme, wie sie eine Pflegenote oder eine Zertifizierung darstellen, hängt neben dem zugrunde liegenden Qualitätsmanagementsystem eng mit einer aussagekräftigen Bewertungsgrundlage sowie der befragten Grundgesamtheit zusammen. Die Vertrauenswürdigkeit von Bewertungen steigt zudem mit der Unabhängigkeit des Prüfinstitutes, mit der Regelmäßigkeit der Überprüfung und mit den befragten Personen.

Zu den herausgestellten Aspekten eines glaubwürdigen Benotungssystems muss jedoch auch zusätzlich der Blick in die Finanzierbarkeit verschiedener Qualitätsniveaus vorgenommen werden. Denn trotz des ganzheitlichen Anspruches, den der Gesetzgeber über die Implementierung des Donabedian'schen Konzeptes stellt, besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen eben diesem Qualitätsanspruch und den finanzierten Leistungen durch die gesetzliche soziale Pflegeversicherung. Eine Finanzierung, wie sie gemäß SGB XI besteht, begrenzt den Pflegequalitätsbegriff auf ein reduziertes Bild von Pflegequalität im Vergleich dazu, wie sie für diese Arbeit definiert wurde.

Das heutige Pflegeversicherungsgesetz setzt Mindeststandards, überwiegend bezogen auf die regenerativen Funktionen eines Haushalts, die eingehalten werden müssen. Diese Leistungen wurden im Kontext dieser Arbeit als *notwendig* definiert. Die darüber hinausgehenden, pflegequalitätsbeeinflussenden Funktionen sind nicht Gegenstand der Finanzierung, müssen von dem Bewohner selbst getragen werden und wurden deshalb als *hinreichend* beurteilt. Dies sollte in eine Bewertung mit hineinspielen, wie sie in dieser Arbeit abgeleitet wurde.

Im Verlauf dieser Arbeit wurde dargestellt, dass Pflegequalität, wie sie das Pflegeversicherungsgesetz finanziert, lediglich eine Grundqualität, die einen Teilaspekt der in dieser Arbeit identifizierten bewohnerorientierten Pflegequalität darstellt, liefern kann.

Es besteht allerdings zukünftig eine Chance, dass sich Altenhilfeeinrichtungen dieser bewohnerorientierten Pflegequalität annähern können. So kann basierend auf den in

den vorderen Kapiteln dargelegten Haushaltsfunktionen in der Altenhilfe<sup>493</sup> und der Erfassungsmöglichkeit von bewohnerorientierter Pflegequalität<sup>494</sup> eine Abstufung in Qualitätsstufen, je nach finanzieller Leistungsfähigkeit eines Bewohners, über das gesetzliche Maß hinaus erfolgen. Dies kann Funktionen der Regeneration und der Sozialisation umfassen, wie ein Ausschnitt aus der in Kapitel II dargestellten Funktionenübersicht in Verbindung mit einer Möglichkeit zur Erhöhung von Pflegequalität zeigt. Es werden zwar gesetzliche Mindeststandards, zum Teil festgelegt in Zeitbudgets, vorgegeben, allerdings kann beispielsweise der Aspekt der Kommunikation, der durch die Pflegeversicherung nicht explizit zur Erhaltung von Pflegequalität finanziert wird, als ein wesentlicher Bestandteil zur Teilhabe am Leben die Pflegequalität beeinflussen.

Darüber hinaus kann ein Träger, der sich zusätzlich zur gesetzlichen Qualitätsprüfung für eine Zertifizierung entscheidet, einen Marktvorteil *kommunizieren*.<sup>495</sup> Mit einer abgestuften Gütegarantie kann ein Träger gewährleisten, dass sich seine jetzigen und potentiellen Bewohner beziehungsweise deren Angehörige permanent auf eine vorher definierte Pflegequalität, beispielsweise abgestuft in Basis-, gehobene und Premium-Qualität, verlassen können.

Das neu definierte Bewertungssystem von bewohnerorientierter Pflegequalität kann eine Gewähr dafür bieten, das Risiko eines „Fehlgriffs“ bei der Wahl einer Altenhilfeeinrichtung einzuschränken.<sup>496</sup> Voraussetzung dafür ist, dass neben einer *Informati-*

---

<sup>493</sup> Siehe Tab. II-5: Gegenüberstellende Darstellung ausgewählter Haushaltsfunktionen im privaten Seniorenhaushalt und in Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie deren Berücksichtigung im Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung, S. 50-

<sup>494</sup> Siehe Kapitel IV.B.2.c)(1) Entwicklung eines Bewertungssystems zur Quantifizierung bewohnerorientierter Pflegequalität, S. 155 ff.

<sup>495</sup> Vgl. Caster, Alexandra (2004), S. 164. Zu den Marketingaspekten vgl. auch Eichhorn, Peter; Schuhen, Axel (2001) S. 303 f.; Barth, Myriam (2002), S. 205.

<sup>496</sup> Die Wahl einer bestimmten Dienstleistung ist für den Betroffenen immer mit finanziellen, gesundheitlichen oder anderen Risiken behaftet, weshalb die Beschaffung von Informationen als Risikostrategie betrachtet werden kann. Je größer die empfundene Unsicherheit, desto besserer Informationen bedarf es. Vgl. Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002), S. 603. In den Einrichtungen werden überwiegend Leistungen mit Erfahrungs- sowie Vertrauenseigenschaften angeboten. Die Qualität dieser Leistungen kann entweder erst *mit* der Inanspruchnahme bewertet oder *nach* Inanspruchnahme eingeschätzt werden. Zu den Eigenheiten von Dienstleistungen in der stationären Altenhilfe vgl. Kapitel IV.A.1 Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe, S. 118 ff.

onsentlastung der Anspruchsgruppen, insbesondere des Bewohners und dessen Angehörigen, vor allem die *Glaubwürdigkeit* der Auszeichnung oder Zertifizierung im Vordergrund stehen muss, um den Adressaten zu gewährleisten, sich für die richtige Einrichtung entschieden zu haben.<sup>497</sup> Wie bereits ausgeführt, sehen sich viele ältere Menschen und auch deren Angehörige innerhalb kürzester Zeit mit der Problematik, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, konfrontiert, die vorher weitestgehend unbeachtet blieb oder auch gänzlich verdrängt wurde. Ein intensives und durchdachtes Herangehen an diese neue Situation, verbunden mit einem langen und sorgsamem Prozess des Abwägens und des Auswählens von Informationen ist durch die rasch zu treffende Entscheidung nur begrenzt möglich.<sup>498</sup> Eine Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Einrichtung birgt deshalb für Bewohner beziehungsweise deren Angehörige ein hohes Risiko, unter anderem ausgelöst durch die Intangibilität<sup>499</sup> der angebotenen Leistungen, weshalb ein erhöhter Informationsbedarf für die Betroffenen vonnöten ist.

Hohe Bedeutung kommt innerhalb des Entscheidungsprozesses für eine bestimmte Einrichtung der ambulanten und stationären Altenhilfe somit der Phase zu, in der Informationen über wesentliche Eigenschaften einer Einrichtung eingeholt werden müssen, um die weittragende Entscheidung für ein Leben in dieser Einrichtung treffen zu können. Mit Beginn der Suchphase innerhalb dieser Entscheidungsphase nach einer geeigneten Einrichtung bedienen sich die Betroffenen ihrer Ansicht nach glaubwürdigen Informationsquellen, beispielsweise Freunden, Bekannten oder Kollegen, denen sie vertrauen und die aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit der Inanspruchnahme vergleichbarer Dienstleistungen hinreichendes Expertentum aufweisen.<sup>500</sup> Als weitere Informationsquelle können auch Vermittler der Einrichtungen wie Ärzte oder Mitar-

---

<sup>497</sup> Vgl. Schrader, Ulf (2002), S. 107 ff.

<sup>498</sup> Diese Art der Problemlösung wird auch als *Extended Problem Solving* (EPS) bezeichnet, die überwiegend auf den Konsum langlebiger Güter ausgerichtet ist. Vgl. Gottschalk, Ingrid (2001), S. 122 f.

<sup>499</sup> Unter Intangibilität wird verstanden, dass die eigentliche Kernleistung innerhalb eines Dienstleistungsprozesses nicht greifbar ist. Zur Intangibilität und weiteren Eigenschaften von Dienstleistungen vgl. Kapitel IV.A.1 Dienstleistungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe, S. 118 ff.

<sup>500</sup> Vgl. Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2003), S. 111.

beiter eines Sozialdienstes sowie Pflegeberater in Frage kommen. Online-Plattformen ergänzen zunehmend diese Informationsmöglichkeiten.<sup>501</sup>

Je nach Informationsverarbeitungskapazität des Bewohners sowie dessen Angehörigen beschränken sich die Betroffenen in dieser Situation meist auf Schlüsselinformationen wie Markennamen, Test-Urteile oder Image.<sup>502</sup> Damit zielen diese Maßnahmen auf einen heuristischen Weg der Informationsverarbeitung der Anspruchsgruppen ab, sie vermitteln Informationen über eine Einrichtung in plakativer Weise.<sup>503</sup>

Neben einer Informationsentlastung für Bewohner und deren Angehörige muss gleichzeitig gewährleistet sein, dass die Bewertung der Pflegequalität als glaubwürdig eingestuft werden kann, um Vertrauen in die Einrichtung zu erhalten. Eine glaubwürdige Qualitätsbewertung entlastet den Adressaten nur, wenn sie nicht lediglich ein weiterer Beitrag zur herrschenden „Zertifizierungs-Hypertrophie“<sup>504</sup> ist, sondern eine *Alleinstellung*, also eine herausragende, sich von anderen Zertifizierungen abhebende Stellung einnimmt. Diesem Aspekt versucht der Gesetzgeber Rechnung zu tragen, indem

---

<sup>501</sup> Hierzu zählen Suchmaschinen wie google oder Plattformen wie facebook, twitter sowie eigene blogs. Es werden digital Informationen zu jeder Tages- und Nachtzeit bereitgestellt, in Online-Foren diskutiert und Bewertungen abgegeben.

<sup>502</sup> Es handelt sich hier um einen Fall mit mittlerem Niveau kognitiver Belastung, dessen Lösung mit begrenzter Informations- und Entscheidungstätigkeit einhergeht, dem so bezeichneten *Limited Problem Solving*. Vgl. Gottschalk, Ingrid (2001), S. 123.

<sup>503</sup> Eine Kommunikation bestimmter Qualitätsmerkmale sollte auch bei hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe über ein in diesem Rahmen sinnvolles Social Marketing geschehen. Der Begriff „Social Marketing“ wurde in den 1970er Jahren von Kotler und Zaltman geprägt. Vgl. Kotler, Philip; Zaltman, Gerald (1971) S. 3 ff. Social Marketing unterscheidet sich vom kommerziellen Marketing in der Zielrichtung der Einflussnahme auf die Nachfrager. Das heißt, kommerzielles Marketing versucht, das Verhalten der Zielgruppe zugunsten der Unternehmung und deren Ziele zu beeinflussen, Social Marketing hingegen soll soziales Verhalten zugunsten der Zielgruppe beziehungsweise der Allgemeinheit bewirken. Vgl. Meffert, Heribert (2000), S. 8; Koziol, Klaus; Pförtsch, Waldemar; Heil, Steffen; Albrecht Kathrin (2006), S. 4 f. Dabei orientieren sich die Bewohner sowie deren Angehörige anhand von Sucheigenschaften, die unter Umständen keinen unmittelbaren Aufschluss über die spätere bewohnerorientierte Pflegequalität liefern können. Gleichwohl können diese Sucheigenschaften entweder die Qualität aus früheren Transaktionen widerspiegeln, was sich im Image der Einrichtung äußern kann, oder sie können als Indikatoren für die zu erwartende Qualität, den Preis der Leistung sowie weitere Potentiale gelten. Vgl. Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2003), S. 111. Meffert und Bruhn sprechen hier von der so genannten *Vor-Konsumphase* beim Güterkauf.

<sup>504</sup> In Anlehnung an Schrader, Ulf (2002), S. 109 f.

er durch die Pflegenoten eine einheitliche Markierung, ähnlich einer Dachmarke,<sup>505</sup> ergänzt durch freiwillige Zertifizierungen, unternimmt.<sup>506</sup> Glaubwürdigkeit von Qualitätsurteilen entsteht unter Beachtung folgender Aspekte:<sup>507</sup>

- *Kompetenz* sowie *Unabhängigkeit der vergebenden Institution* müssen belegt sein. Für die Anspruchsgruppen der Altenhilfe kann erst dann Sicherheit über ein hohes Maß an bewohnerorientierter Pflegequalität bestehen, wenn die vergebende Institution tatsächlich in der Lage ist, diese Pflegequalität der Altenhilfeeinrichtung urteilssicher zu bewerten.<sup>508</sup>
- Zudem tragen *Klarheit und Transparenz der Vergabegrundlagen* zur Glaubwürdigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei. Vermutlich greifen auch deshalb viele Einrichtungen auf eine Zertifizierung nach in der Öffentlichkeit eher eingeführten Normen und Regelwerken zurück, wie sie die DIN EN ISO 9001 oder das EFQM-Modell darstellen.
- Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die *Kontrolle und Einhaltung der Vergabegrundlagen* des Zertifikates oder der gesetzlich zu dokumentierenden Prüfmaßnahme durch unabhängige Prüfstellen bei deutlichen *Sanktionen bei Verstoß gegen die Vergabegrundlagen*.<sup>509</sup>

Neben der Bindung an das SGB XI, das Qualitätsvorgaben für eine Mindestqualität gibt, sollte zudem die Darstellung von Optionen für eine Qualitätserhöhung durch eine Angebotserweiterung mithilfe entgeltlicher Individualleistungen in ein wirksames Qualitätsbewertungssystem integriert werden. Eine Einbindung des Bewohners und

---

<sup>505</sup> Eine Dachmarken-Strategie ist dann als sinnvoll zu betrachten, wenn die unter einem Dachzertifikat angebotenen Leistungen ein vergleichbares Qualitätsniveau besitzen und über ein hohes Vertrauenspotential verfügen. Vgl. Bruhn, Manfred (2004), S. 2310 f.

<sup>506</sup> Ähnlich dem BIO-Siegel nach dem Öko-Kennzeichengesetz vom 10.12.2001, das in Deutschland erfolgreich eingeführt wurde. Vgl. § 1 Öko-KennzG.

<sup>507</sup> Vgl. Schrader, Ulf (2002), S. 107 ff. Schrader stellt einen Kriterienkatalog für ein glaubwürdiges BIO-Siegel auf, das auf ein Bewertungssystem der Altenhilfe übertragen werden kann. Die Kriterien von Schrader sind in der oben stehenden Auflistung jeweils *kursiv* hervorgehoben. Zur Gesetzgebung zum Biosiegel vgl. Öko-KennzG.

<sup>508</sup> Dies können beispielsweise kirchliche oder andere Wohlfahrtsverbände sein, aber auch bekannte Zertifizierungsgesellschaften.

<sup>509</sup> In Anlehnung an Schrader, Ulf (2002), S. 107 ff.

seiner monetären Leistungsfähigkeit sollte aus diesem Grund viel stärker in die Wiedergabe von Pflegequalität mit einfließen, damit sich potentielle Bewohner oder deren Angehörige ein deutlicheres Bild von den Angeboten der Einrichtung machen können. Ein Stück weit mehr Ehrlichkeit und Transparenz in der Diskussion, dass die gesetzlichen Möglichkeiten einen Mindeststandard darstellen, und dass der Bewohner durch den monetären Eigenanteil die Qualität direkt beeinflussen kann, sollte zukünftig geboten sein. Eine Einbeziehung des monetären Streckfaktors unterstützt diese Art der Darstellung wesentlich. Abb. V-6 fasst Anforderungen an ein geeignetes Bewertungssystem in Verbindung mit gesetzlichen Forderungen des SGB XI zusammen.

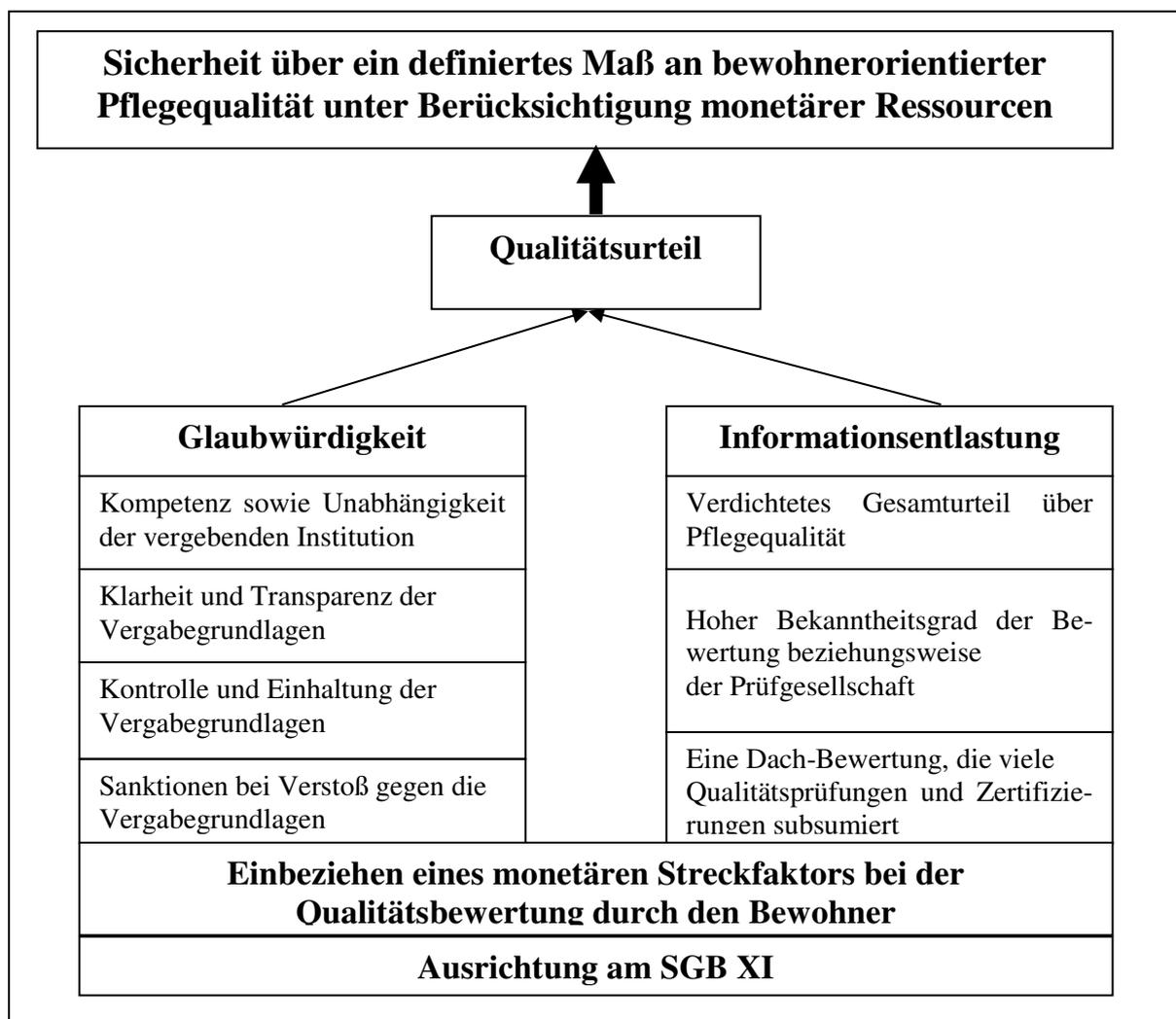


Abb. V-6: Anforderungen an ein wirksames Bewertungssystem von bewohnerorientierter Pflegequalität in der Altenhilfe unter Integration eines monetären Streckfaktors

b) Bewohnerorientierte Pflegequalität und deren Operationalisierung in Zukunft: ein Ausblick in Thesen

Welche Qualität für eine Versorgung im Alter eingefordert wird, hängt in erheblichem Maße nicht nur von den Anspruchsgruppen einer Einrichtung, sondern auch von den definierten Arbeits- und Funktionsbereichen und den marktwirtschaftlichen Dispositionsbereichen einer Einrichtung ab.

Die Schlagkraft der marktwirtschaftlichen Dispositionsbereiche wird im Wesentlichen von den zur Verfügung stehenden Ressourcen des Nachfragers, also des Bewohners oder dessen Angehörigen bestimmt. Diese Bereitstellung gestaltet sich jedoch vor allem dann schwierig, wenn die monetären Ressourcen ausschließlich aus der sozialen Pflegeversicherung stammen. Die darüber hinausgehenden Potentiale zur Bereitstellung eines Bewohnerorientierten Angebotes bestimmt sich wiederum an den Möglichkeiten des Bewohners, diese Angebote mit zusätzlichen Entgelten auch in Anspruch nehmen zu können.

Die Einführung des monetären Streckfaktors<sup>510</sup> in die Bestimmung und Messung von Pflegequalität sollte deshalb sowohl Eingang in die gesetzlichen vorgegebenen Qualitätsprüfungen als auch in ergänzende freiwillige Zertifizierungen finden.

Wie sollte also bewohnerorientierte Pflegequalität und deren Operationalisierung in Zukunft gestaltet sein? Folgende Thesen lassen sich anhand dieser Arbeit abschließend ableiten:

- 1) Zukünftige Pflege sollte sich damit auseinandersetzen müssen, dass es, angelehnt an die soziale Grundsicherung, eine Fokussierung auf eine *Grundqualität* geben wird. Deren Finanzierung durch die soziale Pflegeversicherung wird sich voraussichtlich auf notwendige Leistungen zur Abdeckung regenerativer Funktionen wie Körperpflege, Wäsche-, Geschirr-, Gebäudereinigung, Nahrungszubereitung und Verköstigung reduzieren.

---

<sup>510</sup> Zur Einführung eines monetären Streckfaktor siehe Kapitel IV.B.2.c)(2) Integration eines monetären Streckfaktors zur Komplettierung der Bewertung von Pflegequalität, S. 164 ff.

- 2) Es ist zu vermuten, dass eine Erfüllung weitergehender Funktionen durch hinreichende Leistungen mithilfe des eigenen Einkommens aus einer gesetzlichen sozialen Leistung, etwa der Rentenversicherung, nur noch in geringem Maße oder gar nicht mehr finanziert werden können. Insbesondere die Sozialisationsfunktion, zu der zum Beispiel Kommunikation, Mobilisierung, Wertevermittlung zählen, hängen sehr eng mit einer Bereitstellung von personellen Ressourcen zusammen. Die Selbstverantwortung jedes Einzelnen, Vorsorge für das Risiko „Alter“ zu treffen, wird in den nächsten Jahren zunehmen müssen.
- 3) Das Prinzip der Selbstverantwortung, das schleichend aber stetig in die gesetzlichen Versicherungssysteme, insbesondere in die Rentenversicherung, aber auch in die Pflegeversicherung Einzug gehalten hat, sollte viel nachdrücklicher kommuniziert werden. Eine monetär bewertete, bewohnerorientierte Pflegequalität, wie sie in dieser Arbeit definiert wurde, kann dies unterstützen, da verdeutlicht wird, dass das gesetzliche Sozialversicherungssystem lediglich einen Grundversorgungscharakter bietet, während Eigenleistung die vom Bewohner erlebte Pflegequalität erhöhen und sichern kann.
- 4) Eine Einteilung des Altenhilfeangebotes in unterschiedliche Kategorien, wie sie in dieser Arbeit herausgearbeitet wurden, sollte eine zusätzliche Überschaubarkeit zur Qualitätsbeurteilung in Abhängigkeit monetärer Ressourcen der Bewohner oder deren Angehörigen vermitteln:
  - Kategorie A:* Diese Einrichtungen bieten neben notwendigen Leistungen besonders attraktive Zusatzleistungen gegen Vergütung an;
  - Kategorie B:* Diese Organisationen stellen neben den vornehmlich notwendigen Leistungen ein überschaubares Angebot an Zusatzleistungen zur Verfügung;
  - Kategorie C:* Diese Betriebe bieten weit überwiegend notwendige Leistungen mit einem geringen Angebot an Zusatzleistungen an.

Abschließend ist anzuführen, dass bewohnerorientierte Pflegequalität, wie sie für diese Arbeit definiert wurde, in offener Kommunikation das weitergibt, was derzeit gesellschaftlich kaum Erwähnung findet:

Bewertete bewohnerorientierte Pflegequalität als individueller Maßstab richtet sich bereits heute und noch viel stärker in Zukunft nach den monetären Ressourcen des Bewohners beziehungsweise dessen Angehörigen.

## VI. Zusammenfassung

Eine würdige Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen im ambulanten und stationären Bereich kann in Deutschland als gesellschaftlich konsentiert bezeichnet werden. Dieser Konsens verdeutlicht sich unter anderem in der Sozialgesetzgebung beziehungsweise in Regelungen zur Sicherung von Pflegequalität im XI. Sozialgesetzbuch. Dennoch ergab sich als *Problemstellung*, dass trotz dieser gesellschaftlichen Einigkeit zur Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter keine übereinstimmende Begriffsbestimmung von Pflegequalität existierte. Als *Zielsetzungen* für diese Arbeit wurde deshalb abgeleitet, dass zunächst Voraussetzungen für eine Definition von Pflegequalität zu eruieren sind, und daran anschließend Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe definitorisch gefasst wird. Darauf aufbauend war eine Operationalisierung dieser neu zu bestimmenden Pflegequalität und damit die Voraussetzung für eine Implementierung zu schaffen.

Eine Definition von Pflegequalität muss aus unterschiedlichen Perspektiven heraus erarbeitet werden. In *Abschnitt II* wurden deshalb zunächst als grundlegende Parameter zur Versorgung durch ambulante und stationäre Altenhilfe sozioökonomische Grundlagen zum Lebensabschnitt im Alter näher betrachtet. Es wurde konstatiert, dass keine einheitliche Festsetzung von „Alter“, wenn dieses mit Beginn der Nacherwerbsphase korrelieren soll, angesetzt werden kann. Deshalb wurde eine erweiterte Einteilung der Altersgruppen vorgenommen und zugeordnet, die sich, basierend auf gesundheitlichen Kennzeichen, steigender Hilfsbedürftigkeit, geänderter Lebensgemeinschaften und Wohnformen in vier Abschnitte untergliedert: Jeweils eine Gruppe der Jungsenioren (60 bis 74 Jahre), der Senioren in der Umbruchphase (75 bis 79 Jahre), der Altsenioren (80 bis 89 Jahre) und schließlich der Hochbetagten (90 Jahre und älter).

Für Haushaltsformen im Alter bleibt festzustellen, dass eine Zunahme der Ein- und Zweipersonenhaushalte maßgeblich auf Senioren zurückzuführen ist; private Drei- und Mehrpersonenhaushalte verlieren in dieser Altersgruppe mehr und mehr an Bedeutung. Es ist eine enge Verknüpfung zwischen Hochbetagtheit und exponentiell wachsender Pflegebedürftigkeit erkennbar. Der Wunsch alter und pflegebedürftiger Menschen, im eigenen Haushalt oder bei Angehörigen zu verbleiben und, wenn möglich, mit ambu-

lanter Unterstützung den Eintritt in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden, steht nicht nur bei diesen pflegebedürftigen älteren Menschen im Vordergrund, sondern wird explizit durch die Sozialgesetzgebung im Pflegeversicherungsgesetz forciert.

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt die Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen durch verschiedene Versorgungssysteme. In der Vergangenheit wurde lediglich eine Betrachtung von drei in der haushaltswissenschaftlichen Literatur definierten Versorgungssystemen vorgenommen, nämlich der „Privathaushalt mit familiären und nachbarschaftlichen Strukturen“, der „gemeinwirtschaftliche Bereich“ und der „erwerbswirtschaftliche Bereich“. Aus heutiger Sicht muss diese Dreigliedrigkeit durch das Versorgungssystem „ehrenamtliche Helfer“ erweitert werden, so dass ein neues viergliedriges Versorgungssystem definiert wurde.

Im Vergleich zu den in den Haushaltswissenschaften definierten Haushaltsfunktionen für Privathaushalte und Einrichtungen der stationären Altenhilfe fällt auf, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung diesen Funktionen nicht gerecht werden kann. Dies wurde durch eine neue Korrelation ausgewählter Haushaltsfunktionen mit den Leistungen im Katalog der gesetzlichen Pflegeversicherung bei ambulant versorgten privaten Seniorenhaushalten sowie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe herausgearbeitet. Mit einem Schwerpunkt der Finanzierung von Regenerationsfunktionen, insbesondere der Körperpflege mit medizinisch-pflegerischem Fokus oder der Verköstigung, tritt beispielsweise die Finanzierung einer der wichtigsten Sozialisationsfunktionen, der Kommunikation, weit in den Hintergrund.

Als grundlegende Voraussetzung für eine qualitativ angemessene Versorgung im Alter ist neben den Leistungen aus den sozialen Versicherungssystemen auch die eigene monetäre Leistungsfähigkeit hervorzuheben. Eine Betrachtung der finanziellen Spielräume der Menschen in der Nacherwerbsphase verdeutlicht, dass neben der Finanzierung des Pflegebedarfs aus der Pflegeversicherung ein sinkendes Einkommen aus Renten aufgrund der durch demographische Entwicklungen veranlassten Rentenreformen zu erwarten ist. Damit ist abzusehen, dass den gesetzlichen Sozialversicherungssystemen eine Grundsicherung zukommen wird, und dass die Selbstverantwortung für eine

Finanzierung von Lebensrisiken wie Alter, Pflege und Krankheit jedes Einzelnen steigen muss. Es wurde konstatiert, dass monetäre Leistungsfähigkeiten im Alter erheblichen Einfluss auf eine zu definierende Pflegequalität nehmen werden.

Ausgehend von dem Aspekt, dass im Alter engere monetäre Spielräume von Seiten der Nachfrager vorliegen werden, erscheint eine „Markt“-Betrachtung von Angebot und Nachfrage in der Altenhilfe sinnvoll, wie dies in *Abschnitt III* vorgenommen wurde.

Es bleibt festzustellen, dass es im Austausch von Leistungen zu Marktversagen kommen kann, da Altenhilfe per se als meritorische Leistung betrachtet und von der angenommen wird, dass sie einen höheren Nutzen stiftet, als sich dies in der Nachfrage spiegeln könnte. Hier ergeben sich Eingriffsmöglichkeiten von staatlicher Seite beispielsweise durch moralische Appelle, staatliche Bereitstellung, Gebote beziehungsweise Verbote oder Auflagen, Erhebung von Steuern und Sozialversicherungsabgaben sowie Zahlung von Subventionen. Zudem kann der Markt aufgrund von Informationsmängeln versagen, so dass beispielsweise Informationspflichten über eine Kommunikation von Pflegequalität, wie an den aktuellen Pflegenoten zu erkennen, verhängt werden können. Aber auch die Setzung von Mindeststandards in der Pflege sowie Marktzugangsbeschränkungen, wie sie durch das Pflegeversicherungsgesetz oder das Heimgesetz geregelt sind, verdeutlichen dies. Aus der Literatur wurde abgeleitet, dass für den Markt der Altenhilfe der Begriff des „Soziomarktes“ sinnvoll erscheint, da hier entweder keine monetären Preise gefordert werden oder Preise entstehen, die sich nicht im freien Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage einpendeln.

Bei einer Betrachtung der Nachfragerseite auf dem Soziomarkt der Altenhilfe, also des älteren Menschen mit Pflegebedarf beziehungsweise dessen Angehörigen, könnte der Begriff des „Kunden“ nahe liegen. Dies wurde jedoch widerlegt, da hier auf Seiten des Nachfragers hohe Barrieren bestehen, aus dem Markt wieder auszusteigen, insbesondere im stationären Fall. Zudem wurde belegt, dass der Kundenbegriff dem menschlichen Bedürfnis nach familienähnlicher Zuwendung im Pflegefall widerspricht, so dass weitergehend der Begriff des „Pflegebedürftigen“ diskutiert wurde. Hierzu wurde konstatiert, dass in unserem Gesellschaftssystem Phänomene wie Alter, Krankheit, Schwäche, Siechtum und Tod aus dem sozialen Kontext ausgegrenzt werden, so dass

hier eine sprachliche Stigmatisierung entstehen kann. Aus diesem Grund wurde der Begriff des „Bewohners“ als zutreffend identifiziert, da dieser eine Sichtweise innerhalb einer Lebensgemeinschaft in einer Einrichtung oder dem Leben im eigenen Ein- oder Mehrpersonenhaushalt symbolisiert. Zudem sollte insbesondere unter dem Aspekt von Pflegequalität auch auf dem Soziomarkt der Altenhilfe die Schutzbedürftigkeit und Emotionalität des Bewohners in den Vordergrund rücken. Die in den Wirtschaftswissenschaften gängige Praxis, einen Nachfrager als homo oeconomicus, also überwiegend rational handelnd zu sehen, wurde für die Altenhilfe, wenn menschliches Miteinander im Fokus steht, als nicht adäquat belegt.

Auf Anbieterseite wurden ambulante und stationäre Altenhilfeeinrichtungen als Versorgungsverbund zwischen gemeinwirtschaftlicher und erwerbswirtschaftlicher Ausrichtung betrachtet. Während in der ambulanten Altenhilfe private Pflegedienste im Vordergrund stehen, dominieren bei stationären Einrichtungen öffentliche und freigemeinnützige Trägerschaften. Es bleibt festzustellen, dass eine allmähliche Vermischung der Betriebsziele Gewinnstreben und Bedarfsdeckung erfolgt. Das gleichzeitige Erhalten von Beiträgen aus Pflegeverträgen auf Basis der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung geht mit Entgelten von Bewohnern beispielsweise für Übernachtungsleistungen einher. Es wurde deshalb eine neue Definition für Betriebe der ambulanten und stationären Altenhilfe als „hauswirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe auf dem Soziomarkt der Altenhilfe“ bestimmt.

Erheblichen Einfluss auf eine zu definierende Pflegequalität nimmt das Leistungsangebot dieser Betriebe. Es wurden so bezeichnete „notwendige“ Leistungen dahingehend dargelegt, dass diese die grundlegenden Bedarfe gemäß SGB XI abdecken, während so bezeichnete „hinreichende“ Leistungen in der Art verstanden wurden, dass diese zusätzliche Angebote darstellen, die ein Bewohner ergänzend präferiert und durch eigene monetäre Leistungsfähigkeit nachfragen kann. Damit wurde eine neue Kategorisierung der Leistungen als einflussnehmende Faktoren auf eine zu definierende Pflegequalität vorgenommen.

Es wurde daraus folgend eine eigene Ableitung zur qualitativen Abstufung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben auf dem Soziomarkt der Altenhilfe in vier

Kategorien vorgenommen, wobei ein Betrieb der Kategorie A neben notwendigen besonders attraktive hinreichende Leistungen anbieten kann. Bei geringerem Angebot an hinreichenden Leistungen erfolgt eine Abstufung in Kategorie B, während Kategorie C weit überwiegend notwendige Angebote vorhält. Als Kategorie D wurden Angebote unterhalb der notwendigen Leistungen betrachtet, die zumeist auf einem Graumarkt zu finden sind und nicht über gesetzliche Versicherungsträger verrechnet werden können.

Eine zentrale Rolle innerhalb des Pflegeprozesses nehmen Mitarbeiter in Einrichtungen der Altenhilfe ein. Abstufungen von Merkmalen des so bezeichneten Dienstprinzips, wie eine uneingeschränkte Mitwirkung und Leistungsbereitschaft, moralische und ethische Verantwortung, immaterielle Beweggründe oder eine ganzheitliche Sichtweise des Leistungsauftrags können als einflussnehmend auf eine zu definierende Pflegequalität gesehen werden.

Um sich einer Definition von Pflegequalität zu nähern, erschien es sinnvoll, unterschiedliche Definitionen und Begrifflichkeiten in diesem Kontext zu untersuchen, wie dies in *Abschnitt IV* vorgenommen wurde. Da in der Altenhilfe überwiegend Dienstleistungen angeboten werden, wurden grundlegende Ausführungen aus der Literatur zu „Dienstleistung“ und „Dienstleistungsqualität“ kritisch gewürdigt und in den speziellen Kontext der Komplexität der Leistungserbringung in der Altenhilfe gestellt. Die aus der Literatur zur Verfügung stehenden unterschiedlichen pflege- und haushaltswissenschaftlichen Konzepte zur Pflegequalität wurden in einem eigens entwickelten, weitergehenden Schritt mit Haushaltsfunktionen in der Altenhilfe verknüpft.

Insbesondere aus der Sichtweise heraus, dass die Altenhilfe Leistungsbündel anbietet, deren Qualität sich an Strukturen, Prozessen und Ergebnissen ausrichtet, wurde angelehnt an den Qualitätsbegriff der DIN-Norm, auf Basis der Funktions-, Leistungs- und Faktorbereiche und unter Einbeziehung monetärer Aspekte eine *neue Definition* von Pflegequalität abgeleitet und als *bewohnerorientierte Pflegequalität* bestimmt.

Dem theoretischen Konstrukt folgte eine *neue, praxisorientierte Operationalisierung als Voraussetzung zur Implementierung* der bewohnerorientierten Pflegequalität über die Bildung eines Pflegequalitätswertes, der beinhaltet, dass jeder einzelne Funktions-

und Leistungsbereich Einfluss auf bewohnerorientierte Pflegequalität nimmt. Es können dabei sowohl die Einzelbewertung der Leistungsbereiche als auch der Gesamtwert zur bewohnerorientierten Pflegequalität nachvollziehbare Aussagen über die Güte einer Einrichtung liefern und spiegeln aufgrund eines transparent nachvollziehbaren Notensystems eine messbare Pflegequalität wider.

Erweiternd besteht für den Bewohner die Möglichkeit, dass dieser in Abhängigkeit seiner persönlichen Bedarfe für den Erhalt von Leistungsbündeln ein bestimmtes Budget aus Beiträgen der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich selbst zu leistender Entgelte einsetzt. Dabei zieht der Pflegeversicherungsbeitrag *keine* individuelle Erhöhung der Pflegequalität nach sich, wohingegen das eigene Entgelt die Pflege über das Grundmaß hinaus erhöhen kann. Daraus folgernd wurde der Pflegequalitätswert durch einen eigens entwickelten *monetären Streckfaktor* ergänzt, der ausschließlich aus den Möglichkeiten des Bewohners gestaltet werden kann. Damit erlangt der Bewohner selbst unmittelbaren Einfluss auf die Pflegequalität und deren Bewertung.

Aus dieser Definition heraus wurde eine dreistufige qualitative Bewertung von Einrichtungen der Altenhilfe vorgenommen, die sich an der individuellen monetären Leistungsfähigkeit des Bewohners orientiert: eine „Basispflegequalität“, die ausschließlich Leistungen aus der gesetzlichen sozialen Pflegeversicherung zu Grunde legt, eine „gehobene Pflegequalität“, die geringfügig über das gesetzlich determinierte Maß hinaus weitere Leistungen beinhaltet sowie eine „Premiumqualität“, die weit über das gesetzlich vorgegebene Maß hinaus gehende Leistungen impliziert.

In *Abschnitt V* schließlich wurde untersucht, inwiefern bestehende Qualitätssicherungsmechanismen die definierte bewohnerorientierte Pflegequalität zu sichern vermögen. Gesetzlich determinierte Qualitätssicherung für stationäre Einrichtungen erfolgt in ganz grundsätzlicher Art im Heimgesetz von 1974. Eine weit darüber hinausgehende Konkretisierung ist im XI. Sozialgesetzbuch zu finden, der sozialen gesetzlichen Pflegeversicherung, die seit 1995 besteht. Gesetzliche Qualitätssicherung gründet auf einer Orientierung an einer Basispflegequalität, die insbesondere regenerative Funktionen in den Vordergrund rückt. Hierfür vorgesehene Qualitätsprüfungen vermögen eben diese Basispflegequalität in Pflegenoten zu repräsentieren. Es wurde die

Möglichkeit aufgezeigt, die Pflegenoten für eine Einrichtung, angelehnt an die vorher dreistufige Bewertung, je nach Leistungsangebot zu erweitern.

Ergänzt werden kann eine gesetzliche Prüfung durch freiwillige Zertifizierungen, die auch in eine Benotung zur Außendarstellung von Pflegequalität hineinfließen können. Ein Abriss über die Zertifikatsvielfalt in der Altenhilfe und deren zu Grunde gelegten unterschiedlichen Qualitätsmanagementsysteme erschien deshalb innerhalb dieser Arbeit obligatorisch.

Ein Vergleich von freiwilligen Zertifizierungen und gesetzlichen Qualitätsprüfungen anhand von Literaturrecherche und einer eigenen Fallstudie ergab, dass Zertifizierungen zwar ergänzende Instrumente zur Implementierung von Pflegequalität, insbesondere innerhalb des Pflegeprozesses, darstellen können, jedoch eher keine signifikante Verbesserung der gesetzlich determinierten Pflegequalität ausüben. Gleichzeitig dienen sie, wenn sie als glaubwürdig eingestuft werden können, einer erheblichen Informationsentlastung für Bewohner bei der Wahl einer ambulanten oder stationären Altenhilfe. Daraus folgend wird zusammenfassend ein neues Anforderungsprofil an ein wirksames Qualitätsbewertungssystem im Kontext der neu definierten bewohnerorientierten Pflegequalität dargestellt.

Bewohnerorientierte Pflegequalität, wie sie in dieser Arbeit abgeleitet wurde, orientiert sich an den Funktions- und Leistungsbereichen eines Haushalts, die weit über das gesetzlich determinierte Maß hinausgehen und kommuniziert in offener Weise, dass Pflegequalität als individueller Maßstab die monetären Ressourcen des Bewohners mit einbeziehen sollte. Diese Betrachtungsweise trägt damit wesentlich zur Versachlichung und „ehrlichen“ Darstellung der in der Zukunft liegenden und von allen zu antizipierenden Versorgung als Altsenior oder Hochbetagter bei.

## Anhang

### Anhang 1: Darstellung der untersuchten Einrichtungen der Fallanalyse

	Einrichtung A		Einrichtung B	
<b>Trägerschaft</b>	Kirchlich		Kommunal	
<b>Zertifiziertes Qualitätssicherungssystem</b>	träger-eigen entwickelt		DIN EN ISO 9001:2000	
	<b>absolut</b>	<b>%</b>	<b>absolut</b>	<b>%</b>
<b>Bewohner insgesamt</b>	126	100	56	100
davon weibliche Bewohner	114	90	50	89
davon männlich Bewohner	12	10	6	11
<b>Bewohner ohne Pflegestufe</b>	36	29	0	0
<b>Bewohner in Pflegestufe I</b>	39	31	17	30
<b>Bewohner in Pflegestufe II</b>	28	22	22	39
<b>Bewohner in Pflegestufe III</b>	23	18	17	30
<b>durchschnittliches Eintrittsalter</b>	85 Jahre		86 Jahre	
	<b>absolut</b>	<b>%</b>	<b>absolut</b>	<b>%</b>
<b>Anzahl Mitarbeiter</b>	80	100	32	100
davon in der Pflege	60	75	23	71
davon in der Küche	} zusammengefasst		4	11
davon in der Hauswirtschaft			16	20
davon in der Verwaltung	4	5	1	3
<b>Kosten für einen vollstationären Pflegeplatz im Einzelzimmer pro Tag:</b>				
Ohne Pflegestufe	61,03 €		67,52 €	
in Pflegestufe I	83,12 €		88,32 €	
in Pflegestufe II	96,46 €		100,87 €	
in Pflegestufe III	106,29 €		110,12 €	
<b>Zzgl. Ausbildungszuschlag/Tag Gem. § 82 a SGB XI, alle Pflegestufen</b>	0,14 €		0,15 €	

## Anhang 2: Unterziele der Evaluation zur Beurteilung der Pflegequalität

<b>Wohnen/Unterkunft:</b>
1. Das Eigentum der Bewohner wird geschützt
2. Die Einrichtung ist gepflegt, bequem, je nach individueller Hilfeleistung ausgestattet
3. Es gibt Räumlichkeiten zur Ausübung von Hobbys und individueller Freizeitgestaltung
4. Räume und Einrichtung fördern die Kommunikation
5. Es besteht Zugang zu Medien (TV, Zeitung)
Es gibt Informationen über das Leistungsangebot
6. Es besteht die Wahlmöglichkeit von Einrichtungen
Es besteht die Möglichkeit des Rückzugs
7. Die Atmosphäre des Hauses ist wohltuend und einladend
Die Mitarbeiter haben ein angemessenes und ansprechendes Erscheinungsbild
<b>Gebäudereinigung:</b>
1. Es wird regelmäßig gereinigt
2. Die Abfalleimer sind regelmäßig geleert
3. Bewohner können auf Wunsch selbst reinigen
4. Das Reinigungspersonal geht mit den Bewohnern gut um
5. Die Mitarbeiter können über Reinigungsmittel Auskunft geben
6. Reinigungskräfte akzeptieren die Privatsphäre, z.B. klopfen an
7. Es gibt keine unangenehmen Gerüche im Schlaf- und Aufenthaltsbereich
<b>Wäscheversorgung:</b>
1. Die Wäsche wird regelmäßig gewechselt.
Die Bewohner erhalten ihre eigene Wäsche zurück
2. Geeignete und trockene Wäsche, um Wundliegen zu vermeiden
3. Die Bewohner können auf Wunsch selbst waschen und haben Zugang zu Wasch- und Trocknungsmöglichkeit
4. Es besteht die Möglichkeit, in den Wasch- und Nähraum zu gehen und mit dem Personal zu sprechen.
5. Die Bewohner wissen über die Waschorganisation Bescheid
6. Die Bewohner können ihre Wäsche nach ihren eigenen Vorstellungen nutzen
7. Die Wäsche hat nach dem Waschen eine angenehme Duftnote und Optik

<b>Verpflegung</b>
1. Die Mahlzeiten werden regelmäßig zu den angemessenen Zeiten angeboten
2. Das Angebot des Essens ist nährstoffgerecht
Das Essen wird individuell portioniert
Das Essen ist nur im Bedarfsfall püriert
Es wird für ausreichendes Trinken gesorgt (evtl. Hilfestellung)
3. Die Essensausgabe richtet sich nach der Mobilität der Bewohner
Es wird nicht aus Zeitmangel gefüttert sondern selbständiges Essen gefördert
4. Bewohner sind beim Essen sozial eingebunden, z.B. Gespräche mit Mitarbeitern, Angehörige
5. Bewohner sind über das Wahlangebot der Speisen informiert
6. Das Essen stimmt mit der religiösen oder kulturellen Vorgabe überein
7. Das Essen ist ansprechend angerichtet
<b>Pflege</b>
1. Die Pflegezeiten, die den persönlichen zeitlichen Bedürfnissen entsprechen (z.B. Morgentoilette), werden eingehalten
Die Pflegewünsche der Bewohner werden berücksichtigt z.B. Bobath-Konzept
Pfleger/Ärzte sind im Bedarfsfall 24 h zur Verfügung
Es stehen ausreichend Mitarbeiter in der Intensiv-Pflege zur Verfügung, z.B. beim Heben, Drehen
Es stehen ausreichende Pflegehilfsmittel zur Verfügung (Bsp. Rollstühle, Lifter, Hubwannen, Gehhilfen)
Es ist auf Barrierefreiheit geachtet (keine großen Stufen, Haltegriffe)
2. Die Bewohner werden laufend beobachtet (Aussehen, Vitalwerte, präventive Maßnahmen z.B. gegen Wundliegen, Soor, Harnwegsinfekte)
Es wird auf psychische Stabilität geachtet (Depressionen, Aggressionen)
Es gibt präventive Maßnahmen, z. B. Orientierungs- und Konzentrationstraining
3. Es wird die Bereitschaft zur Mitarbeit geweckt, z. B. bei Morgentoilette, Anregung zu Basteln, Malen
4. Es gibt die Möglichkeit des Gesprächs zwischen Bewohnern und Mitarbeitern bzw. weiteren Bewohnern
Es gibt Veranstaltungen im Heim
Es gibt Fahrgelegenheit zu externen Veranstaltungen
5. Bewohner und Angehörige sind über den Gesundheitszustand informiert
Es werden im Tagesablauf zur Orientierung bestimmte Fixpunkte erfasst
6. Die Privatsphäre und Intimität ist gewahrt, z.B. Anklopfen durch Mitarbeiter, räumliche Abtrennung bei Intimpflege
Für seelischen Beistand und Sterbebegleitung ist gesorgt

7. Der Bewohner fühlt sich wohl durch ansprechende Umgebung (Raum, Personal, bedarfsgerechte Reinigung...)
<b>Geldwirtschaft:</b>
Das Leistungsangebot der Einrichtung wird aufgrund der finanziellen Sicherheit des Heimes gewährleistet Verfügungsgeld (Taschengeld) wird ordnungsgemäß verwendet bzw. verwahrt
<b>Personalwirtschaft:</b>
z.B. die Mitarbeiter sind qualifiziert und regelmäßig geschult Die Mitarbeiter sind zeitlich bedarfsgerecht verfügbar
<b>Materialwirtschaft:</b>
Lebensmittel: einwandfrei, Abwechslung, optimale Nährstoffdichte Wäsche: schwer entflammbar, entsprechen den Hygienebedingungen, sollen Wundliegen vermeiden Möbel: sichere Möbel und Hausgeräte (seniorengerecht) Putzmittel: Schutz vor Verätzungen
<b>Anlagenwirtschaft:</b>
Anlage ist verkehrssicher und gesicher

**Anhang 3: Interview-Leitfaden zur Erhebung des Nutzens einer Zertifizierung**

Einrichtung \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Interviewer \_\_\_\_\_ Interviewpartner \_\_\_\_\_

bei Bewohner:

Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w) \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

in der Einrichtung seit \_\_\_\_\_

Vorstellen des Interviewers und kurzer Verweis auf Dissertation im Bereich Qualitätsmanagement

Um Verwendung des Diktiergerätes ersuchen

Auf die Anonymität der Befragung verweisen

**Einleitung**

1. Bekanntheit des Zertifikates?
2. Bedeutung des Zertifikates für den Interviewpartner?
3. Hat das Zertifikat bei der Auswahl der Einrichtung eine Rolle gespielt?

**Nutzen der Zertifizierung**

1. Zusätzlicher Nutzen der Zertifizierung zum per Gesetz vorgegeben QM-System?
2. Nutzen der Zertifizierung nach innen, auf die Mitarbeiter in Bezug auf:
  - Nacharbeit
  - Leerlaufzeiten

- Problemfälle
- Fluktuation
- Neuakquisition von Mitarbeitern
- eigene Ideen?

3. Nutzen der Zertifizierung nach außen, in Bezug auf den Bewohner bzw. potentiellen Bewohner

- werden Abbrüche von Verträgen eher vermieden?
- Bereitschaft der Bewohner vorhanden, aufgrund Zertifizierung einen höheren Preis zu bezahlen?
- Ist die Zertifizierung der Grund für Bewohner, dieses Heim zu wählen? Zahlen?
- wurde die negative Außenwirkung aus den Medien, die durch Pressemeldungen über angeblich schlechte Pflege durch die Zertifizierung verringert, so dass mehr neue Bewohner gekommen sind?
- Eigene weitere Ideen?

### **Pflegequalität**

1. Was verstehen Sie unter Pflegequalität?

2. Eindruck, die Pflegequalität ist durch die Zertifizierung verbessert worden?

Wenn ja, in welchen Bereichen und warum?

3. Eventuell vertiefende Fragen zur Pflegequalität

Beurteilung folgender Bereiche:

- 
- Wohnen/Unterkunft
  - Reinigungshygiene
  - Wäscheversorgung
  - Verpflegungsbereich (Essen und Trinken)
  - Pflegebereich (Intensive Pflege)
  - Geldwirtschaft
  - Personal/Mitarbeiter
  - Materialwirtschaft in Bezug auf
    - Lebensmittel
    - Wäsche
    - Möbel, Hausgeräte
    - Putz- und Waschmittel, Hygieneartikel
    - Standort des Heimes, Außenanlagen, Sicherheitstechnik

beziehungsweise stattdessen weiter mit Fragebogen zur Ermittlung des Pflegequalitätswertes.

## Anhang 4: Kodierleitfaden

<b>2.1. Nutzen einer Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems</b>				
	<b>Kodierte Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele (Textbeispiele)</b>	<b>Kodierregeln (bei Abgrenzungsproblemen)</b>
<b>1</b>	großer Nutzen = große Vorteile gegenüber dem gesetzlichen QM-System	Beschreibung eines großen Vorteils gegenüber dem gesetzlich vorgeschriebenen System	„es ist viel besser bei ...“ „großer Vorteil, weil...“	
<b>2</b>	geringer Nutzen = geringe Vorteile gegenüber dem gesetzlichen QM-System	Beschreibung eines geringen Vorteils gegenüber dem gesetzlich vorgeschriebenen System	„Vorteil nicht besonders groß“ „teils, teils besser geworden“	
<b>3</b>	kein Nutzen = keine Vorteile gegenüber dem gesetzlichen QM-System	kein Vorteil gegenüber dem gesetzlich vorgeschriebenen System, eventuell sogar ein Nachteil	„keine Vorteile zu sehen“ „nicht besser geworden“ „viel mehr Arbeit“	
<b>2.2.1 Nacharbeiten</b>				
	<b>Kodierte Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele (Textbeispiele)</b>	<b>Kodierregeln (bei Abgrenzungsproblemen)</b>
<b>1</b>	großer Nutzen = es fallen weniger Nacharbeiten an	Der Arbeitsablauf ist viel klarer und strukturierter	„ich kann mich auf die Arbeit verlassen ...“ „jeder weiß, was er tun muss...“ Prozesse sind klarer“	
<b>2</b>	geringer Nutzen = wenig Veränderung bezüglich der Nacharbeiten	Der Arbeitsablauf hat sich nicht wesentlich verändert	„Prozess ist vielleicht mal optimiert worden“	
<b>3</b>	kein Nutzen = Keine Veränderung bezüglich der Nacharbeiten/ es gab vorher schon keine Nacharbeiten	Keine Veränderung des Arbeitsablaufes	„es ist keine Veränderung zu sehen“	

<b>2.2.2 Leerlaufzeiten</b>				
	<b>Kodierte Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele (Textbeispiele)</b>	<b>Kodierregeln (bei Abgrenzungsproblemen)</b>
<b>1</b>	großer Nutzen = starke Verringerung der Leerlaufzeiten	Arbeitsabläufe werden stark verbessert, Schnittstellen zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen funktionieren besser	„es wird effektiver zusammengearbeitet“, „weniger Wartezeiten als vorher“ „Zusammenarbeit geht viel schneller“	Abgrenzung gegenüber Arbeitsüberlastung, das heißt, wenn zu wenig Spielraum im Arbeitsablauf besteht, ist der Nutzen eher gering einzuschätzen
<b>2</b>	geringer Nutzen = schwache Verringerung der Leerlaufzeiten	Kaum Verbesserung in den o.g. Bereichen feststellbar	„manchmal geht es besser in der Zusammenarbeit“ „Bei Leerläufen kaum Veränderung zu spüren“	
<b>3</b>	kein Nutzen = keine Verringerung der Leerlaufzeiten	Keine Verbesserung in den o.g. Bereichen, eventuell sogar Verschlechterung	„es gab vorher keine Leerläufe“ „Leerläufe bestehen immer noch“	
<b>2.2.3 Problemfälle in den einzelnen Bereichen</b>				
	<b>Kodierte Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele (Textbeispiele)</b>	<b>Kodierregeln (bei Abgrenzungsproblemen)</b>
<b>1</b>	großer Nutzen = starke Verbesserung beim Umgang mit Problemfällen (Dekubitus, Hygiene)	Umgang mit Problemfällen wesentlich verbessert	„große Verbesserung bei Problemfällen“	
<b>2</b>	geringer Nutzen = schwache Verringerung der Leerlaufzeiten	Kaum Verbesserung in den o.g. Bereichen feststellbar	„manchmal Verbesserung bei Problemfällen“	
<b>3</b>	kein Nutzen = keine Verringerung der Leerlaufzeiten	Keine Verbesserung in den o.g. Bereichen, eventuell sogar Verschlechterung	„keine Verbesserung bei Problemfällen“ „war vorher gut geregelt“	

<b>2.2.4 Fluktuation der Mitarbeiter</b>				
	<b>Kodierte Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele (Textbeispiele)</b>	<b>Kodierregeln (bei Abgrenzungsproblemen)</b>
<b>1</b>	großer Nutzen = wesentlich weniger Mitarbeiterwechsel	Fluktuation geringer seit Zertifizierung	„Mitarbeiter identifizieren sich besser mit der Einrichtung“ „geringerer Wechsel seit Zertifizierung“	
<b>2</b>	geringer Nutzen = wenig Unterschied durch Zertifizierung in Bezug auf Mitarbeiterwechsel spürbar	Fluktuation hat sich etwas geändert	„geringer Unterschied zu spüren bei der Zahl an Mitarbeiterwechsel“	
<b>3</b>	kein Nutzen = keine Veränderung spürbar in Bezug auf Mitarbeiterwechsel	Kein Unterschied in der Fluktuation feststellbar	„kein Unterschied zu erkennen“ „Fluktuation hat andere Gründe“	
<b>2.2.5 Neuakquisition von Mitarbeitern</b>				
	<b>Kodierte Ausprägung</b>	<b>Definition der Ausprägung</b>	<b>Ankerbeispiele (Textbeispiele)</b>	<b>Kodierregeln (bei Abgrenzungsproblemen)</b>
<b>1</b>	großer Nutzen = Neuakquisition von Mitarbeitern geht leichter	Zertifikat spielt eine große Rolle bei der Neuakquisition	„Zertifikat ist für Bewerber wichtig“ „Bewerber fragen nach dem Zertifikat“	
<b>2</b>	geringer Nutzen = wenig Unterschied durch Zertifizierung bei Akquisition von Mitarbeitern	Gelegentlich spielt es eine Rolle bei der Neuakquisition	„noch kein großer Unterschied spürbar, aber es wird immer wichtiger“	
<b>3</b>	kein Nutzen = keine Veränderung spürbar in Bezug auf Neuakquisition von Mitarbeitern	Zertifikat spielt keine Rolle bei der Neuakquisition	„bei Neuakquisition nicht wichtig“ „Situation auf dem Arbeitsmarkt ist wichtig, nicht die Zertifizierung“	

## Quellenverzeichnis

### Gesetze

HeimG: Heimgesetz, in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), das zuletzt durch Artikel 3 Satz 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) geändert worden ist.

ÖkoKennzG: Gesetz zur Einführung und Verwendung eines Kennzeichens für Erzeugnisse des ökologischen Landbaus (Öko-Kennzeichengesetz), in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Januar 2009 (BGBl. I S. 78), das durch Artikel 29 des Gesetzes vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1934) geändert worden ist.

PfWG: Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.05.2008, in Kraft am 01. Juli 2008 (BGBl. 2008 I, Nr. 20, S. 874).

PQsG: Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) vom 09. September 2001, in Kraft getreten am 01.01.2002 (BGBl. I, Nr. 47, S. 2320 – 2330).

RRG: Rentenreformgesetz vom 16. Oktober 1972 (BGBl. I S. 1965), das zuletzt durch Artikel 93 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864) geändert worden ist.

SGB II: Zweites Buch Sozialgesetzbuch, Grundsicherung für Arbeitsuchende, Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850), das durch Artikel 3a des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) geändert worden ist.

SGB XI: Elftes Buch Sozialgesetzbuch, Soziale Pflegeversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist.

SGB XII: Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch, Sozialhilfe, Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022), das zuletzt durch Artikel 3b des Gesetzes vom 20. Juni 2011 (BGBl. I S. 1114) geändert worden ist.

## Literatur

- Anders, Jennifer; Krause, Tom (2005): Dekubitus. In: Raem, Arnold, Maria; Fenger, Hermann; Kolb, Gerald; u.s.w. (Hrsg.): Handbuch Geriatrie – Lehrbuch für Praxis und Klinik, Düsseldorf 2005, S. 1433 - 1439.
- Arend, Stefan (2001): Plakette erhalten: TÜV prüfte Qualität im Wohnstift Medina. In: Care konkret – Wochenzeitung für das Pflegemanagement, 4. Jg. (2001), Nr. 43, S. 4.
- Atteslander, Peter (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung, 10., neu bearb. u. erw. Aufl., Berlin, New York 2003.
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2003): Lebensphase Alter – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, 2., überarb. u. erw. Aufl., Weinheim, München 2003.
- Backes, Gertrud M.; Höltge, Jacqueline (2008): Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In: Erlinghagen, Marcel; Hank, Karsten (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften, Wiesbaden 2008, S. 277 - 303.
- Bahle, Thomas (2007): Wege zum Dienstleistungsstaat, Wiesbaden 2007.
- Barth, Myriam (2002): Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege, 2. Aufl., München, Jena 2002.
- Bartholomeyczik, Sabine; Hunstein, Dirk; Koch, Veronika; Zegelin-Abt, Angelika (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitmessung, Frankfurt a. M. 2001.
- Becker, Peter (2005): Prozessorientiertes Qualitätsmanagement nach der Ausgabe Dezember 2000 der Normenfamilie DIN EN ISO 9000 – Zertifizierung und andere Managementsysteme, 4., vollst. überarb. Aufl., Renningen 2005.
- Becker, Wolfgang (1998): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 27. Jg. (1998), Nr. 5, S. 35 - 41.
- Blosser-Reisen, Lore (Hrsg.) (1976): Grundlagen der Haushaltsführung. Eine Einführung in die Wirtschaftslehre des Haushalts, Baltmannsweiler 1976.

- Bobzien, Monika; Stark, Wolfgang; Straus, Florian (1996): Qualitätsmanagement, Alling 1996.
- Böcker, Franz (1996): Marketing, 6., überarb. Aufl., Stuttgart 1996.
- Bohsem, Guido (2011): Heime und ambulante Pflegedienste – Koalition verschärft Pflege-TÜV. In: Süddeutsche Zeitung, 67. Jg. (2011), Nr. 20, Ausgabe Bayern, S. 1.
- Bottler, Jörg (1982): Wirtschaftslehre des Großhaushalts, Stuttgart u.s.w. 1982.
- Bottler, Jörg (1986): Zum Erkenntnisobjekt der Wirtschaftslehre des Großhaushalts. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 34. Jg. (1986), Nr. 3, S. 120 - 123.
- Bottler, Jörg (1997): "... zum Versorgungsverbundsystem". In: Meier, Uta (Hrsg.): Vom Oikos zum modernen Dienstleistungshaushalt, Frankfurt a. M., New York 1997, S. 132 - 141.
- Bottler, Jörg; Seel, Ingrid (1976): Das Leistungsangebot der Großhaushalte und sein Einfluss auf die Funktionsveränderungen in der Familien- und Haushaltsführung. In: Schweitzer, Rosemarie, von; Pross, Helge (Hrsg.): Die Familienhaushalte im wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Göttingen 1976, S. 319 - 374.
- Bräunig, Dietmar (2007): Großhaushalte im Versorgungsverbund. In: Bräunig, Dietmar (Hrsg.): Der Großhaushalt im Versorgungsverbund – Festschrift für Prof. Dr. Jörg Bottler zur Vollendung des 70. Lebensjahres, Baltmannsweiler 2007, S. 16 - 24.
- Brandenburg, Uwe et alre (1990): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht 51, Dortmund 1990.
- Breitscheidel, Markus (2007): Abgezockt und totgepflegt – Alltag in deutschen Pflegeheimen, Frankfurt/Main 2007.
- Bruhn, Manfred (2004): Markenführung für Nonprofit-Organisationen. In: Bruhn, Manfred (Hrsg.) (2004): Handbuch Markenführung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden 2004, Bd. 3, S. 2295 - 2330.
- Bruhn, Manfred (1997): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden, 2., überarb. U. erw. Aufl., Berlin u.a. 1997.

- Bruhn, Manfred; Georgi, Dominik (1999): Kosten und Nutzen des Qualitätsmanagements. Grundlagen, Methoden, Fallbeispiele, München 1999.
- Bürk, Annerose (1979): Kostenstellenrechnung in Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, Stuttgart 1979.
- Büssing, André (2000): Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen. Eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten, Dortmund, Berlin 2000.
- Bundesanzeiger (1973) Nr. 121 vom 7. Juli/ RAL-Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. (Hrsg.): Grundsätze für Gütezeichen, RAL-Gz 1/ 1973.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (Hrsg.) (1998): Verordnung über personelle Anforderungen für Heime, letzte Änderung vom 22.06.1998, Berlin 1998.
- Bundesministerium des Inneren (BMI) (Hrsg.) (2005): Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD), Berlin 2005.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2006a): Statistisches Jahrbuch 2006, Bonn 2006a.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2006b): Informationen zur Anpassung der Regelaltergrenze an die demographische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin 2006b.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2006c): In die Zukunft gedacht. Bilder und Dokumente zur Deutschen Sozialgeschichte, 6., neu überarb. u. erw. Aufl. 2006c.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.) (1993): Erster Altenbericht – Die Lebenssituation älterer Menschen in der Gesellschaft, Drucksache 12/5897, Bonn 1993.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hrsg.) (1994): Nutzungsanalyse altenspezifischer Wohnformen, Schriftenreihe Bd. 39, Stuttgart 1994.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Stuttgart u. a. 1997.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)(Hrsg.)

- (1998a): Zweiter Altenbericht – Wohnen im Alter, Drucksache 13/9750, Bonn, 1998a.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (1998b): Eine Gesellschaft für alle Lebensalter: Beiträge zum internationalen Jahr der Senioren 1999, Stuttgart u. a. 1998b.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2001): Dritter Altenbericht – Alter und Gesellschaft, Drucksache 14/5130, Berlin 2001.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002): Vierter Altenbericht: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Drucksache 14/8822, Berlin 2002.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2004): Der Heimbeirat, Berlin 2004.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) (Hrsg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Berlin 2005.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2007): Chancen erkennen und nutzen: Alternde Gesellschaften im internationalen Vergleich, Berlin 2007.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG), vom 28.05.2008, in Kraft am 01. Juli 2008 [Bundesgesetzblatt (BGBl.) (2008), Teil I, Nr. 20, S. 874].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/10). Aus:  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_statistiken/pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Mai-2010.pdf), Zugriff vom 16.02.2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010a): Ratgeber zur Pflege, Berlin 2010.

- Bundesministerium für Gesundheit (2011): Pflegeversicherung – Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. Aus: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_statistiken/pflege/Leistungsempfaenger-Jahresende-Pflegestufen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/pflege/Leistungsempfaenger-Jahresende-Pflegestufen.pdf), Zugriff vom 16.02.2011.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, o. O. 2001.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2002): Entwurf einer Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV) vom Juni 2002, Berlin 2002. Aus: [http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/5\\_sgb\\_11\\_aenges.pdf](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/5_sgb_11_aenges.pdf), Zugriff vom 08.10.2003.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2003): Vorblatt zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG) vom 17. Juni 2003. Aus: [http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/5\\_sgb\\_11\\_aenges.pdf](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/5_sgb_11_aenges.pdf), Zugriff vom 12.10.2003.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, o. O. 2004.
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2005): Die soziale Situation in Deutschland, Bonn 2005.
- Caster, Alexandra (2004): Qualität in der stationären Pflege – Die Bedeutung der Zertifizierung, Hamburg 2004.
- Corsten, Hans (1985): Die Produktion von Dienstleistungen. Grundzüge einer Produktionswirtschaftslehre des tertiären Sektors, Berlin 1985.
- Corsten, Hans (1988): Dienstleistungen in produktions-theoretischer Interpretation. In: Das Wirtschaftsstudium, 17. Jg. (1988), Nr. 2, S. 81 - 87.
- Danner, Helmut (2006): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik, Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik, 5., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart, New York 2006.
- Darby, Michael R.; Karni, Edi (1973): Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. In: Journal of Law and Economics, Vol 16 (1973), Nr.4, S. 67 - 88.

- Daumenlang, Konrad; Palm, Wolfgang (1997): Qualitätsmanagement. In: Hauser, Albert; Neubarth, Rolf; Obermair, Wolfgang (Hrsg.): Management-Praxis – Handbuch soziale Dienstleistungen, Neuwied u. a. 1997.
- Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (1993): Qualitätsmerkmale der Leistungen in Einrichtungen der Altenhilfe, erarbeitet vom Fachausschuß Großhaushalt der DGH, Baltmannsweiler 1993.
- Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH) (Hrsg.) (2004): Management des hauswirtschaftlichen Dienstleistungsbetriebs, München 2004.
- Deutscher Akkreditierungsrat (DAR) (Hrsg.) (2004): EA-Leitfaden zur Anwendung der EN 45012, Version 3.0, Berlin 2004.
- Deutscher Akkreditierungsrat (DAR) (Hrsg.) (2006): DAR – Deutscher Akkreditierungsrat. Aus: <http://www.dar.bam.de/struktur.html>, Zugriff vom 20.03.2006.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (Hrsg.) (2007): Positionspapier des DBSH: Tätigkeitsmerkmale einer neuen Entgeltordnung zum neuen TVöD im Bereich: Soziale Arbeit, Essen 2007.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung . Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997, Bonn 1997.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1994): Qualitätsmanagement und Statistik. Verfahren 3: Qualitätsmanagementsysteme. In: DIN-Taschenbuch 226, 2. Aufl., Berlin u. a. 1994.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995a): DIN-Term: Qualitätsmanagement, Statistik, Zertifizierung, Begriffe aus DIN-Normen, 2., erw. Aufl., Berlin u. a. 1995a.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (1995b): DIN ISO 8402: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung – Begriffe, Ausgabe 01.09.1995, o. O. 1995b.
- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (2000): DIN EN ISO 9001:2000: Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen, Ausgabe Dezember 2000, o. O. 2000.

- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (Hrsg.) (2008): DIN EN ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen, Ausgabe Dezember 2008, o. O. 2008.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): Veröffentlichungs-Liste zu den Expertenstandards des DNQP nach Themen geordnet, o. O., 2010.
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quaterly, 44.Jg., Nr. 2, S. 166 - 206.
- Donabedian, Avedis (1980): The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Explorations in Quality, Assessment and Monitoring, Volume I, Michigan 1980.
- Dorn, Markus (2010): Ergebnisse der Sozialstatistik 2008. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, Nr. 1, o.Jg., Wiesbaden 2010, S. 60 - 73.
- Düx, Holger (1997): Lebenswelten von Menschen in einem Alten- und Pflegeheim – eine qualitative Untersuchung mit heuristischen Methoden, Köln 1997.
- Ebers, Mark; Gotsch, Wilfried (2002): Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In: Kieser, Alfred: Organisationstheorien, 5. Aufl., Stuttgart 2002, S. 199 - 251.
- Eckert, Simone; Karg, Georg; Zängler, Thomas (2005): Einsatz von Leitbildern in der Verbraucherpolitik – Eine Bestandsaufnahme in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 53. Jg. (2005), Nr. 3, S. 114 -123.
- Eichler, Melanie; Pfau-Effinger, Birgit (2008): Pflegetätigkeit von Frauen in der nachberuflichen Phase. In: Erlinghagen, Marcel; Hank, Karsten (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften, Wiesbaden 2008, S. 165 - 187.
- Eichhorn, Peter; Schuhen, Axel (2001): Marketing in der Altenhilfe. In: Tscheulin, Dieter K.; Helmig, Bernd (Hrsg.): Branchenspezifisches Marketing, Grundlage - Besonderheiten - Gemeinsamkeiten, Wiesbaden 2001, S. 287 - 312.
- Eisenbart, Andrea (2000): Strukturwandel im ambulanten Pflegesektor und Auswirkungen der Pflegeversicherung, In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Thema 150, o. O. 2000.

- Engel, Ralph-Rainer (1982): Gütezeichen im Lebensmittelmarketing. Bedingungen von Marketingstrategien mit und ohne Verwendung eines Gütezeichens, Stuttgart 1982.
- European Foundation for Quality Management (EFQM) (Hrsg.) (2003): Excellence einführen, Brüssel 2003.
- Fenger, Hermann (2005): Das Betreuungsrecht. In: Raem, Arnold, Maria; Fenger, Hermann; Kolb, Gerald; u.s.w. (Hrsg.): Handbuch Geriatrie – Lehrbuch für Praxis und Klinik, Düsseldorf 2005, S. 1471 - 1477.
- Förster, Anja; Kreuz Peter (2006): Marketing-Trends. 2., überarb. Aufl., Wiesbaden 2006.
- Freeman, R. Edward (1984): Strategic Management: A Stakeholder Approach, Boston 1984.
- Freiling, Jörg; Reckenfelderbäumer, Martin (2004): Markt und Unternehmung. Eine marktorientierte Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Wiesbaden 2004.
- Freimann, Jürgen (1998): Unternehmen und Stakeholder. Management zwischen Ökonomie und Politik. In: Biesecker, Adelheid; Elsner, Wolfram; Grenzdorffer, Klaus (Hrsg.): Ökonomie der Betroffenen und Mitwirkenden: Erweiterte Stakeholderprozesse, Pfaffenweiler 1998, S. 14 - 28.
- Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen (2007): Marktversagen und Wirtschaftspolitik, 7., aktual. u. erg. Aufl., München 2007.
- Gabler (Hrsg.) (2010): Wirtschaftslexikon, 17., kompl. aktual. u. erw. Aufl., Wiesbaden 2010.
- Garvin, David A. (1984): What does „Product Quality“ Really Mean? In: Sloan Management Review, o. Jg. (1984), Nr. 25, S. 25 - 43.
- Gawel, Erik (2009): Grundzüge der mikroökonomischen Theorie, Lohmar, Köln 2009.
- Gensicke, Thomas (2008): Gemeinschaftsaktivität und freiwilliges Engagement älterer Menschen – Ergebnisse eines Freiwilligensurveys. In: Erlinghagen, Marcel; Hank, Karsten (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften, Wiesbaden 2008, 119 - 163.
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (Hrsg.) (1999): 50plus. Mehr als nur eine

Generation. Bd. II, Nürnberg 1999.

GKV-Spitzenverband usw. (2008a) (Hrsg.): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege, Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS), o. O. 2008a.

GKV-Spitzenverband usw. (2008b) (Hrsg.): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege, Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS), Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung, o. O. 2008b.

GKV-Spitzenverband usw. (2008c) (Hrsg.): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege, Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS), Anlage 2: Bewertungssystematik, o. O. 2008c.

GKV-Spitzenverband usw. (2009a) (Hrsg.): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten, Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA), o. O. 2009a.

GKV-Spitzenverband usw. (2009b) (Hrsg.): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten, Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA), Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung, o. O. 2009b.

GKV-Spitzenverband usw. (2009c) (Hrsg.): Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten, Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA), Anlage 2: Bewertungssystematik, o. O. 2009c.

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010): Fragen und Antworten zu den Pflegenoten, o. O. 2010.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): Pflegenoten – Aktuelle Themen, Berlin 2011.  
Aus: <http://www.pflegenoten.de>, Zugriff vom 13.07.2011.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden 2004.
- Glatzer, Wolfgang; Zapf, Wolfgang (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. In: Glatzer, Wolfgang; Zapf, Wolfgang (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik - Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Frankfurt, New York 1984, S. 391 – 401.
- Gottschalk, Ingrid (2001): Ökologische Verbraucherinformation – Grundlagen, Methoden, Wirkungschancen, Berlin 2001.
- Grönroos, Christian (1982): Strategic Management and Marketing in the Service Sector, research report Nr. 8 of the Swedish School of Economics and Business Administration, Helsingfors 1982.
- Grönroos, Christian (2006): Service Management and Marketing – a customer relationship management approach, Chichester u.s.w. 2006.
- Grub, Volker (1972): Gütezeichen: de lege lata – de lege ferenda, Dissertation, Universität Stuttgart Hohenheim 1972.
- Güthoff, Judith (1995): Qualität komplexer Dienstleistungen – Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmungsdimensionen, Wiesbaden 1995.
- Gutzwiller, Felix (1982): Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen: Definitionen und Methoden. In: Gutzwiller, Felix et al. (Hrsg.): Die Qualität medizinischer Leistungen, konkrete Möglichkeiten der Qualitätsmessung, -kontrolle und -förderung, Zürich 1982, S. 15 - 26.
- Hanusch, Horst (1994): Nutzen-Kosten-Analyse, München 1994.
- Hasseler, Martina; Wolf-Ostermann, Karin (Hrsg.) (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflegetransparentvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich, Hamburg, Berlin 2010.
- Hauser, Albert (Hrsg.) (1997): Management Praxis – Handbuch soziale Dienst-

- leistungen, Neuwies u. a. 1997.
- Heinrichsmeyer, Wilhelm; Gans, Oskar; Evers, Ingo (1988): Einführung in die Volkswirtschaftslehre, 8., verb. Aufl., Stuttgart 1988.
- Heinlein, Michael; Anderson, Philip (2004): Der Bewohner als Kunde? Wie Pflegekräfte den Kundenbegriff deuten und was man daraus lernen kann. In: Dunkel, Wolfgang; Voß, Günther (Hrsg.): Dienstleistung als Interaktion – Beiträge aus einem Forschungsprojekt Altenpflege, Deutsche Bahn, Call Center, München, Mering 2004, S. 49 - 60.
- Helm, Roland; Pasch, Helmut (2000): Betriebswirtschaftliche Aspekte der Optimierung der Kundenorientierung durch Qualitätsmanagement. In: Helm, Roland; Pasch, Helmut (Hrsg.): Kundenorientierung durch Qualitätsmanagement. Perspektiven, Konzepte, Praxisbeispiele, Frankfurt 2000, S. 11 - 47.
- Hoffmann, Werner; Niedermayr, Rita; Risak, Johann (1996): Führungsergänzung durch Controlling. In: Eschenbach, Rolf (Hrsg.): Controlling, 2. Aufl., Stuttgart 1996, S. 3 - 48.
- Horx, Matthias (2001): High Tech / High Touch – Über Technologie und Dienstleistung, Kelkheim 2001.
- Ingersoll-Dayton, Berit; Antonucci, Toni C. (1988): Reciprocal and nonreciprocal social support: contrasting sides of intimate relationships. In: Journal of Gerontology 43. Jg. (1988), Nr. 3, S. S. 65 - 73.
- Kamiske, Gerd F.; Brauer, Jörg-Peter (2003): Qualitätsmanagement von A bis Z – Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, 4., aktual. u. erg. Aufl., München, Wien 2003.
- Kern, Norbert (2002): Qualitätsentwicklung in der stationären Altenhilfe, Dissertation, Siegen 2002.
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas (2006): Das Persönliche Pflegebudget. In: Ambulante Hilfen im Alltag e.V. Kassel (aha); Windisch, Matthias (Hrsg.): Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege, Neu-Ulm 2006, S. 42 - 52.
- Klie, Thomas (1995): Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe. In: Harris, Roland; Klie, Thomas; Ramin, Egbert (Hrsg.): Heime zum Leben, Hannover 1995, S. 9 - 24.

- Klostermann, Peter; Schneider, Volkmar (2004): „So ist kein Leben“ – Suizide alter und hochaltriger Menschen. In: Suizidprophylaxe, 31. Jg. (2004), Nr. 2, S. 35 - 40.
- Koch, Uwe; Wittmann, Werner (Hrsg.) (1990): Evaluationsforschung, Berlin u. a. 1990.
- Koch-Straube, Ursula (2002): Qualität in Pflegeheimen – eine bewohnernahe Perspektive. In: Igl, Gerhard et al. (Hrsg.): Qualität in der Pflege – Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Stuttgart, New York 2002, S. 147 - 158.
- Kotler, Philip (1978): Marketing für Nonprofit-Organisationen, Stuttgart 1978.
- Kotler, Philip; Zaltman, Gerald (1971): Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. In: Journal of Marketing, 35. Jg. (1971), Nr. 3, S. 3 - 12.
- Koziol, Klaus; Pförsch, Waldemar; Heil, Steffen, Albrecht, Kathrin (2006): Social Marketing. Erfolgreiche Marketingkonzepte für Non-Profit-Organisationen, Stuttgart 2006.
- Kraft, Astrid (1999): Das Bild des Verbrauchers im deutschen Wettbewerbsrecht unter dem Einfluss des europäischen Verbraucherschutzrechtes, Bremen 1999.
- Kroeber-Riel, Werner; Weinberg, Peter (2003): Konsumentenverhalten, 8., aktual. u. erg. Aufl., München 2003.
- Krohwinkel, Monika (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16, Baden-Baden 1993.
- Krohwinkel, Monika (1998): Fördernde Prozesspflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink, Jürgen (Hrsg.): Erster internationaler Pflgetheorienkongreß, Nürnberg u. a. 1998, S. 134 – 154.
- Krüger, Wolfgang et al. (1998): Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Forschung- Fb 783, Dortmund, Berlin 1998.
- Krupp, Hans-Jürgen; Schäper, Christiane; Weeber, Joachim (2002): Verteilungsimplicationen kapitalgedeckter Alterssicherungssysteme. In: Menkhoff, Lukas; Sell Friedrich L. (Hrsg.): Zur Theorie, Empirie und Politik der

- Einkommensverteilung, Festschrift für Gerold Blümle, Berlin u. a. 2001, S. 207 - 227.
- Kühne, Karl (1984): Öffentliche Güter, meritorische Güter und Klubtheorie. In: Oettle, Karl (Hrsg.): Öffentliche Güter und öffentliche Unternehmen – Beiträge zur Relevanz der Theorie der öffentlichen Güter für die öffentlichen Unternehmen, Baden-Baden 1984, S. 117-135.
- Kuhlmann, Eberhard (1990): Verbraucherpolitik, München 1990.
- Kuß, Alfred (2004): Käuferverhalten, 3., überarb. Aufl., Stuttgart 2004.
- Kutzner, Edelgard (2003): Fallstudien. In: Katenkamp, Olaf; Kopp, Ralf; Schröder, Antonius (Hrsg.) Praxishandbuch Empirische Sozialforschung, Münster u. a. 2003, S. 65.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4., vollst. überarb. Aufl., Weinheim, Basel 2005.
- Lampert, Heinz; Althammer, Jörg (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Aufl. Berlin u. a. 2004.
- Lehr, Ursula (1997): Gesundheit und Lebensqualität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, o. Jg. (1997), Nr. 10, S. 277 - 287.
- Leibfried, Stephan; Wagschal, Uwe (2000): Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven, Frankfurt, New York 2000.
- Leischker, A. H.; Kolb, Gerald (2005): Dekubitus. In: Raem, Arnold, Maria; Fenger, Hermann; Kolb, Gerald; u.s.w. (Hrsg.): Handbuch Geriatrie – Lehrbuch für Praxis und Klinik, Düsseldorf 2005, S. 1163 - 1164.
- Liebelt, Jutta (Hrsg.) (1998): Angewandtes Qualitätsmanagement: Gesundheitseinrichtungen als lernende Organisationen, Berlin u. a. 1998.
- Lemnitzer, Jörg (2005): Normenbildung auf dem Pflegemarkt, Augsburg 2005.
- Lotz, Ulrich (2008): Individualisierung von Kollektivleistungen – Strategische Optionen für Wirtschaftsverbände, Wiesbaden 2008.
- Maelicke, Bernd (Hrsg.) (2008): Lexikon der Sozialwirtschaft, Baden-Baden 2008.

- Malorny, Christian (1999): TQM umsetzen: Weltklasse neu definieren, Leistungsoffensive einleiten, business excellence erreichen, 2., überarb. u. aktual. Aufl., Stuttgart 1999.
- Marr, Fritz; Ikier, Paul (1968): Gütesicherung – Gütezeichen, Heidelberg 1968.
- Mayer, Karl Ulrich (1992): Bildung und Arbeit in einer alternden Bevölkerung. In: Baltes, Paul B.; Mittelstrass, Jürgen (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin, New York 1992, S. 514 - 518.
- Mayring, Philipp (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken, 3., überarb. Aufl., Weinheim 1996.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken, 5., überarb. u. neu ausgestattete Aufl., Weinheim, Basel 2002.
- Maslow, Abraham H. (1943): A Theory of Human Motivation. In: Psychological Review, 50. Jg., S. 370 - 396.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen e.V. (MDK) (Hrsg.) (2005): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege, o. O. 2005.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI – Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Köln 2007.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2000): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, 2. Ausg., Essen 2000.
- Meffert, Heribert (2000): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele, 9. Aufl. Wiesbaden 2000.
- Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred (2003): Dienstleistungsmarketing: Grundlagen - Konzepte - Methoden, 4., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden 2003.
- Menke, Marion (2005): Pflegeausbildung „mangelhaft“, Pflegeberuf „gut“ – Studie zu Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie Pflegekompetenzen aus Sicht professioneller Pflegekräfte in ambulanten und stationären Einrichtungen der

- (Alten-)Pfleger, Frankfurt a. M. 2005.
- Merkl, Robert (1992): Vom Pfründerspital zum Altenheim. In: o. V.: 1250 Jahre Pfarrei Mellrichstadt, Mellrichstadt 1992, S. 239 – 244.
- Mitropoulos, Stefan (1997): Verbraucherpolitik in der Marktwirtschaft: Konzeptionen und internationale Erfahrungen, Berlin 1997.
- Mittler, Dietrich (2000): Heimträger fürchten neue bürokratische Fesseln. In: Süddeutsche Zeitung Nr. 194 vom 24.08.2000, S. L09.
- Moers, Martin (1997): Ambulante Pflege in Deutschland – auf dem Weg zur Gemeinwesenorientierung. In: Pflege, o. Jg. (1997), Nr. 10, S. 102 - 112.
- Müller-Armack, Alfred (1956): Soziale Marktwirtschaft. In: Handwörterbuch der Sozialwissenschaften, Bd. 9, Stuttgart u. a. 1956, S. 390.
- Münnich, Margot (2007): Einnahmen und Ausgaben von Rentner- und Pensionärshaushalten – Untersuchungen auf der Grundlage der Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, o. Jg. (2007), Nr. 6, S. 593 - 628.
- Mybes, Ursula; Pfau, Cornelia; Rückert, Willi (1980): Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-, Altenkronenheimen, Stuttgart u. a. 1980 .
- Nave-Herz, Rosemarie (1993): Wandel der Familie. In: Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.): Lebenszugewandtes Altern, Stuttgart u. a. 1993, S. 9 - 14.
- Nelson, Phillip (1970): Information and Consumer Behavior. In: Journal of Political Economy, Vol 78 (1970), Nr. 2, S. 311 - 329.
- Nienhäuser, Werner; Jans, Manuel (2004): Grundbegriffe und Grundideen der Transaktionskostentheorie. Aus:  
<http://www.uni-essen.de/personal/GrundbegriffeTAKT.pdf>, Zugriff vom 20.12.2006.
- Nieschlag, Robert; Dichtl, Erwin; Hörschgen, Hans (2002): Marketing. 19., überarb. u. erg. Aufl., Berlin 2002.
- Oess, Attila (1993): Total Quality Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie, 3. Aufl., Wiesbaden 1993.

- Oettle, Karl (1972): Die allgemeinen Grundsätze der Betriebsführung in der Gemeinwirtschaft. In: Gemeinwirtschaft im Wandel der Gesellschaft. Festschrift für Hans Ritschl, Berlin 1972, S. 153 - 165.
- Oettle, Karl (1982): Gewährleistungsbetrieb. In: Kirchhoff, Günther (Hrsg.): Handbuch zur Ökonomie der Verteidigungspolitik, Regensburg 1982, S. 315 - 321.
- Oettle, Karl (2003): Gemeinsamkeiten von und Unterschiede zwischen Unternehmen und Verwalten; Verwaltungen als Haushalte. In: Blümle, Ernst-Bernd et al. (Hrsg.): Öffentliche Verwaltung und Nonprofit-Organisationen – Festschrift für Reinbert Schauer, Wien 2003, S. 383 - 404.
- Paslack, Karin Angelika (2008): 10 Jahre Pflegeversicherung und ambulante pflegerische Versorgung 1995-2005, Marburg 2008.
- Picot, Arnold; Dietl, Helmut; Franck, Egon (1999): Organisation: eine ökonomische Perspektive, 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart 1999.
- Piorkowsky, Michael-Burkhard (1997): Haushaltsökonomie. In: Kutsch, Thomas; Piorkowsky, Michael-Burkhard; Schätzke, Manfred (Hrsg.): Einführung in die Haushaltswissenschaft, Stuttgart 1997, S. 13 - 183.
- Popper, Karl R.; Lorenz Konrad (Hrsg.) (1985): Die Zukunft ist offen, München 1985.
- Priem, Katja (2009): „High touch“-Kommunikation. In: Lietzau, Wolfgang; Weidner, Lutz E.: Praxishandbuch Verbandsmarketing, Grundlagen – Projektstudien – Fallbeispiele, Bonn 2009, S. 46 - 54.
- Purtschert, Robert (2001): Marketing für Verbände und weitere Nonprofit-Organisationen, Bern 2001.
- RAL Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V (Hrsg.) (2001): RAL-Gütezeichen Qualitätsgeprüfte Pflege in stationären Einrichtungen, Ausgabe Juni 2001. Aus:  
[http://www.ral.de/de/ral\\_guete/guetesicherung/gz\\_detail.php?GZ\\_ID=103](http://www.ral.de/de/ral_guete/guetesicherung/gz_detail.php?GZ_ID=103),  
Zugriff vom 05.11.2006.
- RAL Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V. (Hrsg.) (2005): Geschäftsbericht 2003/2004, Sankt Augustin 2005.
- Riebel, Paul (1993): Deckungsbeitragsrechnung. In: Chmielewicz, Klaus; Schweitzer,

- Marcell (Hrsg.): Handwörterbuch des Rechnungswesens, 3. Aufl. Stuttgart 1993, Sp. 364 - 379.
- RKW Rheinland-Pfalz Cert (Hrsg.) (o. J.): 7 Gründe, warum sich Kunden für eine Zertifizierung über die RKW Rheinlad-Pfalz CERT entscheiden!, Mainz o.J.
- Rosenstiel, Lutz von (2007): Grundlagen der Organisationspsychologie, 6., überarb. Aufl., Stuttgart 2007.
- Rosenstiel, Lutz von; Neumann, Peter (2002): Marktpsychologie, Darmstadt 2002.
- Rübenach, Stefan P.; Weinmann, Julia (2008): Haushalte und Lebensform der Bevölkerung, Ergebnisse des Mikrozensus 2007. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wirtschaft und Statistik 2008, Nr. 9, S. 772 - 783.
- Schäfer, Erich; Knoblich, Hans (1978): Grundlagen der Marktforschung, 5. Aufl., Stuttgart 1978.
- Scheier, Christian; Held, Dirk (2008): Wie Werbung wirkt, Planegg 2008.
- Scherrer, Gerhard (1999): Kostenrechnung, 3., neu bearb. Aufl., Stuttgart 1999.
- Schiefer, Gernot (2006): Motive des Blutspendens – eine tiefenpsychologische Untersuchung mit Gestaltungsoptionen für das Marketing von Nonprofit-Organisationen des Blutspendewesens, Dissertation, Technische Universität München 2006.
- Schildknecht, Rolf (1992): Total Quality Management. Konzeption und State of the Art, Frankfurt, New York 1992.
- Schneiders, Karin (2010): Vom Altenheim zum Seniorenservice – Institutioneller Wandel und Akteurkonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor, Baden-Baden 2010.
- Schrader, Ulf (2002): Effektive Verbraucherinformation durch Öko-Label. Das Beispiel des Bio-Siegels für Lebensmittel. In: Lackmann, Jürgen (Hrsg.): Verbraucherpolitik und Verbraucherbildung – Beiträge für einen nachhaltigen Verbraucherschutz, Weingarten 2002, S. 107 - 126.
- Schulz-Walz, Franziska (2006): Mitgliederorientierte Organisationsgestaltung in Wirtschaftsverbänden – Bedeutung, Herausforderungen und Konzeptionen, Wiesbaden 2006.

- Schwarz, Peter (1992): Management in Nonprofit Organisationen: Eine Führungs-, Organisations- und Planungslehre für Verbände, Sozialwerke, Vereine, Kirchen, Parteien usw., Bern, Stuttgart, Wien 1992.
- Schweitzer, Rosemarie von (1983): Haushaltsführung, Stuttgart 1983.
- Schweitzer, Rosemarie von (1988): Lehren vom Privathaushalt – eine kleine Ideengeschichte, Frankfurt, New York 1988.
- Schweitzer, Rosemarie von (1991): Einführung in die Wirtschaftslehre des privaten Haushalts, Stuttgart 1991.
- Schweitzer, Rosemarie von (2007): Die nicht ganz einfache Geschichte der „Wirtschaftslehre des Großhaushalts“. In: Bräunig, Dietmar: Der Großhaushalt im Versorgungsverbund. Festschrift für Prof. Dr. Jörg Bottler zur Vollendung des 70. Lebensjahres, Baltmannsweiler 2007, S. 25 - 36.
- Shell (Hrsg.) (1995): Gipfel der Motorisierung in Sicht, Szenarien des PKW-Bestandes und der Neuzulassung in Deutschland bis zum Jahr 2020, Nr. 26, Hamburg 1995.
- Shell Deutschland Oil GmbH (2009): Shell PKW-Szenarien bis 2030, Fakten, Trends und Handlungsoptionen für nachhaltige Auto-Mobilität, Hamburg 2009.
- Soeffner, Hans-Georg (1985): Anmerkungen zu gemeinsamen Standards standardisierter und nichtstandardisierter Verfahren in der Sozialforschung. In: Kaase, Max; Küchler, Matthias (Hrsg.): Herausforderung der empirischen Sozialforschung. Beiträge aus Anlass des zehnjährigen Bestehens des Zentrums für Umfragen und Methoden, Mannheim 1985, S. 109 – 126.
- Speckbacher, Gerhard (2004): Shareholder- und Stakeholder-Ansatz. In: Schreyögg, Georg; Werder, Axel von (Hrsg.): Handwörterbuch Unternehmensführung, 4. Aufl. Stuttgart 2004, Sp. 1319-1326.
- Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.) (2003): Empfehlungen zur Umsetzung des § 80 a SGB XI (Leistungs- und Qualitätsvereinbarung), o. O. 2003.
- Spitzenverbände der Pflegekassen (Hrsg.) (2006): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien – Bri) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 11.05.2006, o. O. 2006.

- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2007): Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 1, Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und Ländern, Wiesbaden 2007.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002): Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2002.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005): Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Bonn 2005.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a): Bevölkerung nach Bundesländern. Aus: <http://www.destatis.de/download/d/bevoe/Schnellmitteilung31122005.pdf>, Zugriff vom 20.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b): Bevölkerung nach Gebietsstand. Aus: <http://www.destatis.de/print.php>, Zugriff vom 20.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006c): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Übersicht der Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Varianten und zusätzliche Modellrechnungen, Wiesbaden 2006c.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006d): Neue Modellrechnung zur Lebenserwartung für Geburtsjahrgänge, Pressemitteilung vom 13. April 2006. Aus: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2006/p1670022.htm>, Zugriff vom 20.11.2006.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006e): Generationensterbetafeln für Deutschland – Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge 1871 - 2004, Wiesbaden 2006e.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a): Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2007.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007b): Pflegestatistik 2005 – 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige, Wiesbaden 2007.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008): Wirtschaftsrechnungen – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, Ausstattung privater Haushalte mit ausgewählten Gebrauchsgütern, Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2009.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2011.
- Stauss, Bernd (Hrsg.) (1994): Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Von DIN ISO 9000 zum Total-Quality-Management, Wiesbaden 1994.
- Stauss, Bernd; Hentschel, Bert (1991): Dienstleistungsqualität. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 20. Jg., Nr. 5, 1991, S. 238 - 244.
- Sturm, Hilmar (2002): Krankenhausreformen und Personalwirtschaft: Voraussetzungen und Auswirkungen der Ökonomisierung im Krankenhauswesen, Wiesbaden 2002.
- Töpfer, Armin (2007): Betriebswirtschaftslehre, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 2007.
- Trärgemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (o.J.): Beschreibung des Akkreditierungsablaufs/ -prozesses, Frankfurt/Main o. J.
- Trärgemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (2003): Leitfaden zur Anwendung der ISO 9001:2000 im Gesundheitsbereich, Frankfurt/Main.
- Trärgemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) (Hrsg.) (2006): Die Qualitätsmanagementsystembereiche. Aus:  
<http://www.tga-gmbh.de/sdb/sdblist.php?ids=1000>, Zugriff vom 21.03.2006.
- Vaskovics, Laszlo (2004): Neue Institutionalisierung der Lebensgestaltung Hochaltriger. In: Blüher, Stefan; Stosberg, Manfred (Hrsg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s, Wiesbaden 2004, S. 167 - 182.
- Velsen-Zerweck, Beate von; Berndt, Jens-Peter (2003): Kundenbindung in Dienstleistungsunternehmen des Senioren- und Pflegemarktes. In: Sturm, Hilmar; von Velsen-Zerweck, Burkhard; Stüber, Eckart (Hrsg.): Die Vielfalt der Dienstleistungsökonomik. Festschrift für Dieter Witt zum 60. Geburtstag, Wiesbaden 2003, S. 11 - 24.
- Vereinte Nationen (Hrsg.) (2002): Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern, Madrid 2002. Aus:  
<http://www.un.org/Depts/german/conf/altern/ac197-9.htm>, Zugriff vom 25.11.2005.

- Viebrock, H (2006): Künftige Einkommenslage im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einkommenssituation und Einkommensverwendung älterer Menschen – Expertise zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung, Münster 2006, S. 153 - 230.
- Wagner, Ralf (1998): Konsistenzprüfungen von Nutzen-Kosten-Analysen mit der Kontingenten Evaluierungsmethode, Cottbus 1998.
- Watz, Barbara (1976): Die Verteilung und Entwicklung der Haushaltsstrukturtypen. In: Schweitzer, Rosemarie v.; Pross, Helge (Hrsg.): Die Familienhaushalte im wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Göttingen 1976, S. 268 - 290.
- Weggemann, Sigrid (1993): Die Versorgung von älteren Menschen in Haushalten: Jetzt und in Zukunft. In: Technological Research Institute an der Yonsei University Seoul, Seoul 1993, S. 15 - 35.
- Weggemann, Sigrid; Kustermann, Waltraud (2003): Berufliche Situation von Absolventinnen und Absolventen des Diplomstudienganges Ökotrophologie an der TU München-Weihenstephan 1968-1999. In: Sturm, Hilmar; von Velsen-Zerwck, Burkhard; Stüber, Eckart (Hrsg.): Die Vielfalt der Dienstleistungsökonomik. Festschrift für Dieter Witt zum 60. Geburtstag, Wiesbaden 2003, S. 201 - 225.
- Weick, Stefan (2006): Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), o. Jg. (2006), Nr. 35, S. 12 - 15.
- Westerbusch, Ralf (1998): Qualitätsmanagementsysteme - Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff., Braunschweig 1998.
- Wildbrett, Gerhard; Ziche, Joachim (1999): Entwicklung des Studienganges „Ökotrophologie“ an der Technischen Universität München in Weihenstephan. In: Karg, Georg; Wolfram, Günter (Hrsg.): Ökotrophologie – Wissenschaft für die Menschen, Studien zur Haushaltsökonomie, Bd. 18, Frankfurt/Main 1999, S. 39 - 83.
- Williamson, Oliver E. (1975): Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. A Study in the Economics of International Organization, New York 1975.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.) (2004): Qualitätssiegel und Zertifikate von Pflegeeinrichtungen, Bonn 2004.

- Witt, Dieter (1985): Verbraucherhaushalte. In: Management-Enzyklopädie, Bd. 9, 2. Aufl., Landsberg am Lech 1985, S. 479 - 487.
- Witt, Dieter (1991a): Kultur und Dienstprinzip in öffentlichen Betrieben. In: Faller, Peter; Witt, Dieter (Hrsg.): Dienstprinzip und Erwerbsprinzip - Fragen der Grundorientierung in Verkehr und öffentlicher Wirtschaft. Festschrift zum 65. Geburtstag von Karl Oettle, Baden-Baden 1991a, S. 283 - 299.
- Witt, Dieter (1991b): Möglichkeiten der Verringerung von Pflegekosten in der Altenhilfe - ein theoretischer Ansatz. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 39. Jg. (1991b), Nr. 6, S. 250 - 253.
- Witt, Dieter (1993): Zum Gegenstand der Wirtschaftslehre des Haushalts. In: Bottler, Jörg (Hrsg.): Standpunkte: Wirtschaftslehre des Haushalts, Hohengehren 1993, S. 118 - 136.
- Witt, Dieter (1996): Hauswirtschaftliche Leistungen zwischen Gemeinwirtschaft und Erwerbswirtschaft. In: Bottler, Jörg (Hrsg.): Mehr Markt für hauswirtschaftliche Großbetriebe? Qualität und Kosten von hauswirtschaftlichen Leistungen, Beiträge zur 45. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft e.V., Niederkleen 1996, S. 13 - 23.
- Witt, Dieter (1994): Anforderungsprofile an die Qualität von Hotelleistungen – Grundlagen einer Hotelklassifizierung. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 42. Jg. (1994), Nr. 4, S. 176 - 184.
- Witt, Dieter (1999): Hauswirtschaftswissenschaft. In: Karg, Georg; Wolfram, Günther (Hrsg.): Ökotrophologie – Wissenschaft für die Menschen, Frankfurt u.s.w. 1999, S. 165 - 185.
- Witt, Dieter; Priem, Katja (1997): Der ältere Mensch als Zielgruppe in der Gastronomie. In: Schule und Beratung, o. Jg. (1997), Nr. 1, S. V-1 - V-6.
- Witt, Dieter; Seufert, Gernot; Emberger, Hannes (1996): Typologisierung und Eigenarten von Verbänden. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen (ZögU), Bd. 19 (1996), Nr. 4, S. 414 - 427.
- Witt, Dieter; Velsen-Zerweck, Burkhard von; Thiess, Michael; Heilmair, Astrid (2006): Herausforderung Verbandsmanagement – Handlungsfelder und Strategien, Wiesbaden 2006.

- Witt, Dieter; Wicher, Jürgen (1991): Qualitätsprofile von Hotels als Gegenstand ökotrophologischer Forschung. In: Zeitschrift für Fremdenverkehr, o .Jg. (1991), Nr. 3, S. 19 - 21.
- Witterstätter, Kurt (2003): Soziologie für die Altenarbeit und soziale Gerontologie, 13., völlig überarb. Aufl., Freiburg im Breisgau 2003.
- Wittmann-Wurzer, Annegret Jutta (2008): Mitarbeiterretention in Dienstleistungsunternehmen – dargestellt im Kontext der mittelständischen Hotellerie unter Berücksichtigung der internen und externen Beziehungsqualität, Dissertation, Technische Universität München 2008.
- Wottawa, Heinrich; Thierau, Heike (1990): Lehrbuch Evaluation, Bern u. a. 1990.
- Zapf, Wolfgang (1984): Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, Wolfgang; Zapf, Wolfgang: Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Frankfurt/Main 1984, S. 13 - 26.
- Zapf, Karin (1999): Haushaltsstrukturen und Wohnverhältnisse. In: Flagge, Ingeborg (Hrsg.): Geschichte des Wohnens, Band 5: 1945 bis heute, Stuttgart 1999, S. 563 - 614.
- Zeithaml, Valarie A. (1981): How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services. In: Donnelly, J.H.; George, W.R. (Hrsg.): Marketing of Services; AMA Proceedings, Chicago 1981, S. 186 - 190.
- Zeithaml, Valarie A., Parasuraman, A., Berry, Leonard L. (1992): Qualitätsservice, Frankfurt, New York 1992.
- Zink, Klaus J. (2004): TQM als integratives Managementkonzept: Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung, 2., vollst. überarb. Aufl., München, Wien 2004.
- Zitzmann, Thomas (2008): Kollektive Leistungen von Wirtschaftsverbänden – Qualitätsplanung und Qualitätslenkung anhand eines phasenorientierten Modells, Wiesbaden 2008.

## **Expertengespräche**

Frey, Christoph, AOK-Bundesverband Bonn vom 05.01.2005.

Stabsstellenleitung Controlling und Qualitätsmanagement eines großen kirchlichen Trägers in München am 01.02.2005.

Heimleitung von Einrichtung A am 04.05.2005 und 01.07.2005.

Heimleitung von Einrichtung B am 09.05.2005.

Bewohnerin von Einrichtung A, ohne Pflegestufe am 14.07.2005.

Bewohnerinnen von Einrichtung A, jeweils mit Pflegestufe I, II und III am 21.07.2005.

## **Interviews mit Diktiergerät**

Einrichtung A:

Einrichtungsleitung 01.07.2005

Pflegedienstleitung 14.07.2005

Küchenleitung 14.07.2005

Hauswirtschaftsleitung 14.07.2005

Alle Interviews mit Diktiergerät sind digitalisiert bei der Verfasserin abgelegt.